

ANALYSE COMPARATIVE DE CAS D'ETAT-LIMITE ET DE NEVROSE

©Lina KHAMMAL (2012). En ligne sur detour.unice.fr
Master 2 de psychologie clinique et gérontologique

1. Anamnèse et présentation de Mme F.

Mme F. est née en 1955 dans la Meuse. Malgré les entretiens réguliers que nous aurons ensemble, je n'apprendrai de son enfance que quelques épisodes épars que je m'attacherai laborieusement à relier entre eux pour en faire son histoire de vie. C'est de sa vie adulte que Mme F. me parle le plus.

Dès les premiers entretiens, j'apprends qu'elle est issue d'une fratrie de huit enfants, dont elle est la troisième enfant et l'a inee des filles. Son père, maçon de profession, a travaillé laborieusement toute sa vie pour gérer sa famille, et n'a, selon Mme F., jamais rechigné à la tâche. Elle le décrit brièvement comme un homme austère mais gentil qui a toujours su assumer ses responsabilités familiales mais  a qui elle parlait peu. Sa mère s'est occupée des enfants avec l'aide de Mme F. qui l'aurait beaucoup secondée. C'est en effet cette dernière qui habillait ses petits frères et s eurs et qui les aidait à faire leurs devoirs. Mme F. évoque rarement et avec réticence sa mère qui, débordée par la gestion au quotidien de ses 8 enfants, aurait eu peu de temps et d'affection à leur consacrer.

Bien que le manque d'argent ait rendu difficile sa vie au quotidien, Mme F. évoque une vie de famille animée où elle était entourée de nombreux enfants de tous âges. Elle me relate avec plaisir des  v enements de vie où elle allait cueillir des cerises en famille, ainsi que les moments où les enfants faisaient leurs devoirs tous ensemble autour de la table de la cuisine.

Elle a fait figure de substitut maternel auprès des plus petits de la famille et a repr esent e une aide précieuse pour ses parents. Ses deux frères a in es n'ont pas reproduit ce même comportement protecteur envers elle. Mme F. n'a donc pas eu la possibilité comme ses autres frères et s eurs de trouver un relais affectif auprès d'un autre membre de sa famille. Néanmoins, elle mentionne un attachement spécifique pour l'un de ses frères, actuellement décède, avec lequel elle « parlait beaucoup ».

Mme F. n'a pas conserv e ce statut de r ef erent parental à l'âge adulte. Des drames successifs ont distendu les liens familiaux, drames où chacun a semblé lutter pour préserver sa propre survie physique et psychologique.

Mme F. est actuellement l'une des survivantes de sa famille avec trois de ses s eurs. Trois frères sont morts, l'un d'une hémorragie c erebrale suite à un AVC survenu six mois auparavant,

l'autre d'une infection pulmonaire. Le troisième frère se serait jeté sous un train à l'âge de 33 ans suite à un chagrin d'amour, laissant à Mme F. la charge de veiller sur sa petite fille de 3 ans. L'ex-femme de ce frère et sa petite fille vivent actuellement dans le voisinage de Mme F. C'est de ce décès, découvert dans un journal, que Mme F. semble le plus affectée au point de verser des larmes, expression émotionnelle qui ne lui est pas habituelle.

Une sœur, infirmière, se serait suicidée par médicaments, ne supportant pas sa séropositivité découverte quelques mois auparavant. Mme F. m'explique qu'elle a mieux compris le geste de sa sœur qui, par sa profession, aurait été davantage sensibilisée à l'évolution de la maladie dont elle souffrait.

Elle évoque d'un air détaché, presque amusé, la mort de son père à l'âge de 50 ans. Suite à un malaise, le médecin était venu à son domicile et avait diagnostiqué une angine. Il est mort subitement d'une crise cardiaque sur le trajet du retour de la pharmacie, 3 jours après son malaise.

Elle relatera également le cas de sa belle-sœur qui, après s'être rendue 3 fois aux urgences pour un mal de dos, décédera subitement à l'hôpital d'un arrêt cardiaque.

De l'état actuel de sa mère, Mme F. ne dira que peu de choses, si ce n'est que celle-ci, atteinte de la maladie d'Alzheimer, est actuellement en maison de retraite dans une ville voisine.

Mme F. a été mariée deux fois, et a eu un fils d'un premier mariage, âgé actuellement de 33 ans et une fille d'un second mariage, âgée de 18 ans. Son premier mari, décédé à la suite d'un cancer des poumons, était sans emploi et s'alcoolisait alors que celle-ci assurait la subsistance du foyer en travaillant à la mairie de Grasse. Son second mari, employé à France Télécom, l'aurait « séduite par son insouciance, son côté flambeur et son apparente aisance financière ». En réalité, il s'endettait régulièrement et c'est Mme F. qui finissait par éponger ses dettes, dont elle ignorait l'étendue véritable. Un engrenage relationnel s'est alors instauré, le second mari dévalorisant et battant régulièrement Mme F. en dépit de ses tentatives de le sortir de son surendettement. Désillusionnée, celle-ci se serait alors mise à boire à ce moment là.

Mme F. est divorcée depuis huit ans à la demande de son ex-mari. Quelques mois après son divorce, on lui diagnostique un cancer de l'amygdale, traité par chimiothérapie. Cinq ans après, elle subit un AVC alors qu'elle cuisine chez elle. Après une période de paralysie totale, elle a recouvré la mobilité de la partie gauche de son corps à l'exception de sa cheville, encore

peu malléable, suite à une fracture intervenue lors de sa chute. Cette hémiplégie associée à la fragilité de sa cheville l'oblige à se déplacer principalement en fauteuil roulant bien qu'elle puisse marcher avec l'aide d'une canne. Mme F. me dit avoir très mal vécu la période d'immobilité complète qui a suivi l'AVC, souhaitant mourir et « pleurant intérieurement » lorsqu'on lui donnait à manger. Elle me dit avoir quand même été soulagée d'avoir au moins pu conserver l'usage de la parole à ce moment là. Deux ans après l'AVC, le cancer, en rémission jusque là, se déclare à nouveau et une trachéotomie la laisse dans l'impossibilité de parler, l'obligeant à s'exprimer en chuchotant ou à écrire sur une ardoise, ce qui rend nos échanges très difficiles. La pose d'un implant phonatoire prévue fin septembre devrait néanmoins lui permettre de parler avec une voix artificielle. Mme F. place beaucoup d'espoirs dans la pose de cet implant et espère pouvoir enfin s'exprimer sans aide, même si elle redoute le choc que pourrait lui provoquer le son de cette voix étrangère.

2. Signes cliniques et analyse psychologique

Je me suis attachée à chercher, dans le discours de Mme F., ce qui pouvait prendre sens par rapport à son fonctionnement global, afin de dégager un éventuel diagnostic structurel, en lien étroit avec la théorie du Détour. C'est ainsi que quelques traits ont pu se dégager.

- *La négation du mal être et la mise à distance émotionnelle*

Son enfance est marquée par le manque d'argent et d'attentions parentales. Bien que décrivant une famille nombreuse où l'animation et une certaine gaieté régnaient, Mme F. me décrit des parents peu démonstratifs, absorbés par la logistique et la gestion matérielle de la famille, et une vie rythmée par l'autodiscipline (« on enlevait nos chaussures dès qu'on rentrait chez nous », « on faisait nos devoirs sans que personne ne nous le dise »..). Aînée des filles, elle a été très sollicitée par ses frères et sœurs, dépassant souvent son rôle d'enfant pour agir comme un substitut parental. Lorsque je lui demande si elle a souffert de cette sur-sollicitation sans compensation affective particulière de la part de ses parents, elle me répond « qu'elle ne pensait pas à ce moment là » et que « c'était comme ça et c'est tout ». Cette acceptation de ce rôle dans la famille n'a ensuite jamais fait l'objet d'une quelconque remise en question ou d'une élaboration psychologique ultérieure.

Lorsqu'elle évoque par la suite sa vie passée, elle le fait sans affect apparent, dans la négation des manques et souffrances qu'elle a pu supporter. Le détachement qu'elle adopte dans ses propos se présente comme une sorte de protection de ses affects, bien contenus par une rationalisation fréquente. La décompensation avec l'alcool vient ici rappeler le passage à l'acte de l'état limite qui intervient pour mettre fin à une angoisse trop pesante, lorsque les étayages permettant habituellement la compensation des aspects inadaptés de la structure psychologique sont mis en échec.

Enfin, l'AVC et le cancer de l'amygdale l'ont laissé en fauteuil et sans voix suite à une trachéotomie, comme l'incarnation somatique de son mal être intérieur qu'elle cherche encore et malgré tout à nier : « je vais très bien », dit elle fréquemment.

Lorsque j'analyse avec elle les causes permettant d'expliquer la survenue de l'AVC, les possibles antécédents familiaux, le cholestérol ou l'usage du tabac, je n'aborde pas de but en blanc le sujet délicat de son alcoolisme. Mme F. niera l'impact de l'une ou l'autre cause sur son accident. Elle me dit « plein de gens fument et n'ont pas ça ! ». Elle m'expliquera que lors de sa convalescence à l'hôpital elle a rencontré plusieurs personnes qui, suite à un AVC, perdent la mémoire et ne reconnaissent plus leur environnement. Pour elle, « ce n'est pas le cas » me dira-t-elle avec fierté. Je fais le parallèle entre les facultés cognitives que Mme F. se targue d'avoir pu conserver avec celles perdues par sa mère atteinte de la maladie d'Alzheimer, maladie que Mme F. n'évoque que brièvement.

- *Carence de différenciation du Moi et de l'Autre*

A la différence du névrosé, l'état limite, lui, n'est pas arrivé à construire l'Autre de façon suffisamment élaborée. On ne peut se construire que par rapport à l'Autre, comme en miroir. L'Autre doit être reconnu comme une personne singulière et globale, symétrique, c'est-à-dire autonome, porteur de désir et d'émotions qui lui sont propres. C'est à ce prix qu'il pourra y avoir une résonance émotionnelle.

Chez Mme F., la relation qu'elle met en place avec les autres n'est pas duelle, au sens où la signification de l'existence de l'Autre n'est pas claire, avec une confusion possible entre son Moi et l'Autre. L'intersubjectivité en devient alors très compromise. L'Autre n'est pas vu comme une personne globale, il n'est pas un sujet à part entière ni reconnu comme tel. C'est ce qui vient signer non pas un échec complet, comme c'est le cas dans la psychose, mais une carence de la différenciation Moi/Autre, phase du développement qui dure de la troisième

année jusqu'à la puberté (2ième détour). L'élaboration du Moi par différenciation avec la réalité de l'Autre ne s'est sans doute pas déroulée correctement.

Au niveau de la relation à l'Autre, Mme F. entretient souvent des rapports conflictuels avec autrui, sauf quand elle peut les établir sur le mode de la séduction, aussi bien par sa vivacité d'esprit, son caractère enjoué que par une certaine prestance.

Dans ses relations avec ses deux maris, elle se positionne à chaque fois comme objet et non pas sujet de la relation. Ses choix amoureux la portent vers des hommes fragiles, incapables de se gérer ou d'assumer leur famille, l'obligeant à pallier les défaillances de ces derniers, et d'assurer à chaque fois la gestion financière de la famille.

Le premier mari, sans emploi et alcoolique, ainsi que le second, violent et surendetté, la placent dans une position objectale où, bien qu'assumant le rôle de chef de famille, elle se voit régulièrement maltraitée par eux, battue et injuriée, sans reconnaissance de son statut de personne. Aucune intersubjectivité n'est décelable dans ce type de relation où Mme F. semble instrumentalisée par les hommes bien qu'elle cherche à combattre ce positionnement, se rebellant contre ses maris, à son corps défendant, s'abîmant dans l'alcoolisme. L'accident vasculaire et le cancer survenu quelques mois après l'annonce de son divorce lui permettent désormais de s'appuyer sur son statut d'handicapée rescapée, comme un étayage possible.

Dans sa relation avec ses enfants, il y a confusion des rôles confirmant l'absence d'une réelle différenciation Moi/Autre. Le fils, issu d'un premier mariage, aurait été parentifié depuis toujours selon ce dernier, protégeant sa sœur de l'alcoolisme de sa mère. C'est lui qui « l'aurait remis sur le droit chemin » et qui veille sur elle. Lorsque, à la demande de Mme F., je viens la chercher pour poursuivre nos entretiens dans un café, il s'inquiète de savoir où je l'emmène. Tel un mari jaloux ou un père inquiet pour sa fille, il me demande de lui « faire un débriefing » sur les entretiens que j'ai avec sa mère. Il semble piqué au vif lorsque je lui explique qu'il s'agit d'un espace de paroles confidentiel consacré exclusivement à sa mère, dont l'autonomie cognitive préservée ne m'autorise pas à lui révéler la teneur de nos échanges.

Mme F. n'apparaît pas comme protectrice vis-à-vis de ses enfants, bien qu'assurant leur bien-être matériel. Son fils ne travaille pas et vit chez elle à 33 ans, entièrement dépendant d'elle financièrement. Malgré cette dépendance financière, celui-ci agit comme le chef de famille, surveillant les dépenses de sa mère, la rabrouant lorsque celle-ci s'autorise quelques extras alimentaires, ce qui occasionnera des disputes fréquentes entre eux. Sa fille vit chez son père, ex-mari de Mme F., mais vient rendre visite régulièrement à sa mère. Les deux enfants

expriment une grande inquiétude concernant une possible rechute de son alcoolisme. Lorsque je raccompagne Mme F. à son domicile, ses enfants m'expliquent que la cohabitation avec leur mère a été difficile les années où elle s'alcoolisait et que c'est son fils qui aurait éloigné sa sœur pour la protéger des abus alcooliques de sa mère. Le fils me dit avoir partagé seul des moments particulièrement douloureux avec sa mère, lorsqu'il a cherché à la sortir de son addiction, ce que Mme F. minimise lors de nos entretiens. Bien que celle-ci le démente, il apparaît qu'elle n'ait pas su/pu protéger ses enfants et ainsi faire preuve d'une fonction maternelle adéquate. Mme F. apparaît à ses enfants comme une mère fragile et imprévisible avec une demande de prise en charge par ces derniers très ambivalente. Elle se dit « forte » et me dit lors de nos entretiens ne plus vouloir entendre qu'elle est fragile, l'ayant trop entendu jusqu'à son accident. Le lien d'emprise avec ses enfants semble être à double sens, d'un côté l'emprise financière de la mère sur ses enfants, de l'autre une certaine prise en charge matérielle et affective de Mme F. par ces derniers.

Il semble également que ses rapports avec les auxiliaires de vie de l'association soient imprégnés d'ambivalence. Mme F. oscille souvent entre différentes attitudes avec la même personne, tantôt reprochant à son auxiliaire de vie d'être trop austère, et à la fois craignant que celle-ci ne commette des indiscretions dans le voisinage, et à d'autres moments, louant la gentillesse de celle-ci à qui « elle a fini par s'habituer ». Je saurai par la présidente de l'association que ses rapports avec certaines auxiliaires remplaçantes ont été conflictuels lorsque celles-ci ne se pliaient pas à ses injonctions. L'intolérance dont elle fait preuve parfois lorsque son interlocuteur n'agit pas selon ses désirs témoigne de son incapacité à identifier l'Autre en tant que personne globale.

Lors de nos interactions, j'ai moi-même été sanctionnée par Mme F. lorsque j'ai dû lui rappeler que le lieu de nos entretiens ne devait pas servir à assouvir ses besoins d'alcool. Sans rien laisser apparaître sur le moment, Mme F. a reporté notre rencontre à la semaine d'après. Nos rapports ont cependant toujours été courtois, mais je dois dire que j'ai souvent contourné les résistances de Mme F. jusqu'à ce que je perçoive que le climat de confiance que je m'étais évertuée à instaurer était suffisamment solide pour que je puisse aborder et insister sur les sujets douloureux.

- ***Carence de sa position de sujet***

Sa carence au niveau de sa position de sujet se reflète dans sa façon de se positionner en tant qu'objet utile, manipulable, en particulier avec les hommes de sa vie. Ce qui l'a séduite en

particulier chez son second mari, me dit elle, c'est une personnalité inverse de ce qu'était son père, un homme laborieux, besogneux qui coûte que coûte ramenait le revenu nécessaire à une famille de 8 enfants. Le côté flambeur de son second mari qui lui proposait une vie facile l'avait éblouie et illusionnée. Une fois que la façade fragile de son mari s'est effondrée, elle s'est trouvée contrainte d'endosser le rôle qu'elle avait déjà assumé avec son premier mari, et qu'elle avait cherché à fuir avec le second. Par la suite, elle s'est retrouvée dans la position de son propre père, à assumer financièrement seule sa famille. Enfant, elle tenait déjà un rôle de responsabilité auprès de ses frères et sœurs, celui d'un chef de famille de remplacement. Mme F. a toujours eu une fonction d'objet utile auprès des autres. De même, lorsqu'elle évoque un amant qu'elle aurait eu pendant quelques temps, elle ne parle de lui qu'à travers sa fonction « un médecin » et de son utilité envers elle : « il me valorisait contrairement à mon ex-mari qui me disait que j'étais mal fichue, et me répétait que j'étais belle ». Nulle mention n'est faite des qualités humaines de cet homme ou des sentiments qu'elle lui portait.

L'Autre est également vu par Mme F. comme un objet utile et manipulable. Ainsi, c'est sans affects particuliers qu'elle me parle de son fils dont elle se plaint des intrusions fréquentes dans tous les domaines de sa vie. Elle précise : « il agit comme un mari sans pour autant en avoir les devoirs ». Elle aurait souhaité qu'il lui paie une pension car « c'est moi qui l'entretiens ». Lorsque, incrédule, je reprends ses propos sans les nuancer, elle se ravise en évoquant l'argument que son fils invoquerait si elle lui demandait une pension, le fait qu'il s'occupe d'elle au quotidien. De telles réflexions, froides et calculatrices, sont pourtant suivies de propos exprimant une inquiétude pour son fils, dont elle aimerait bien qu'il refasse sa vie, plutôt que de rester sur son ordinateur toute la journée.

Ce qui est frappant chez Mme F., c'est l'utilisation qu'elle fait de son handicap et de sa dépendance, comme d'un étayage essentiel. Se positionnant auparavant comme un objet utile, elle utilise désormais son entourage à son profit.

Son ex-mari vient la voir tous les jours sous le prétexte de lui ramener leur chien. Suite à son accident, elle me confiera avoir été prise en charge par lui pendant un temps, « gâtée par lui ». « Je n'avais rien à faire, il cuisinait, s'occupait de moi, me prenait chez lui régulièrement ». Elle ajoutera « j'étais moi aussi en garde alternée, comme ma fille et mon chien ». C'est une période qu'elle évoque avec plaisir : « j'étais contente ».

On peut se demander dans quelle mesure son AVC ne lui a pas servi à renverser sa position de vie, d'objet utile, elle devient principalement celle qui utilise les autres. Quoi de plus normal de se faire servir quand on est handicapé, en usant et abusant de l'Autre?

Mme F. est une dame décidée derrière une façade souriante et agréable. C'est elle qui imposera les jours et horaires de nos rendez vous et qui décidera du lieu. Il y a chez elle l'idée de contrôler la situation. Il me faut d'ailleurs de nombreuses séances avec elle pour aborder certains thèmes qu'elle élude avec une grande facilité. Quand je finis par y parvenir, je réalise que c'est bien parce qu'elle l'a décidé.

La séduction est une modalité présente chez Mme F. utilisée comme recherche de reconnaissance. Mme F. est une femme de 57 ans, bien conservée, à la silhouette mince, ce qui lui donne une allure juvénile. A chaque fois que je l'emmène à l'extérieur, Mme F. est très apprêtée et bien coiffée et aime lorsque je lui en fais la remarque. J'observe d'ailleurs que son choix vestimentaire est très audacieux, des petites robes moulantes courtes de couleur vive, les mêmes modèles parfois que ceux choisis par sa fille. Je constate que tout le monde la connaît et la salue dans la rue et qu'elle est particulièrement sensible aux badineries du propriétaire du café qui ne ménage pas ses plaisanteries. En ce sens, elle m'apparaît une fois de plus comme un objet, cette fois objet de séduction où elle cherche encore à utiliser l'Autre dans un but de revalorisation.

Le corps propre de Mme F. apparaît chez elle comme un étayage essentiel, prenant une place de réassurance face à une forte carence au niveau de sa position de sujet. Que ce soit à travers le paraître, la séduction, ou son handicap, son corps semble être utilisé comme un support externe stabilisateur de son identité.

- *Victimisation et déresponsabilisation*

Dans son discours, Mme F. se remet peu en cause. Lorsqu'elle évoque la période où elle s'alcoolisait, elle le justifie par le fait que son mari l'injuriait et la battait, accentuant sa tendance à boire des apéritifs à droite et à gauche. Elle n'est que la victime de ses maris, ou de son fils sur lesquels elle a eu en réalité une certaine emprise. Lorsque j'évoque sa tendance à minimiser les drames de sa vie, tendance mise en exergue par son fils, elle se dédouane de toute responsabilité en la rejetant sur des événements extérieurs. Concernant l'inquiétude de son fils sur une possible rechute dans l'alcool, elle me répond que son fils ressemble à sa sœur et qu'il a tendance à prendre les choses à l'envers et à ne considérer que le côté négatif des

situations. Comment faudrait-il qu'il réagisse selon vous ? Lui demandais-je alors. « Qu'il me fasse confiance » sera sa réponse. D'un côté agacée par l'attitude de son fils qui l'empêche d'agir à sa guise, elle paraît en même temps flattée et amusée par certains de ses commentaires, lorsque celui-ci lui déclare qu'elle n'a pas besoin de chercher un autre homme, « on est bien tous les deux ». Une certaine immaturité affective transparait chez Mme F., visible également à travers son allure juvénile et sa façon de s'habiller.

Aucune remise en question de son fonctionnement ne sera évoquée avec moi ou un éventuel questionnement sur sa famille dont les membres décèdent brusquement les uns après les autres après une plainte bénigne. L'irresponsabilité vis-à-vis d'elle-même (l'alcoolisme) et des autres (une certaine irresponsabilité parentale) renvoie à l'absence d'élaboration d'une position de vie d'adulte.

- *Clivage du Moi et de l'Autre*

Le besoin d'emprise est une conséquence directe du clivage : l'Autre est vécu comme dangereux pour le Moi, d'où la nécessité d'emprise sur lui. L'Autre, mal défini dans l'identité psychique, vient rappeler combien le Moi est précaire et vulnérable, de ce fait le sujet état limite se sent toujours menacé par l'intrusion de l'Autre dans son Moi.

Un mécanisme de défense, constitutif du mécanisme paranoïde, est de rejeter la négativité sur l'Autre pour en protéger le Moi, tout en véhiculant des images de soi idéales.

Il y a clivage si et seulement si il y a mouvement de bascule avec les objets du clivage. C'est bien le cas ici : les mauvais Autre sont susceptibles de devenir bons, à condition que Mme F. l'ait décidé : ce qui est négatif est centré sur une personne et peut ensuite basculer sur une autre. Un jour, je retrouve Mme F. avec une mine renfrognée. Il m'a fallu longuement investiguer auprès d'elle pour en connaître la raison. Elle m'a confié après un long moment la colère ressentie contre l'infirmière qui lui aurait dit que sa fille avait du mérite d'avoir réussi son bac « avec une mère en fauteuil et qui ne parle pas ». Mme F. n'a pas pu faire un travail de distanciation et de recul nécessaire pour relativiser ces propos, en prenant en compte la dimension psychologique et subjective de l'Autre. L'auxiliaire de vie ou l'infirmière est devenue le mauvais Autre car elle lui a renvoyé brutalement une image négative d'elle-même. L'angoisse résultant de cela se manifeste alors par un brusque revirement de sentiments envers elle qui, de « gentille » devient une ennemie.

Je suis moi aussi, devenue à certains moments l'objet du clivage (le mauvais Autre) lorsque que je l'ai stoppée dans ses tentatives de boire davantage. Elle s'est fermée, mon intervention étant uniquement comprise comme une tentative de la contrôler. Elle a alors agi comme si de rien n'était mais peu après elle m'a mise à distance en reportant notre rendez vous habituel, sous un prétexte fallacieux, me montrant ainsi que c'était elle qui était toujours maître de la situation.

Chez Mme F., ce clivage bon/mauvais Autre est masqué par une apparence lisse produite par un hyper contrôle. « Ce n'est qu'en situation de crise que le clivage, les réactions paranoïdes, la culpabilisation d'autrui... feront surface et prendront par surprise l'entourage. »¹.

Ses abus alcooliques s'inscrivent dans le cadre de mouvements d'alternance entre des positions opposées qui caractérisent le clivage état-limite, ici entre hyper contrôle et passage à l'acte (conduite addictive). Lorsque le Moi ou l'Autre bascule dans le négatif, comme c'est le cas lorsque ses maris la quittent (décès ou divorce) ou lorsque les autres lui renvoient une image dévalorisée d'elle-même (auxiliaires de vie, infirmières..), une impulsion alcoolique vient répondre à la nécessité de faire cesser l'angoisse brutale, « générée par le renvoi à la négativité que signifie le rejet de l'Autre. »².

L'impulsivité chez Mme F. vient sans doute en réponse à un vécu de vide émotionnel, donnant ainsi l'accès à des émotions brutes par un lâcher-prise avec l'alcool. C'est aussi une sorte de défi à la vie et à la mort qui lui donne l'illusion d'une toute-puissance, celle d'être plus forte que la mort elle-même. Mme F. me répétera en effet souvent qu'elle ne veut plus qu'on la considère comme fragile.

Enfin, elle-même est aussi devenue l'objet de son clivage, en devenant hémiplégique, l'installant dans une dépendance infantilisante de chaque instant. A moins que cela ne soit un stratagème afin de pouvoir manipuler l'Autre...

- *La question du genre*

« On observe la position de Genre à travers les dimensions de la relation à la femme (ici l'homme), mais aussi de la parentalité... »³. Le genre est posé chez Mme F., mais carencé. Elle ne parlera que très peu de la personnalité des hommes qu'elle a connus, ou seulement

¹ Chabrier, Lydia. Psychologie clinique. Paris : Hachette, 2006, p 202

² Idem p 193

³ Chabrier, Lydia. Psychologie clinique. Paris : Hachette, 2006, p 235

pour citer les moyens de séduction qu'ils ont déployés pour la séduire, l'esbroufe, le goût de la fête, ou les comportements de violence qu'ils ont pu avoir à son encontre.

On peut noter chez Mme F. un discours peu nuancé et des sentiments peu profonds sur les hommes de sa vie qui apparaissent davantage comme des objets externes peu valorisés. Ces éléments peuvent apparaître comme l'héritage de la mauvaise différenciation de l'axe organisateur de l'intégration psychique, responsable d'une certaine extériorité.

Une forte ambivalence est décelable au niveau de ce que Mme F. cherche à montrer de son identité féminine. A chacune de nos rencontres, elle arbore des signes stéréotypés de féminité, des tenues audacieuses, des ongles peints, une chevelure entretenue chaque semaine par le coiffeur.

La féminité dont elle fait preuve à travers son apparence soignée contraste avec des comportements d'exhibition de son corps malade. Les séquelles de sa maladie ne sont pas cachées, sa gorge découverte, sans port de foulard, laisse apparaître à la base de son cou un trou béant qui a été pratiqué, lors de la trachéotomie, pour permettre le passage de l'air vers les poumons. Sur celui-ci, Mme F. applique parfois un collier comportant un bouchon de mousse, qu'elle ne cherche pas non plus à camoufler. Des robes courtes montrent également sa jambe harnachée à une attelle. Elle choisit de se positionner avec son fauteuil roulant au beau milieu du café où nous nous rendons, sans crainte d'être observée par les passants ou les clients de l'endroit.

Ce mouvement de bascule entre la mise en avant de sa féminité et celle de sa maladie laisse à penser que la maladie lui permet d'assurer son emprise sur un mode différent et vient étayer celle de genre, très carencée. Le handicap ayant négativisé en partie son identité féminine, Mme F. a également étayé son identité autour de la question de la maladie.

Sa relation avec ses enfants, on l'a vu, est ambivalente, où Mme F. n'apparaît pas comme protectrice vis-à-vis de ses enfants, bien qu'assurant leur bien-être matériel. Le don matériel semble ici se substituer au don d'amour, cantonnant chacun dans une position essentiellement utilitaire.

Les liens de Mme F. avec sa mère ont été peu abordés par cette dernière. Elle précisera seulement qu'elle n'était pas proche de sa mère bien que ce soit cette dernière qui tenait les rennes de la maisonnée. Actuellement, elle ne pense guère à aller voir sa mère alors que celle-ci est atteinte de la maladie d'Alzheimer et n'a plus de contacts avec elle.

Mme F. évoquera souvent le fait que l'argent provenait du travail de son père qui, malgré la distance relationnelle qu'il instaurait avec ses enfants, assumait courageusement sa famille. L'importance de l'argent et du don matériel dans son système des valeurs familiales la conduit à valoriser le modèle paternel. Une certaine identification au père et à ses valeurs matérialistes semble s'être mise en place chez Mme F. Cette identification peut s'observer à travers son rapport à l'argent et le fait que ce soit elle qui assumait seule, à chaque fois, ses maris et ses enfants. De sa mère dont elle dira peu de choses, elle évoquera sa force de caractère, trait dont elle pense avoir hérité. Malgré une volonté de s'identifier à certains aspects de la personnalité de sa mère, il semble que le modèle maternel demeure davantage externe à son fonctionnement. Chez Mme F., la différenciation avec l'altérité de genre semble être carencée, d'où sa difficulté à se positionner dans une identité féminine stable.

3. Diagnostics différentiels et diagnostic positif

Le souci de paraître, la quête du regard de l'Autre sont des modalités assez présentes chez Mme F., utilisées comme recherche de reconnaissance. Comme on l'a déjà mentionné, elle fait très attention à son apparence, et aime qu'on lui dise qu'elle est bien coiffée ou qu'elle est belle. Que ce soit à travers le soin apporté à sa tenue ou à travers l'exhibition de sa maladie, elle fait en sorte qu'on la regarde. De ce fait un des diagnostics envisageables serait celui de névrose hystérique, car la volonté de plaire est ici associée à une forme de manipulation de l'Autre. Cependant, chez Mme F., cette recherche de valorisation ne s'établit pas dans le cadre d'une relation intersubjective, qui impliquerait une complémentarité du sujet et de l'autre, les inscrivant dans une humanité commune.

Mme F. se situe davantage dans une relation d'étayage anaclitique, que ce soit avec les hommes de sa vie, ou ses enfants, qu'elle n'investit pas réellement pour ce qu'ils sont. Son fonctionnement se caractérise par une identification au parent de l'autre genre et non par une dépendance affective ou une complémentarité, basée sur une différenciation avec celui-ci, comme on le retrouve dans la personnalité hystérique.

L'hystérique, lui, a constitué l'Autre, et ne cherche qu'à combler ses failles par de la revalorisation, que seul l'Autre peut lui donner. Ce n'est pas le cas de Mme F., qui ne cherche qu'à asseoir son emprise sur l'Autre pour mieux le contrôler et l'instrumentaliser à minima. Une modalité perverse peut exister en dehors de toute structure perverse,

notamment chez l'état limite. La perversion psychologique est définie « comme la nécessité pour la personne état limite de vivre au détriment de l'Autre, en le manipulant, que ce soit par la séduction (voire la douceur) ou la dévalorisation (ou encore une alternance des deux) au besoin jusqu'à la destruction (physique ou psychologique) »⁴. Le diagnostic de névrose hystérique peut ici être écarté.

La différenciation Moi/Autre a eu lieu chez Mme F., même si elle s'est faite de façon carencée. Le Moi et l'Autre sont déterminés à partir d'une position instrumentale (problématique de l'avoir qui se substitue à celle de l'être). L'Autre n'est pas défini en tant que personne globale, mais uniquement dans un rôle de dominé, réduit à ce qu'il peut lui apporter, ou de dominant. Dans les conduites alcooliques que Mme F. adopte, « se retrouve le jeu de confrontation aux limites de l'enfant à l'étape de la différenciation Moi/Autre, transposé dans le registre de l'abstraction qui est celui de l'adulte »⁵.

Les mécanismes paranoïdes, présents chez Mme F., pourraient nous renvoyer à un diagnostic de psychose paranoïaque. Cependant, dans le cas de Mme F., il y a alternance en bon et mauvais objet, ce qui n'est pas le cas chez le paranoïaque qui voit en l'Autre persécuteur un mauvais Autre constant, non capable de mouvement de bascule. De même, si Mme F. a tendance à rejeter la responsabilité de ce qui est négatif sur autrui, il s'agit davantage chez elle d'une victimisation que d'un vécu persécutif. On n'observe pas non plus de comportement persécuteur particulier chez elle. Le diagnostic de psychose paranoïaque peut ici être rejeté.

Ainsi, l'absence d'éléments essentiels aux diagnostics de psychose paranoïaque et de névrose hystérique (diagnostics différentiels) nous conduit vers une structure état limite chez Mme F., avec, comme arguments principaux en faveur de ce diagnostic, le clivage et les réactions paranoïdes.

4. Perspectives thérapeutiques souhaitées

Compte tenu de la structure carencée de Mme F., et surtout d'un pronostic qui n'est pas en faveur d'une psychothérapie, j'aurais pu décider de choisir un autre sujet d'analyse, ou du moins d'espacer nos rencontres. Je savais qu'il était toutefois possible, si la structure psychologique était trop problématique, de travailler sur le fonctionnement de la personne, de façon à améliorer sa qualité de vie dans le présent et l'avenir. Mon objectif n'était pas de

⁴ Chabrier, Lydia. Psychologie clinique. Paris : Hachette, 2006, p 191

⁵ Idem, p 194

lui faire cesser ses comportements addictifs (alcool, tabac) acquis depuis des années, ou de lui faire réaliser qu'elle était également responsable des choix qu'elle avait effectués ou des événements négatifs qui avaient impacté son autonomie. Ce type d'intervention aurait pu être à l'origine d'un effondrement brutal de sa structure sous forme de grave décompensation.

Je suis donc partie avec l'idée de rechercher pour elle un mieux être au quotidien, auprès de son entourage, avec l'objectif d'améliorer à minima son rapport au monde. C'est un travail d'étayage et de revalorisation que j'ai réalisé avec elle, qui n'a été possible qu'après avoir pu contourner ses défenses. J'ai accepté de rentrer dans son univers, de pousser son fauteuil roulant de son domicile jusqu'au café, le même à chaque fois, où nous commandions les mêmes boissons, un verre de vin dilué avec de l'eau pour elle, du thé pour moi. Ce cadre particulier a permis de ritualiser nos échanges et de gagner sa confiance. J'ai accepté également de me soumettre à ses exigences, tout en instaurant des limites claires. J'ai parfois été manipulée, en toute conscience, mais je n'ai jamais souhaité me positionner en censeur. Mes interventions auprès d'elle lui ont sans doute permis de s'ouvrir davantage, tout au moins pendant nos entretiens, en me permettant d'explorer son fonctionnement. Nos rencontres devenaient un espace où Mme F. avait la possibilité d'exprimer ses émotions, s'autorisant à verser des larmes, et de lâcher ce fameux contrôle qui régit son comportement la majorité du temps. J'ai l'espoir de penser qu'elle a pu faire quelques liens lors de l'évocation de son histoire même si ses capacités d'élaboration restent limitées. A la fois méfiante et curieuse de comprendre ce que nos interactions pouvaient lui apporter au départ, elle a accepté de me voir régulièrement « si ça me faisait plaisir ». A présent, face au choix que je lui soumetts à chaque fois, de poursuivre ou non nos rencontres, elle décide de me revoir et prend même les devants pour fixer un rendez vous.

De mon côté, j'ai compris qu'il était important de prendre son temps face au sujet auquel on est confronté, de s'adapter à son rythme de paroles et d'élaboration. Il n'est pas toujours possible d'entrer rapidement dans la problématique du sujet, sous peine de faire effraction dans son territoire intime. Mme F. m'a également appris qu'il est possible de communiquer sans paroles. L'impossibilité où elle se trouvait de parler à haute voix m'a obligé à une attention de chaque instant, me situant essentiellement à un niveau analogique de la communication.

5. Mise en parallèle avec étude de cas du premier stage : Mme C./ Mme F.

Quelques éléments d'anamnèse de Mme C. :

Agée de 92 ans, Mme C. a vécu la plus grande partie de sa vie à Toulon. Issue d'un milieu cultivé, elle est la seconde d'une fratrie de 4 enfants, dont une sœur décédée à l'âge de 21 ans, et un frère mort des suites de maladie contractée à la guerre. Mariée une première fois avec un aviateur abattu au combat, pendant la guerre, Mme C. s'est remariée six ans après la mort de ce dernier avec son second mari, négociant en vins, décédé lui aussi en 2009. Ayant eu deux enfants avec ce dernier, elle a exercé la profession de photographe.

Jusqu'à ses 91 ans, elle vit chez elle à Toulon. Elle y est hospitalisée pour une intervention, avec pose ventrale d'une poche définitive suite à une colectomie (cancer du colon). Elle porte par ailleurs un pace maker. Suite à l'apparition chez cette dernière de quelques troubles cognitifs depuis le décès de son époux, sa fille décide de la transférer d'abord dans une maison de convalescence à Nice, ville où celle-ci réside, puis de la faire rentrer en mars 2011 en maison de retraite médicalisée, sans lui révéler ni le statut de la maison, ni la durée de son séjour.

A son arrivée en maison de retraite, le bilan cognitif de Mme C. indique en effet des troubles cognitifs légers mais qui s'estompent avec la convalescence de cette dernière. Mme C. ne présente pas de pathologie dégénérative de type Alzheimer, ni d'anxiété majeure ou de dépression pathologique.

Dès son entrée et pendant les 4 mois qui suivent, la résidente manifesterà de façon récurrente son incompréhension concernant la raison de son séjour durable en maison de retraite. De son côté, sa fille passe sous silence le caractère définitif de son séjour, et tente de convaincre Mme C. qu'elle ne peut plus vivre seule chez elle.

Analyse comparative des deux cas clinique :

Mme F. et Mme C. sont deux femmes agréables, souriantes, pouvant toutefois se montrer autoritaires, et qui recherchent la compagnie des autres personnes. Mme C. participe régulièrement aux animations et aux ateliers de stimulation cognitive et de soutien psychologique, tout en conservant une certaine réserve relationnelle. Mme F. cherche à communiquer avec son entourage, que ce soit l'auxiliaire de vie, son voisinage ou moi-même. Cette dernière ne livre également son ressenti qu'avec réticence et adopte au départ un discours superficiel où tout va bien.

La différence de fonctionnement entre ces deux femmes réside dans leur capacité à faire preuve d'une réelle intersubjectivité dans leurs relations.

Se situant dans l'intersubjectivité, le discours de Mme C. laisse apparaître une identité structurée autour du Genre mais s'appuyant sur des identificateurs partiels, en nombre restreint et stéréotypé.

Son identité de genre semble s'être construite en idéalisant des proches de son entourage de sexe masculin, s'étayant principalement sur des attributs visibles du genre. Elle évoque en particulier sa relation privilégiée avec son père qui l'emmenait souvent en moto, ainsi que le hobby de ce dernier, la photographie, dont elle choisit d'en faire son métier, profession peu féminisée à son époque. On observe le transfert de cette relation affective avec son père sur son mari dont elle souligne avec fierté son statut social. Par ailleurs, lorsqu'elle mentionne sa mère, c'est pour évoquer sa grande sensibilité qu'elle semble associer à de la fragilité, ce qui laisse apparaître un certain rejet de l'identification à la mère. Cette idéalisation du père mais également du frère dont elle valorise le parcours militaire s'inscrit néanmoins dans le cadre de relations affectives basées sur une réelle complémentarité avec l'altérité de genre.

Au contraire, le discours peu accés sur l'émotion de Mme F. concernant les hommes de sa vie, ne faisant appel qu'à leur fonction auprès d'elle, laisse apparaître une identité de genre posée, mais rudimentaire. Mme F. s'est identifiée en particulier au fonctionnement du parent de l'autre genre, se constituant en tant qu'objet utilitaire de l'Autre et inversement. Cependant, son identification au père ne s'inscrit pas dans un cadre d'une complémentarité avec une altérité de genre bien définie, mais plutôt de façon adhésive. Mme F. entretient une relation anaclitique avec les hommes. Son fils représente un étayage parfait, venant prendre une place de réassurance face à une forte carence au niveau de sa position de sujet.

Mme F. fonctionne dans l'extériorité, ce que l'on peut apercevoir à travers le paraître notamment, étayage efficace, utilisé comme support externe stabilisateur de son identité. Elle semble peu affectée par les dégradations physiques qu'elle a dû subir, l'essentiel étant d'attirer l'attention d'une façon ou d'une autre. Son corps invalide semble même désormais être un support externe stabilisateur de son identité.

Au contraire, lors de mes entretiens avec Mme C., il est constamment question de sa difficulté à faire le deuil de son corps bien portant. Ce sont ses capacités physiques qui lui ont permis de préserver jusque là « la petite indépendance » qui lui manque désormais. Très sportive durant sa vie adulte, elle cherche avant tout à retrouver sa forme physique.

L'activité chez Mme C., à caractère physique, professionnelle et sociale, a sans doute joué un grand rôle dans sa construction identitaire et le maintien de son équilibre, lors de sa vie adulte. La perte de cet étayage liée à la baisse de ses capacités physiques l'oblige à une prise en charge par autrui qui fait basculer sa position de vie, position où elle est désormais dépendante de l'Autre.

Toutes deux ont eu une vie ponctuée de ruptures, de deuils et d'événements déstabilisants qui ont dû nécessiter des remaniements psychologiques, mettant rudement à l'épreuve leurs capacités adaptatives.

Chez Mme F., une sécurité de base carencée ne lui a sans doute pas permis de structurer son identité en fonction du genre. Des somatisations fréquentes et des comportements addictifs en réponse aux épreuves traversées l'ont conduite à trouver un nouvel étayage pour soutenir sa structure, son corps propre invalide. Mme C. a également connu des somatisations mais l'étayage externe représenté par sa fille lui permet de s'appuyer sur un Autre, dans une relation de dépendance affective, où l'Altérité a malgré tout sa place. Les capacités d'élaboration de cette dernière lui permettent d'exprimer son ressenti sur la situation qu'elle vit, notamment sur ses difficultés d'adaptation en maison de retraite. Elle exprime le fait de s'y être retrouvée sans avoir été prévenue. Cependant, un véritable travail d'élaboration et de deuil est possible avec elle et commence à s'amorcer.

Au niveau de la relation à l'autre, Mme C. n'entretient pas de rapports conflictuels avec autrui. Malgré le sentiment d'avoir été trahie par sa fille, Mme C. est capable de comprendre sa réaction, ce qui témoigne malgré tout d'une certaine capacité à identifier l'Autre comme personne globale.

Au contraire, Mme F. fonctionne à travers le clivage. Ses maris, son fils, sa fille ainsi que les auxiliaires de vie ont tous basculé soit vers le bon soit vers le mauvais Autre, en fonction des événements. Ce qu'elle dit d'eux ne se rapporte pas le plus souvent à leur singularité ou leur subjectivité, mais à leur utilité vis-à-vis d'elle, ce qui donne l'impression d'une relation à sens unique. Le fait de se servir de son entourage ou de lui être utile semble assurer sa position de sujet.

Dans les deux cas, une certaine dépendance du Moi à l'image positive renvoyée par l'Autre est décelable. Alors que le Moi n'est pas suffisamment construit chez Mme F. avec des carences importantes au niveau d'une reconnaissance de l'Autre, chez Mme C., la dimension subjective et

psychologique de l'Autre est prise en compte et les carences se situent essentiellement au niveau du 3^{ème} détour Identité/Altérité.

Le diagnostic élaboré précédemment pour Mme F. allait dans le sens d'une structure état-limite. La structure de Mme C., capable de se situer dans une relation d'altérité et de subjectivité, malgré une somatisation récurrente et quelques carences au niveau de la différenciation Moi/Autre, évoque davantage une structure névrotique. Il y a bien chez cette dernière une organisation de la structure psychique autour du positionnement de genre bien qu'une certaine extériorité du genre soit observable avec un étayage sur des stéréotypes de genre et de statuts socioculturels.

Il existe une infinité de variables, sous quelques traits communs, propre à une structure en question. Et cette infinité de variables n'est pas sans nous rappeler qu'il existe une infinité de personnes, à la fois tous différents, et appartenant tous à la même catégorie, l'espèce humaine. C'est pourquoi quand la question de la structure est délicate à établir, nous pouvons nous attacher à découvrir ce qui peut prendre sens dans le discours du sujet par rapport à son fonctionnement global. Car c'est la façon dont fonctionne l'humain qui est à comprendre afin de mener une action efficace pour l'aider.