

Travail de fin d'études - Diplôme d'Etat Infirmier

**Prise en charge d'un patient Etat
Limite : de la pathologie du lien à la
relation thérapeutique**

Phylcia Chan Po Woo

Institut de formation en soins infirmiers Charles Perrens
121, Rue de la Béchade - 33076 Bordeaux Cedex

Promotion 2006-2009

**Prise en charge d'un patient Etat
Limite : de la pathologie du lien à la
relation thérapeutique**

Remerciements

J'adresse mes remerciements aux différentes personnes qui m'ont aidé tout au long de ce travail, en particulier :

- Mme Alice Marmion, cadre de santé et enseignante à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers Charles Perrens, qui en tant que formatrice référente pour ce travail, m'a apporté conseils et soutien tout au long de sa réalisation,

-Tous les formateurs qui m'ont encadrée tout au long de ces 3 années de formation : Mme Périer, Mme Galand Bernet, Mme Hourdebaigt, Mme Toulouse, Mme Leyrat, Mr Osmond, Mme Lafont, Mme Alice Marmion,

-Madame Massard, bibliothécaire de l'IFSI Charles Perrens, qui nous a aidé dans la mise en forme de l'écrit,

- Le personnel des différents services de psychiatrie « Pons », « Régis » et « UICA » au sein desquels j'ai effectué un stage très formateur en terme de soins infirmiers en Psychiatrie,

- Mon entourage personnel,

- Mes collègues de promotion pour leur soutien et leurs encouragements.

Borderline

*« Être construit de dualités,
Précarité du bien et du mal,
Du positif ou négatif de ses côtés,
Résultante d'une survie animale...*

*Le cœur battant à fleur de peau,
L'amour et le rejet qui dansent,
L'abandon, mère de tous les maux,
Boucle infinie de la même souffrance...*

*Idéalisation de l'autre par le bon,
Dévalorisant celui-ci du mauvais,
L'objet d'amour tournant en rond,
Cicatrices d'une peau pansée de plaies*

*Comment accoucher de cette douleur?
Comment choisir la renaissance?
Comment teinter cette vie de mille couleurs?
Voilà le beau défi de la borderline !!! »*

Benoît, « Borderline »¹

¹ Membre de l'association d'aide aux personnes avec un état limite (AAPEL),
<http://www.aapel.org/temoignages/poemes.html>

Sommaire

INTRODUCTION	p.2
1-Présentation de la situation	p.3
1-1-Situation de soins.....	p.3
1-2-Questionnement.....	p.4
1-3-Problématique.....	p.5
2-Cadre théorique	p.6
2-1-Comprendre la relation du sujet Etat Limite.....	p.6
2-1-1) Un arrêt du développement au stade anal.....	p.6
2-1-2) Dépendance liée à une difficulté au cours du processus de séparation.....	p.7
2-1-3) La relation anaclitique chez l'état limite.....	p.8
2-1-4) L'angoisse dépressive liée à une relation anaclitique menacée.....	p.10
2-1-5) Besoin, demande, désir.....	p.10
2-2-Le passage à l'acte.....	p.11
2-2-1) Le passage à l'acte issu une absence d'élaboration.....	p.11
2-2-2) Défaut de symbolisation à l'origine d'une incapacité à mentaliser...p.12	

2-2-3) Recours aux passages à l'acte sur le corps.....	p.13
2-2-4) Le passage à l'acte comme défense.....	p.13
3-Analyse.....	p.15
4-Perspectives professionnelles.....	p.19
CONCLUSION.....	p.23
BIBLIOGRAPHIE.....	p.24

INTRODUCTION

En entrant dans la formation, j'étais consciente du fait que le métier d'infirmier nécessitait de grandes capacités relationnelles que je pensais posséder et pouvoir maîtriser. Par ailleurs, j'étais persuadée que la construction de la relation soignant-soigné « coulait de source ». A ma grande surprise, à mon premier stage de première année en psychiatrie, je me suis très vite sentie démunie face aux patients. Je me suis rendue compte que la relation soignante constitue un élément fondamental du soin, particulièrement en psychiatrie.

L'analyse de la situation de soins et de la relation avec Melle CF, patiente diagnostiquée Etat Limite dont je me suis occupée en service d'admission en Psychiatrie, va me permettre d'approfondir des notions très importantes dans la relation soignant-soignée telle que la rencontre, l'ouverture à l'autre, le travail sur soi, l'accueil de la souffrance de l'autre, le maternage, la fonction de contenance, de par excitation, de transfert et de contre-transfert.

L'élaboration de ce mémoire me permettra de progresser dans la relation envers les patients selon leurs capacités relationnelles. Par ailleurs, au travers de ce travail, je comprends mieux la notion de relation thérapeutique, comme relation qui, non seulement tient compte, mais s'adresse à la problématique relationnelle de la personne pour produire des effets thérapeutiques.

Présentation de la situation

Situation de soins

Il s'agit de mon troisième stage de 2ème année. Je suis dans une unité d'admission en hôpital psychiatrique. J'ai à charge 4 patients dont Melle CF, âgée de 21 ans, hospitalisée depuis trois mois dans le service en hospitalisation libre.

Melle CF est venue volontairement dans le but d'alléger son traitement en neuroleptiques. Elle est connue du service, le diagnostic posé est celui d'état limite. Melle CF présente principalement un sentiment de vide intérieur intense et des réactions impulsives, auto-agressives se traduisant par de fréquentes automutilations à type de scarifications. Il y a deux ans, Melle CF a fait une tentative de suicide en percutant un mur à moto.

Melle CF comprend que je la prends en charge régulièrement. La situation débute dès la deuxième semaine de mon stage. Progressivement et rapidement, elle me sollicite pour de multiples demandes. Elle veut, par exemple, que je l'accompagne très régulièrement dans la cour intérieure du service pour fumer car elle a « des envies irrésistibles de se brûler avec sa cigarette » dit-elle.

Un jour, que j'accepte de l'y accompagner, tout en fumant, elle me pose de nombreuses questions sur ma vie personnelle auxquelles je ne réponds pas. Au même instant, elle veut savoir si elle peut m'appeler par mon prénom. Je réponds négativement et lui explique que je ne suis pas là pour construire une relation d'amitié avec les patients.

Le même jour, Melle CF et moi, seules dans la salle de soins pour un soin de désinfection de ses avant-bras (nombreuses brûlures à la cigarette qu'elle s'était infligées il y a 1 mois), elle me tutoie et m'appelle par mon prénom. Je lui fais immédiatement part de la nécessité de nous vouvoyer. Mais Melle CF ignore totalement ma recommandation.

J'en parle alors avec une soignante qui me dit de laisser Melle CF m'appeler par mon prénom, que cela ne représente pas un « danger ». Par contre, elle me conseille aussi de reprendre la question du tutoiement avec Melle CF. Ce que je m'applique à faire mais en vain. Je ressens alors un sentiment d'appréhension et d'inconfort sur les conséquences que pourraient engendrer l'effondrement de cette barrière thérapeutique que représente le tutoiement. Une situation, qui apparemment ne choquait point d'autres soignants car nombreux d'entre eux étaient tutoyés par les patients.

Pendant une semaine, tous les jours, Melle CF demande à ce que ce soit absolument moi qui lui fasse ses soins. Elle me réclame pour les moindres demandes, m'interpelle et me monopolise à chaque fois que je passe dans le salon ou le couloir. Plus les jours passent, plus mon sentiment de gêne se majore. Et pourtant, j'adhère complètement à cette relation très particulière. Je me laisse entraîner malgré moi.

Cette situation dure 2 semaines.

A la 4ème semaine de mon stage, lors d'un entretien informel, je parviens difficilement à mener la discussion car je me suis surprise à tutoyer Melle CF. A cela s'ajoute un autre facteur de difficulté : elle présente à ce moment là un tel vide intérieur que j'ai la sensation d'être envahie, « happée » par cette patiente qui cherche à « s'identifier » à moi, me dit-elle lors de l'entretien.

Avant même que j'en parle à l'équipe soignante, une infirmière me fait remarquer que Melle CF me « manipule ». Elle me dit aussi que Melle CF me « phagocyte trop ». Ainsi, je dois cesser de m'occuper de Melle CF et ne plus répondre à ses demandes. Sur ce, je prends difficilement mes distances avec la patiente et passe le relais à mes collègues dès le lendemain.

L'illustration suivante s'est déroulée le premier jour où j'ai cessé de la prendre en charge à la demande de l'équipe. Il est 7h30, l'heure habituelle de la distribution des médicaments. Melle CF entre dans la salle de soins, se présente au niveau du chariot et me dit « Bonjour ». Elle s'attend à ce que je lui administre son traitement mais c'est ma collègue qui le fait. Melle CF refuse alors de prendre ses comprimés et demande à ma collègue à ce que ce soit moi qui les lui donne. Ma collègue refuse catégoriquement d'accéder à sa demande et lui dit que dorénavant si elle a des demandes, elle doit les formuler aux infirmiers et non à la stagiaire. Melle CF me regarde alors fixement et repart sans son traitement (qu'elle prendra plus tard, au petit déjeuner). Au niveau de la porte, elle se retourne soudainement et nous dit qu'elle nous « déteste ».

Par la suite, elle ne m'adresse plus la parole. Elle utilise des mots très agressifs quand elle me fait part de ses rares demandes. Elle ne me regarde plus et ne m'interpelle plus dans le couloir. Les jours suivants, Melle CF recommence à se scarifier et à se brûler à la cigarette. Je suis envahie par deux sentiments contradictoires. En effet, je ressens de la satisfaction (d'avoir pu mettre de la distance dans cette relation) et de la culpabilité. Ces passages à l'acte sont-ils un après-coup de mon nouveau positionnement ? Qu'en penser ?

Le dernier jour de mon stage, avant de quitter le service, je salue l'ensemble des patients se trouvant dans la cour intérieure. Melle CF vient vers moi, me serre la main et me dit calmement que de toute façon elle me reverra à l'IFSI car y viendra intentionnellement pour prendre son café.

Sur ce, je quitte le service avec un sentiment ineffable, celui peut-être de l'échec et de la culpabilité. Déçue de n'avoir pas su gérer une distance thérapeutique nécessaire en psychiatrie, de n'avoir pas su me positionner dans cette relation. Coupable de n'avoir pas aidé Melle CF dans sa pathologie à cause de ma position ambiguë.

Questionnement

- Quelle problématique est à l'œuvre dans la relation de Melle CF avec le soignant ?
- Comment comprendre l'arrêt puis la reprise des comportements destructeurs de Melle CF, en lien avec la relation mise en œuvre auprès d'elle ?
- Quels sont les moyens que le soignant peut utiliser pour construire la relation de soins ?

Problématique :

-Comment construire et maintenir une relation de soins avec une personne présentant un état limite ?

Pour comprendre la complexité de la relation soignant-soigné marquée par une pathologie du lien, j'ai choisi d'éclairer cette situation de soin d'un point de vue métapsychologique. Pour ce faire, afin d'éclairer la situation, j'ai préalablement développé un cadre théorique qui m'a permis de comprendre le comportement de Melle CF et la relation de soin. Ensuite, c'est en remobilisant ces connaissances que j'ai élaboré une analyse de la situation. Enfin, c'est à partir de cette analyse que j'ai mis en avant les perspectives soignantes se rapportant aux problèmes de soins identifiés auparavant.

Cadre théorique

Dans un premier temps je vais identifier le type de relation d'objet qui caractérise Melle CF et la problématique que cela engendre dans la relation soignant-soigné. Ensuite, sera traitée la question du passage à l'acte chez le sujet Etat limite. Enfin, je vais aborder les outils infirmiers essentiels dans la prise en charge du sujet limite dont le Cadre thérapeutique et la position soignante.

Comprendre la relation du sujet état limite

Dans cette première partie, nous allons essayer de comprendre la problématique qui est à l'œuvre dans la relation de Melle CF avec le soignant. Pour cela, nous allons aborder cinq notions essentielles : l'arrêt du développement au stade anal chez le sujet limite, l'illusion de la relation et la désillusion, la relation anaclitique qui en découle, l'angoisse dépressive liée à une relation anaclitique menacée, et les notions de « besoin, demande, désir ». Pour comprendre sa dynamique relationnelle, je vais me référer à Bergeret, dont l'approche structuraliste permet d'identifier l'instance dominante dans l'organisation, la nature du conflit, la nature de l'angoisse, les défenses principales et la relation d'objet pour les structures psychotique et névrotique et l'organisation Limite.

Un arrêt du développement au stade anal

Pour comprendre la relation du sujet état limite, il est essentiel de revenir sur les stades de développement car d'un point de vue psychopathologique, à chaque stade de développement correspond une relation d'objet différente, spécifique de ce stade.

Ainsi, la structuration de la personnalité de chaque sujet dépend d'un arrêt de développement à une période précise. La période de l'Enfance est caractérisée par les stades prégénitaux qui sont le stade oral, le stade anal (divisé par une ligne de démarcation la « Divided-Line ») et le stade phallique. L'Oedipe commence à la fin du

stade anal. Puis, la période de l'Enfance se termine par les stades génitaux. L'Enfance est suivie par la période de Latence. Vient ensuite la période de l'Adolescence, puis enfin la Maturité.

Au stade Anal (de 1 à 3 ans), le petit sujet passe d'une relation anaclitique spécifique du stade oral à une relation ambivalente (don/refus). L'Objet est à la fois partiel et total. Le mode de relation d'objet du stade anal est marqué par les contraintes inhérentes à l'apprentissage de la propreté sphinctérienne. La problématique de ce stade anal tourne autour de la question de la maîtrise de soi (se laisser aller ou pas) et la maîtrise de l'objet, donc de l'Autre. On est dans une relation conflictuelle avec l'autre, avec la mère ou le substitut. L'entourage du petit sujet est considéré comme un objet partiel qu'on maîtrise, qu'on manipule. A ce stade anal, le but pulsionnel est double, d'un côté, le petit sujet éprouve un plaisir auto-érotique qui se localise autour de la zone anale. D'un autre côté, il cherche également à exercer une pression relationnelle sur l'entourage.

Donc, chez le sujet Etat limite, en raison d'un traumatisme survenu à ce stade (2/3ans), il ne peut bénéficier de cette expérience et reste prisonnier entre deux modes de relation : une relation anaclitique acquise au stade précédent et une relation ambivalente auquel le sujet n'accède pas totalement.

Selon Bergeret, l'Etat limite est un groupe de personnalité dont la structure ne serait ni névrotique ni psychotique, mais se situerait entre ces deux champs, en raison d'un arrêt du développement libidinal sous l'effet d'un traumatisme survenu au stade anal. Cet échec au stade anal ne permet pas à l'enfant de se créer sa propre « défense » par le phénomène d'illusion et de désillusion de la relation avec sa mère.

Dépendance liée à une difficulté au cours du processus de séparation

Joyce MCDougall évoque le phénomène d'illusion : « Je reviens alors à ceux qui utilisent les autres comme des substances apaisantes, ou comme des contenants pour tous ceux qui, en eux-mêmes, leur semble trop dur à assumer comme partie de leur théâtre psychique personnel. (...) »²

Ce phénomène d'illusion existe aussi chez le petit enfant « la capacité particulière qu'a la mère de s'adapter aux besoins de son bébé, permet ainsi à celui-ci d'avoir l'illusion que ce qu'il crée existe réellement. »³

² Joyce MCDougall, *Théâtre du Je*, p76

³ D.Winnicott, *Jeu et Réalité*, 1971 , p49

Avec la mère suffisamment bonne (Winnicott) , l'illusion est nécessaire pour avoir un sentiment de sécurité avant de se confronter à la désillusion.

Selon le postulat de Freud, lorsque l'enfant ressent le besoin de lait, il manifeste une demande et la mère y répond. Ainsi, à ses futurs besoins, l'enfant va halluciner le même objet qui a satisfait à son premier besoin. Winnicott reprend cette théorie. Lorsque le besoin est ressenti par l'enfant, il crée un objet subjectif par le mode hallucinatoire. Une mère suffisamment bonne est une mère en empathie qui sent suffisamment son nourrisson pour lui présenter l'objet réel au moment même ou le nourrisson hallucine. Elle doit apporter l'objet ni trop tôt ni trop tard : au moment même ou l'enfant a besoin de voir la chose. Ainsi, quand la chose arrive cela lui donne l'illusion de pouvoir créer les choses à sa volonté, sentiment de toute puissance magique. Il n'y a aucun écart entre l'objet subjectif et objectif. Winnicott appelle cette réalité vécue par l'enfant « l'illusion ». Il s'agit d'un espace où l'enfant peut exercer son omnipotence imaginaire. Cela met en route un processus de découverte, de création de l'objet. Mais pour que cela ait lieu, il faut qu'il y ait hallucination. Le rôle de l'environnement est essentiel. Si la mère se présente précocement, cela empêche l'enfant de faire l'expérience du besoin, du manque. La mère fera toujours irruption dans l'espace de l'enfant. Si elle arrive toujours trop tard, comme le bébé n'aura pas de réponse à ses besoins, c'est comme si l'enfant allait s'éteindre. Il sera obligé de supprimer ses besoins, ses désirs. Il refuse l'objet pour ne pas être anéanti par ses besoins physiologiques.

Cet enfant risque donc d'être écrasé à des moments différents, trop tard ou trop tôt. L'enfant devra s'adapter à son environnement sans prendre en compte sa subjectivité. Ainsi, son moi (self) va être remplacé par un faux-self. Il est complètement soumis à son environnement qui répond à ses besoins soit toujours trop tôt ou trop tard.

Face aux défaillances de l'environnement (la mère qui n'est pas là au bon moment), l'enfant va éprouver une désillusion modérée qui ne sera jamais totale car il restera toujours une part où les choses de la réalité correspondraient à ses fantasmes. L'illusion de départ s'efface : se met alors en place l'aire transitionnelle qui, selon Winnicott, est l'espace de la créativité et l'espace d'un processus qui est la question du jeu.

Pour Winnicott, l'humanisation passe par le jeu. C'est grâce à cela que l'enfant va accepter de se séparer de la mère, de ses illusions car la mère n'est pas toujours en adéquation avec son enfant. A un moment, l'enfant va prendre un objet de la réalité et va l'utiliser comme si cet objet était un bout de sa mère. Cet objet transitionnel correspond au doudou. Cela permet à l'enfant de se détacher de la mère, de rencontrer l'Autre, de rencontrer le monde réel. Pour Winnicott, toute activité humaine découle de cela, c'est à dire que dans ce processus, l'enfant aura une expérience intermédiaire entre la réalité du dedans (subjective) et celle du dehors. Et cette expérience sera replongée dans l'imaginaire. Chez le sujet Etat limite tout ce processus ne s'est pas fait, à l'origine d'une relation anaclitique de l'objet.

La relation anaclitique chez l'état limite

Comme le traumatisme arrête l'évolution libidinale, le sujet reste dans le Tronc commun aménagé. Il reste figé sur ses positions narcissiques dans une pseudo latence précoce. En effet, la relation d'objet ne peut s'investir car la libido reste dirigée sur le Moi. On parle de pseudo latence car la phase de latence débute précocement. Elle débute aussitôt après la survenue du traumatisme dans le stade anal, et se prolonge jusqu'à l'adolescence et la maturité.

Ce Tronc commun aménagé n'est pas structurellement fixé. Ici, le Moi se maintient entre deux structures psychotique et névrotique. Si nous reprenons les termes de Bergeret : « Le propre de l'état limite est de se présenter au point de vue structurel, comme en tous points, comme intermédiaire entre névrose et psychose. (...) Il s'agit avant tout d'une maladie du narcissisme. (...) La relation d'objet est demeurée centrée sur la dépendance anaclitique à l'égard de l'autre(...) »⁴. Ainsi, l'Etat limite est avant tout une pathologie du narcissisme. Le sujet a dépassé le risque de morcellement mais n'a pas accédé à la relation génitalisée. La relation qu'il met en place avec les autres n'est pas duelle : c'est une relation de dépendance et d'étayage.

La relation d'objet du sujet état limite est dite anaclitique. Trois notions essentielles caractérisent cette relation :

- une notion d'appui. Bergeret parle de « relation de grande dépendance qui demeure vécue et jouée à deux »⁵ ;
- une notion d'attente passive de satisfaction ;
- une manipulation agressive du partenaire.

Le Moi anaclitique est divisé en deux secteurs :

- l'un est adaptatif c'est à dire qu'il est capable d'évaluer la réalité extérieure tant qu'il ne ressent pas une menace de réveil de la blessure narcissique.
- L'autre est anaclitique c'est à dire qu'il fonctionne sur un mode moins réaliste, au sein duquel les relations sont organisées sur deux modes : celui de la dépendance ou de la maîtrise. Son contact avec le monde extérieur est quelque peu désadapté à la réalité sans pour autant être délirant.

⁴ Jean Bergeret, *La personnalité normale et pathologique*, p141

⁵ *ibid*, p142

« Tout le problème économique de l'organisation limite se jouerait dans les rapports entre ces deux systèmes adaptatifs et défensifs à la fois, permettant une certaine sécurité et une certaine mobilité mais ne constituant jamais une solidité véritable »⁶

Dès que l'objet fait défaut, survient l'angoisse dépressive, caractéristique chez le sujet état limite.

Dans la dynamique psychologique du sujet état limite, la fonction que remplit cette modalité relationnelle est essentielle. L'Autre, en effet, se trouve investi comme une « bouée de sauvetage », comme un moyen de soutenir son propre narcissisme et de lutter ainsi contre l'angoisse dépressive.

L'angoisse dépressive liée à une relation anaclitique menacée

Cette angoisse est constante, diffuse et envahissante. C'est une angoisse d'abandon ou de perte, elle reflète un sentiment de vide ou de manque qui peut aller jusqu'à une impression de déréalisation, inaccessible à la mentalisation. En effet, le sujet état limite est incapable de lier cette angoisse à des processus mentaux structurants. Il présente des difficultés de symbolisation. « L'angoisse de la dépression se situe comme concernant à la fois le passé et le futur. (...) Elle rappelle(...) un passé malheureux mais elle témoigne cependant, en même temps, d'une espérance de sauvetage investie dans la relation de dépendance féconde à l'autre »⁷

En proie à cette angoisse, le sujet Etat limite fait appel à des mécanismes de défenses.

Les mécanismes de défense sont des modes de fonctionnement psychique qui ont pour finalité de réduire les tensions psychiques internes et réduire l'angoisse. Ces mécanismes de défense utilisés par le sujet Etat limite sont le clivage, les mécanismes projectifs et l'identification projective, le mécanisme d'idéalisation, la mise en acte et la forclusion. Ces mécanismes marquent les relations du sujet Etat limite.

Par ailleurs, les notions de « besoin, demande et désir » sont importantes pour comprendre le type de relation du sujet Etat limite. Chez le sujet Etat limite, ces trois notions sont perturbées en lien avec un défaut du développement.

⁶ ibid, p141-142

⁷ Jean Bergeret, *La personnalité normale et pathologique*, p.147

Besoin, Demande, Désir

Le mode de relation anaclitique résulte d'un défaut de séparation d'avec l'objet. Contrairement à la psychose, les contours en sont perçus, en dehors du sujet, cependant, il ne peut renoncer aux investissements narcissiques ce qui entraîne des difficultés à utiliser l'objet (Winnicott). Cela influe sur la nature de la demande.

Le besoin est une nécessité biologique et vitale à laquelle on doit répondre. Le désir est donc la tentative de vouloir revivre, retrouver dans le présent l'expérience de satisfaction vécue dans le passé par la satisfaction du besoin. Ainsi, la demande est en fait le moyen d'exprimer le désir. La demande ne demande pas une réponse immédiate. Il ne s'agit pas d'y répondre comme on répondrait à un besoin vital organique. Ici, la demande est plus subtile. Elle a une autre attente que celle sous entendue. Par exemple, lorsqu'un enfant demande un objet (jouets, confiseries...), la demande ne reste pas purement matérielle, elle peut également signifier une demande implicite d'amour ou d'affection. « la demande demande toujours plus que l'objet. C'est très important. On ne peut jamais répondre à une demande, la demande excède toujours son objet explicite. »⁸

Le désir rappelle au manque. Mais le manque ici n'est pas un manque partiel qui cherche à se satisfaire dans l'investissement de l'objet. La demande ici est une demande de satisfaction d'un besoin. Il s'agit donc de ne pas éprouver le manque et éviter la question du désir. Le manque est vécu comme un excès de pulsions, insupportable pour le sujet qui passe à l'acte pour soulager la tension liée à cet excès pulsionnel.

Le passage à l'acte

Dans la prise en charge du patient état limite, la clinique du passage à l'acte est importante, elle permet de repérer les facteurs déclenchant et favorisant et de comprendre leur signification pour le sujet.

Le passage à l'acte issu une absence d'élaboration

Ce passage à l'acte peut être auto-agressif notamment lorsque Melle CF se scarifie, se brûle à la cigarette, percute intentionnellement un mur à moto ou hétéro-agressif lorsqu'elle utilise des mots violents dans le but de me rejeter et de marquer la fin de notre relation. Les passages à l'acte sont souvent secondaires à des moments de frustration, d'angoisse et de séparation. Melle CF vit cela comme une séparation insupportable (absence de l'objet) entraînant une destruction d'une partie de Soi qui

⁸ Dr Jean Furtos Psychiatre (Lyon) , *La plainte* ,Tiré de Psy à Fond, La question 3 , p.14

signe un court-circuit de la mentalisation. L'objet étant pour elle, comme un moyen de soutenir son propre narcissisme afin de lutter contre l'angoisse dépressive.

La mentalisation est la capacité qu'a le sujet de tolérer, traiter et négocier l'angoisse intrapsychique, la dépression et les conflits inhérents à la vie. C'est en fait, une activité mentale de liaison de la représentation à l'affect. Cette activité serait intimement liée à la capacité à utiliser l'imaginaire et le symbole. Selon Bergeret, « l'imaginaire est une activité psychique essentielle à la vie, qui consiste en la capacité d'engendrer des fantasmes, des rêves, de mettre en image de façon vivante sa place et sa manière d'être en représentations dans le monde, ainsi que le mode d'échanges avec les autres »⁹

D'autre part, l'imaginaire peut être associée à la capacité à utiliser un symbole mais pour cela, le sujet doit avoir une organisation suffisamment différenciée (différenciation entre instances psychiques, dedans/dehors, bon/mauvais) ;

La symbolisation est alors reliée au développement du Moi. Ainsi, au fur et à mesure de sa maturation, par l'abandon de la toute-puissance, le sujet accède à la dépression, il acquiert la distance entre l'objet archaïque et ses substituts (symboles), ce qui lui permet de penser, aimer, haïr sans risque. Chez le sujet Etat limite, le passage à l'acte résulte d'une faiblesse du Moi et cela se traduit par un manque de contrôle des pulsions, l'intolérance à vivre l'anxiété.

Selon Jemmet, l'agir redonne la maîtrise au sujet. L'agir sert à l'individu à établir des limites différenciantes avec l'objet et repousse à l'extérieur ce qui le menaçait du dedans. Chez l'état limite il n'y a pas de mouvement fusionnel ni d'indifférenciation soi-autrui. Cependant le défaut d'intégration de l'objet interne provoque le clivage. Ainsi, le mauvais expulsé sur un objet externe devient menaçant et de ce fait, l'agir revêt la fonction défensive de rétablir la limite entre soi et autrui sans perdre le contact avec la réalité. Il s'agit là, d'un mécanisme de dédoublement des imagos et de projection.

Le passage à l'acte signe à la fois l'existence d'un événement vécu comme une menace pour le Moi du sujet, dont il se défend et un défaut dans le processus de mentalisation. Il est alors intéressant d'étudier ce qui est à l'origine de ce défaut de mentalisation dans l'organisation limite.

Défaut de symbolisation à l'origine d'une incapacité à la mentaliser

L'accès à la triangulation Œdipienne conditionne la capacité à la mentaliser. En effet, dans la construction de l'enfant, le père doit séparer la diade Mère-enfant. Par

⁹ Suzanne LEVEILLEE , *Etude comparative d'individus limites avec et sans passages à l'acte hétéro-agressifs quant aux indices de mentalisation au Rorschach*, p.53

l'introduction du père dans cette relation, l'enfant se détache peu à peu de sa mère et commence à se la représenter comme avec son père.

Cette séparation n'est possible que si l'enfant fait appel à son imaginaire afin de se représenter sa mère sous une forme symbolique. Il s'agit là, de la capacité de symbolisation. Cette angoisse de séparation, d'abandon s'estompe donc peu à peu grâce aux capacités de mentalisation de l'enfant. L'accès à ce travail psychique marque la résolution du Complexe d'Œdipe donc l'accès à l'interdit de l'inceste. Le père représente ainsi la puissance, la loi. Le respect de cette loi peut être vécu comme une contrainte mais il permet aussi au petit sujet de construire d'autres relations. C'est ainsi que l'intégration de l'interdit de l'inceste, de la fonction paternelle contribue à la capacité d'obéir aux règles, à l'élaboration du SURMOI. Or chez le sujet Etat limite, le complexe d'Œdipe ne peut être abordé dans de bonnes conditions du fait de la fixation du sujet à un stade antérieur ce qui entraîne l'absence du SURMOI avec la construction d'un Idéal du Moi grandiose qui prend la place du SURMOI comme pôle organisateur dans l'organisation limite.

Le patient Etat limite souffre de n'avoir pas pu intégrer les effets du Nom du père. Cela l'empêche dans une certaine mesure d'avoir accès à la symbolisation et aux interdits.

Afin de réparer une faille narcissique importante, les patients Etat limite ont tendance à défier les représentants de la loi, de l'autorité en passant à l'acte, en « court-circuitant » la mentalisation.

Recours aux passages à l'acte sur le corps

Les passages à l'acte à type d'automutilations comme chez Melle CF qui se scarifie et qui se brûle les avant-bras avec des cigarettes, permettent au sujet Etat limite d'utiliser son corps et de « percevoir une limite à ce que la montée de la vie pulsionnelle lui fait subir passivement : la perte de limite subjective ».¹⁰ Il s'agit ici d'une tentative de maîtrise.

Ces atteintes au corps seraient « une espèce de « court-circuit du langage » par un signe, une trace archaïque inscrite là, dans la chair du corps »¹¹. Il s'agit de marquer son identité de façon métaphorique. « L'acte est dans l'ici et le maintenant et raccourcit les possibilités de médiation par les jeux de représentations habituelles : peu ou pas de possibilité de retour sur soi, pas de place à l'interdit de la Loi, pas de parole possible

¹⁰ Résonnances entre corps et psyché, *L'adolescent d'aujourd'hui entre « pression » excitationnelle et dé-pression (du) symbolique*, p157

¹¹ Ibid, p158

permettant d'exprimer et, en le signifiant, de médiatiser le point de souffrance touché »¹²

Enfin, le passage à l'acte est en fait, un appel désespéré du sujet qui est en quête de reconnaissance et d'accession au monde des échanges symboliques ; un monde auquel il ne se sent pas rattaché.

Le passage à l'acte comme défense

La notion d'instinct violent fondamental est importante dans la dynamique limite. Il s'agit d'une pulsion originaire défensive qui organise la vie psychique du sujet limite. Cette pulsion va permettre l'activité de symbolisation et va aussi servir la vie fantasmatique. Cette violence fondamentale sera traitée de deux manières chez chaque personne : il y a soit une intégration progressive de cette violence fondamentale (courants créatifs qui se mettent au service des pulsions libidinales : apprentissage, sport, dessin...) soit une érotisation agressive de la violence liée à une faiblesse narcissique se manifestant par des pulsions destructrices.

Chez le sujet limite, l'intégration progressive de cette violence ne se fait pas. « Tout se passe comme si le courant pulsionnel fondamental restait à égal distance du courant libidinal sans qu'aucun d'entre eux ne viennent organiser l'autre en imposant sa primauté ».¹³ L'absence de l'ambivalence qui permettait l'intégration des pulsions entraîne une absence de culpabilité. Or c'est dans la culpabilité que s'origine le besoin de réparation et de sollicitude.

« Ce manque d'intrication pulsionnelle est à mettre en parallèle avec l'impossibilité d'intégration de l'ambivalence de l'objet »¹⁴ Ainsi, face au mauvais objet, le sujet limite mettra en avant ses pulsions de destruction et de violence. Et face au bon objet, « il placera ce même lien dans un courant libidinal à tonalité plus empathique »¹⁵. Cependant, il s'agit là, d'une réaction défensive contre la dépression du sujet limite lorsque ses aménagements défensifs sont fragilisés en lien avec une faiblesse du fonctionnement surmoïque qui veut éloigner le conflit interne, détruire ce qui vient rappeler le manque et la faille et expulser une tension insupportable. Face aux objets

¹² Gilles Rosset, *Passage à l'acte et inscription*, tiré de Soins Psychiatrie-N°168, p.15

¹³ Bergeret, *La personnalité normale et pathologique*, p.146

¹⁴ L.Morasz et al, *L'infirmier(e) en psychiatrie*, p.49

¹⁵ Ibid, p.49

ambivalents (bon/mauvais, grand/petit, fort/faible), le sujet limite a recours au passage à l'acte. Pour aider le sujet à supporter l'ambivalence de l'objet, il faut que l'objet puisse être reconnu en tant que tel. Par ailleurs, selon Racamier, pour que le sujet n'ait plus à exercer un contrôle omnipotent sur l'objet, il faut qu'il acquière une confiance suffisante en lui-même et en l'objet.

Nous pouvons ainsi donner un sens au mode de relation du sujet limite. Il s'agit de lutter contre l'angoisse de perte d'objet. Comme cet objet n'est pas totalement séparé du Moi (qui entraîne un rapport de dépendance à l'objet), le sujet lutte contre la dépression. La position dépressive est importante chez l'Etat limite. Cela fait appel à la notion d'ambivalence « je l'aime mais pas trop » qui est une défense contre l'affect dépressif.

Analyse

Comme le Moi du sujet limite est divisé en deux secteurs, l'un anaclitique et l'autre adaptatif, cela explique le fait que Melle CF ait eu une allure adaptée et que je ne suis pas parvenue à voir la pathologie chez elle en me laissant entraîner dans cette relation anaclitique.

Cette « espérance de sauvetage » et la relation de dépendance à l'autre mettent en jeu la relation soignant-soignée. Et c'est justement cette relation anaclitique qui explique la difficulté à laquelle j'ai été confrontée quant à l'identification de la problématique et de la demande de Melle CF. Cette relation anaclitique était caractérisée par une demande de consolidation d'amour et une manipulation agressive qui vise à maîtriser l'autre. Cette manipulation se manifeste par le fait qu'elle ne me laisse pas la possibilité en tant que sujet d'exister. Je me sens alors très vite envahie par cette relation de dépendance qu'elle entretient avec moi. Je retrouve ainsi une relation d'objet de type anaclitique chez Melle CF lorsqu'elle me demande de l'accompagner systématiquement quand elle sort fumer, exige que je sois la seule à lui faire les soins de désinfection des plaies situées sur ses avant-bras, refuse que son chocolat lui soit servi par un autre soignant que moi. Elle avait besoin de se reposer, de s'appuyer sur quelqu'un pour se sentir en sécurité. En l'accompagnant fumer, j'avais pour elle une fonction de contenance. C'est l'impossibilité à élaborer qui explique ce comportement. Ces notions de dépendance et d'étayage sont ainsi secondaires à une faille narcissique qui ne permet pas à Melle CF

de mettre en place une relation duelle. Cette intolérance à la distance relationnelle est due à une défaillance de son organisation psychique. Je sentais alors que notre proximité lui était nécessairement vitale. Ainsi, pour éviter l'angoisse dépressive, l'angoisse de perte d'objet, Melle CF fait appel à différents mécanismes de défense. Lorsqu'elle affirme qu'elle « s'identifie » il ne s'agit pas du processus complexe permettant un enrichissement de la personnalité. L'objet n'est pas véritablement investi en tant que tel, l'investissement est avant tout narcissique d'où le recours au mécanisme d'idéalisation, c'est-à-dire le besoin de se lier à des objets « bons ». Il me semblait qu'elle attendait de moi la résolution de tous ses problèmes. « Et c'est bien là le propre de l'organisation limite. Il faut s'appuyer sur l'interlocuteur, tout aussi bien en attente passive et en quête de satisfactions positives qu'en manipulations beaucoup plus agressives(...) de ce partenaire indispensable »¹⁶

Par ailleurs, elle avait la particularité de basculer très vite de l'idéalisation à la dévalorisation quand elle estimait que je ne m'occupais pas assez d'elle, quand je n'étais pas assez présente. Je fais référence à la situation qui s'est déroulée le premier jour où j'ai cessé de la prendre en charge. Apprenant que, dorénavant je ne répondrais plus à ses demandes, elle refuse de prendre ses médicaments et sort de la salle de soins en nous disant, à ma collègue et moi, qu'elle « nous déteste ». Il s'agit là, d'un mécanisme de défense appelé le clivage. Ce clivage se manifeste par le fait qu'elle ne m'adresse plus la parole aussitôt que je cesse de la prendre en charge. Elle utilise des mots très agressifs quand elle me fait part de ses rares demandes. Elle ne me regarde plus et ne m'interpelle plus dans le couloir. Cette situation marque bien l'incapacité d'accéder à l'ambivalence des sentiments et l'impossibilité de les intégrer. Ainsi, tout se passe comme si, pour la patiente coexistaient en une même personne deux parties : l'une toute « bonne » à laquelle elle « s'identifie », l'autre toute mauvaise qu'il s'agit de rejeter, sans que ces deux caractéristiques puissent se rencontrer.

La particularité de la relation telle qu'elle s'actualise avec moi est bien en rapport avec la pathologie état limite dite aussi « pathologie du lien » puisqu'elle s'exprime principalement dans le champ de la relation à autrui.

A ce jour, je parviens peut-être à identifier la demande sous-jacente de Melle CF qui serait celle de l'aider à se sentir Exister. En effet, nous avons compris que l'alternance entre l'investissement de l'Autre comme tout comblant et le retrait affectif en cas de déception traduit le défaut de contenance de l'état limite. L'angoisse dépressive dénonce en fait, une perturbation chez Melle CF, de l'instauration de l'aire transitionnelle et de la capacité à être seule. Selon Winnicott, la capacité d'être seul constitue l'un des signes les plus importants de la maturité du développement affectif. Chez un enfant dont le développement n'est pas perturbé, celui-ci construit l'aire transitionnelle d'où la

¹⁶ Jean Bergeret, *La personnalité normale et pathologique*, p144

possibilité d'illusion puis de désillusion grâce à la mère qui auparavant, a pu introduire peu à peu les frustrations extérieures envers l'enfant. Progressivement, cela permet à l'enfant de construire une « défense ». Chez l'Etat limite, ce développement individuel est perturbé du à un arrêt du développement au stade anal ce qui explique son incapacité à être seul et la relation anaclitique qui caractérise Melle CF.

Le processus d'individuation/séparation qui est un désillusionnement a été sans doute très brutal. Ainsi, cette rupture dans la continuité d'exister constitue le Trou narcissique. Cela explique que Melle CF, constamment en quête de reconnaissance, se précipite prématurément vers l'Autre, objet anaclitique. Ainsi, les demandes de Melle CF visent à combler ce Trou narcissique à l'origine de ses angoisses permanentes. Le sujet Etat limite vit ce manque comme un excès de pulsions qui lui est insupportable. Sa demande est donc ici, une demande de satisfaction d'un besoin pour ne pas éprouver le manque. Pendant trois semaines de stage, je me laissais entraîner dans une relation anaclitique et répondais inconsciemment à ses demandes. Cela se traduisait positivement par l'arrêt de ses auto-scarifications qui sont une tentative d'extériorisation de ses angoisses massives. Bien qu'inadaptés, mes réponses immédiates à ses demandes ainsi qu'une présence inconditionnelle et permanente auprès d'elle similaire à un maternage, semblaient ainsi l'apaiser. Ainsi, au cours de notre relation, Melle CF a eu l'illusion qu'elle allait bien. J'étais pour elle, comme un Objet « antidépresseur », une surface de projection sur laquelle elle pouvait extérioriser ses angoisses, ses conflits psychiques, ses tensions internes. J'étais pour elle, un objet rassurant, apaisant, en exigeant toute mon attention, et cela nécessitait aussi que je m'adapte à ses demandes. Cela explique les propos de l'infirmière qui me dit que Melle CF me « phagocyte ». Par ailleurs, Melle CF ne se rendait pas compte de sa problématique qui est celle de devoir s'appuyer sur l'Autre pour se sentir en sécurité. Cette recherche d'appui et de dépendance de la part de Melle CF me mettait dans une situation inconfortable et pourtant, inconsciemment, je rentrais « dans son jeu » et répondais à ses demandes, des demandes qui, pour elle, correspondaient plus à des besoins dans la mesure où elle exigeait une réponse immédiate et vitale. Ces demandes incessantes peuvent être vécues comme « manipulation » de l'Objet. L'infirmière qualifie l'attitude de Melle CF telle une « manipulation » mais elle ne présente aucun caractère malveillant, elle pour but d'obtenir une satisfaction immédiate à ses demandes vécues comme des besoins.

Cependant, aussitôt que l'on m'avait recommandé de ne plus prendre Melle CF en charge et que j'avais cessé de prendre soin d'elle d'un jour à l'autre, fut à l'origine d'un phénomène de désillusion. Cette rupture certainement vécue comme brutale, a engendré une profonde menace psychique à l'origine de récives d'épisodes de scarifications et d'une certaine forme d'agressivité envers moi. Ses passages à l'acte suspendus pendant notre relation ont ainsi repris suite à une désillusion trop rapide et brusque.

Or, Winnicott indique que, pour passer de l'illusion à la désillusion, les frustrations doivent être introduites progressivement en tenant compte des capacités du sujet à y faire face. C'est ainsi qu'une désillusion progressive devrait se faire.

J'aurais peut-être du introduire de façon progressive une distance, afin de favoriser une désillusion permettant la construction du sujet par la symbolisation et l'extériorisation de ses conflits.

« (...) la tâche principale de la mère, tout de suite après qu'elle a donné la possibilité de l'illusion, est de désillusionner. »¹⁷ Il s'agit de la mère suffisamment bonne selon Winnicott.

En outre, la notion de mise en acte est importante chez le sujet limite car lorsque les tensions psychiques internes du sujet sont trop insupportables (angoisse), celui-ci n'est pas capable de mettre des mots sur ses préoccupations, il s'agit du travail de symbolisation. Ses tensions auront tendance à se décharger de façon impulsive par le passage à l'acte qui apportera une détente.

Les passages à l'acte sont souvent secondaires à des moments de frustration, d'angoisse et de séparation. Chez le patient Etat limite la symbolisation fait défaut, et le passage à l'acte fait partie intégrante de son mode relationnel, soulignant la fragilité du moi, et l'alternance entre dépendance / autosuffisance, idéalisation / dévalorisation, fusion / fuite, demandes massives / angoisses d'abandon. Il caractérise la personnalité Limite, du fait de l'incapacité à résoudre l'idée à mentaliser. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, du fait d'un arrêt du développement au stade anal, l'enfant n'a pas accès à la triangulation Œdipienne à l'origine d'une incapacité à symboliser donc à mentaliser. Ce défaut d'élaboration explique les comportements de Melle CF par exemple, lorsqu'elle me demande de venir l'accompagner fumer car elle a « des envies irrépressibles de se brûler avec sa cigarette ». Je constate qu'à ce moment là, j'occupe une fonction de « par excitation », de contenance. N'ayant pas la possibilité de se défendre contre les attaques extérieures et les excitations internes, je suis pour elle comme une protection contre les passages à l'acte. Je déduis donc que ses demandes prenant la forme de « chantage » ne sont pas des « chantages ». Il s'agit d'une demande d'aide pour ne pas s'ébranler.

Lorsque cette fonction de contenance fait défaut, par exemple lorsque je cesse brutalement de prendre Melle CF en charge, le sujet Etat limite succombe au passage à l'acte en court-circuitant la pensée. En effet, Melle CF recommence aussitôt à se scarifier les avant-bras. Ce lien de cause à effet, ou d'action-réaction peut-être vécu de deux manières chez le soignant : cela peut être vécu comme une attaque, une vengeance du patient envers le soignant, ou encore, cela peut être vécu comme un échec, une

¹⁷ D.Winnicott, *Jeu et Réalité*, p46

atteinte du narcissisme soignant. Pour la prise en charge de ce patient, il est important de se détacher de ces ressentis. Il faut comprendre qu'il s'agit d'une problématique réelle liée à l'organisation limite. Pour le sujet limite, l'Autre est véritablement « sa bouée de sauvetage », sans elle, tout s'effondre.

La reprise de ses scarifications serait également pour Melle CF un moyen de se maîtriser par le corps au détriment de ne plus pouvoir maîtriser l'autre.

Kernberg a précisé que le passage à l'acte est égodynamique, c'est à dire qu'au moment où le patient passe à l'acte, il obtient une satisfaction pulsionnelle, un soulagement, avec à distance une critique sévère de son geste. Cependant, aucune élaboration n'est possible d'un passage à l'acte à un autre, du fait du clivage défensif et de l'absence d'intégration des instances surmoïques, entretenant les répétitions.

Perspectives professionnelles

L'élaboration de cette analyse me donne ainsi la possibilité de mieux intégrer le sens de la fonction soignante en psychiatrie et des outils infirmiers permettant de construire la relation de soins.

Afin de prendre en charge Melle CF, j'aurais dû faire appel aux fonctions du cadre thérapeutique. En effet, le cadre thérapeutique représente pour patients et soignants, le garant de l'interdit de l'inceste, interdit qui peut en favoriser l'expression métaphorique

et l'intégration. Le cadre constitue un *tiers* rappelant que toute relation « duelle » est illusoire, même dans les moments les plus intenses des régressions. C'est justement cela qui a fait défaut dans ma situation. En effet, en travaillant seule et ne faisant pas partie de l'équipe soignante, je me suis rapidement sentie menacée lorsque Melle CF me tutoie, me rappelant ainsi que je ne fais pas partie de l'institution alors que le soignant doit incarner le cadre.

D'ailleurs, l'institution est un ensemble, un collectif et le cadre qui émane de l'institution, organise la vie psychique. Par la fonction paternelle avec un effet symbolique d'indiquer, de baliser, le cadre général correspondra à l'ensemble des règles institutionnelles qui valent pour tous. Ainsi, ce qui m'a manqué c'est de ne pas pouvoir prendre appui sur l'équipe, sur un « tiers », pour pouvoir conserver un espace de penser et aider Melle CF à formuler ses angoisses, à élaborer ses conflits. Le cadre aurait pu faire tiers entre Melle CF et moi. Définir un cadre thérapeutique, c'est donc fournir une réalité externe spécifique, activatrice du processus de construction ou de restauration d'un espace psychique interne. Le service offre un cadre et un contenu afin que le sujet état limite puisse se saisir des supports proposés et donner du sens à ses attentes et à ses manques.

Par ailleurs, la notion de cadre fait office d'enveloppe générale, de « peau institutionnelle ». Il est donc question de contenance. D'ailleurs, l'une des attitudes qu'implique la position soignante est la contenance. En faisant référence à ma situation de soin, lorsque Melle CF me demande de l'accompagner pour fumer car elle a des « envies irrépressibles de se brûler à la cigarette », j'occupe à ce moment là une fonction de contenance. La contenance est la capacité du soignant à accueillir, contenir et à vivre les émotions et les affects ressentis par les patients. Il s'agit aussi de les verbaliser et de leur donner du sens, pour les leur restituer sous une forme assimilable pour eux, ce que je n'ai pas fait avec Melle CF. Il m'était très difficile de lui faire reformuler ses propos et verbaliser ses émotions car elle n'aimait pas parler de sa pathologie. On retrouve ici le défaut de mentalisation. Nos échanges se limitaient souvent aux nombreuses questions qu'elles posaient sur ma vie personnelles. Ainsi, la contenance fait appel aux notions suivantes : le fonctionnement Alpha de Bion et l'effet conteneur de Didier Anzieu. C'est un processus qui consiste à transformer les contenus psychiques archaïques, non pensés ou impensable pour le sujet, en éléments plus secondarisés. La liaison psychique en est la base, la symbolisation, le support. Ce travail de contenance consiste à détoxifier voire digérer psychiquement ce que le patient nous montre ou nous transmet de ses conflits internes.

D'autre part, l'étaillage qui contribue à conserver une position soignante, est un cadre mental, un espace psychique proposé au patient par le soignant. Le patient y trouve son lieu d'existence. Cet étaillage n'est possible que par la capacité de contenance du soignant, du collectif soignant. Cependant dans ma situation, j'avais l'impression de ne pas faire partie d'un collectif soignant, j'étais bien souvent seule à prendre Melle en

charge jusqu'à ce qu'une infirmière me demande de cesser de m'occuper d'elle. Ainsi, la capacité de sollicitude soignant se réalise dans la construction d'un cadre mental, espace de pensée, que le cadre thérapeutique vient matérialiser. L'étayage est primordial dans la relation de soin.

D'ailleurs, selon Jean-Pierre Vignat, « conserver un espace de pensée pour pouvoir mettre en sens ce que le patient nous donne à observer et à ressentir, dans l'expression de son appareil psychique au triple niveau du discours, du comportement et du corps, est aussi fondamental que difficile ».¹⁸

À l'incapacité pour le sujet de s'engager d'emblée dans un travail d'élaboration psychique, en lien avec de douloureuses effractions psychiques, l'institution répond par la mise en place d'un cadre délimitant, contenant et pare-excitant. Celui-ci aurait protégé Melle CF contre la réalité externe. Son implication personnelle, aurait pu placer Melle CF dans une position d'acteur principal de la démarche de soins en participant elle-même à sa prise en charge dans un espace mis à sa disposition, mais en même temps investi par elle comme un lieu lui appartenant. En l'aidant à s'approprier ses actes pour ce qu'ils représentent et à les inscrire dans son histoire personnelle et familiale, l'institution aurait pu permettre à Melle CF d'amorcer un travail de réflexion et d'élaboration. A travers le cadre thérapeutique, l'équipe soignante et moi-même aurions pu répondre aux conduites d'agir par des actes de soins dont la cohérence doit faire l'objet d'un travail institutionnel continu. Il ne s'agit ni de garder, ni de détenir le patient en souffrance, mais de lui permettre d'intégrer de nouvelles possibilités de conflictualisations.

En référence à Bion, le soignant tout comme la mère avec son enfant détoxifie les ressentis du patient vécus comme inacceptables pour les lui rendre sous une forme plus acceptable. Ce processus participe à l'élaboration de la mentalisation. C'est ce que Bion appelle : l'appareil à penser les pensées.

Le cadre est aussi le support, ce qui constitue la structure de l'espace de soins. Les éléments qui le composent doivent être fermes mais souples, car il s'agit de maintien, de permanence du dispositif de soins et de sa capacité à absorber les contraintes, le cas échéant à se déformer pour éviter la rupture et la déchirure. Il est alors question de souplesse, non de rigidité. Cette notion de « souplesse » me fait prendre conscience que j'aurai pu établir une relation construite avec Melle CF afin de mieux comprendre sa problématique. En effet, j'aurais pu utiliser la relation anaclitique qui s'était établie entre Melle CF et moi pour mettre en travail sa problématique et lui en faire prendre conscience.

¹⁸ Jean-Pierre Vignat, *Conserver une position soignante*, p.24

Le cadre est encore ce qui définit le contenu thérapeutique, les modalités et les mouvements de passage d'un espace thérapeutique à l'autre. Cela se prête complètement à ma situation car entre chaque temps se révèlent des moments « libres » qui renvoient les patients états limite, au vide et à l'abandon. Il aurait alors été possible de travailler l'articulation de ces temps en termes d'engagement, de maîtrise, de défaut d'intériorité chez Melle CF.

Le cadre doit être l'objet d'une analyse institutionnelle, à la recherche du sens de ce qui se fait ou s'est fait. L'infirmier « suffisamment bon » doit accepter d'être « suffisamment mauvais ». J'étais pour Melle CF, essentiellement l'infirmier 'suffisamment bon », une personne susceptible de répondre à toutes ses demandes. En répondant ainsi à ses « besoins », j'avais l'illusion que Melle CF se portait bien car elle avait arrêté de se scarifier et de brûler ses avant-bras. Il s'agissait de répondre à ses « besoins » car pour elle, une demande était une manière de s'appuyer sur l'Autre, il s'agissait de demander l'attention de l'Autre, ce dernier étant sa « bouée de sauvetage ». S'appuyer sur quelqu'un lui était nécessaire, vital.

Ce qui s'est passé avec Melle CF montre que j'aurai du utiliser le cadre thérapeutique pour faire tiers entre Melle CF et moi pour rendre la réalité supportable, la réalité de l'autre comme de l'existence. C'est conduire Melle CF, par intériorisation, à quitter les processus primaires pour « secondariser » le : « je veux tout, tout de suite, tout le temps... je veux faire tout ce qu'il me plaît, quand ça me plaît ». Le cadre aurait du constituer un *tiers* entre Melle CF et moi, rappelant que toute relation « duelle » est illusoire.

C'est le manque de connaissances sur les mécanismes, sur le mode relationnel du sujet Etat limite et sur les outils de travail utilisés par les soignants qui explique la difficulté à laquelle j'ai été confrontée quand à la mise en œuvre de la position soignante. En effet, ce qui a fait défaut, c'est le fait de ne pas avoir cherché à prendre connaissance du projet de soin personnalisé de Melle CF dont j'ignorais l'existence. Cela explique que je ne suis pas parvenue à analyser et à mettre en place une relation thérapeutique adaptée à cette pathologie du lien.

Par ailleurs, lorsque l'infirmière m'a dit que Melle CF « me phagocytait » et « me manipulait », j'aurai pu analyser ses propos afin de mieux comprendre la problématique. J'aurai dû resituer ses termes dans la situation de Melle CF pour mieux comprendre sa problématique et réajuster sa prise en charge. A ce moment là, je ne comprenais pas qu'il s'agissait pour Melle CF d'un moyen pour ne pas s'ébranler car j'étais pour elle sa « bouée de sauvetage ». Avec du recul, je me rends alors compte qu'il aurait fallu que j'utilise cette relation anaclitique pour travailler la question de l'élaboration et de la mentalisation chez Melle CF en utilisant le Cadre. Il ne s'agit pas là d'un problème d'autorité voire de frustration, c'est une question d'accompagnement en faisant verbaliser Melle CF. C'était la question de la désillusion qui était à mettre en place.

Enfin, j'insiste sur l'importance des réunions cliniques auxquelles je n'ai jamais assistées car la présence des étudiants n'était pas souhaitée. J'aurais pu apprendre d'avantage sur la conduite à tenir face à la problématique de Melle CF en prenant connaissance de son projet de soins personnalisé, normalement réactualisé à chaque réunion clinique.

CONCLUSION

La question est, finalement, de savoir ce que je gagne de ce travail de réflexion mené sur plus d'un an. Cette écriture m'a avant tout, permis de mettre des mots sur une situation de soin difficile en psychiatrie. Elle m'a permis d'élargir mes connaissances et m'a obligée à pousser ma réflexion beaucoup plus loin que je ne l'aurais probablement fait si je n'y avais pas été contrainte refoulant cette situation vécue comme un échec. Cela m'a aidée à comprendre les failles de cette prise en charge et cela me permettra de réajuster prochainement aussi bien en soins généraux qu'en psychiatrie.

Ce travail ainsi que le poème intitulé « Borderline » écrit par Benoît, qui transpire le vécu d'une personne Etat limite soulignent le fait que le sujet état limite se défend en permanence de la dépression liée à un sentiment de solitude, d'abandon, à une peur de perte d'objet. Cette dépression abandonnique est souvent mêlée d'espérance et d'appel dans la relation de dépendance à l'autre. Ainsi, l'identification et la compréhension du mode relationnel de CF me permet de mettre en œuvre une relation thérapeutique.

Cette recherche m'a également fait comprendre que la prise en charge du patient état-limite s'inscrit comme un projet au long cours. La qualité de cette prise en charge dépend entre autres de la compréhension de la dynamique de la pathologie et des possibilités relationnelles du soignant, le mode de relation d'objet du Sujet Etat limite étant spécifique.

Ce travail de réflexion, me confirme que la prise en charge d'un patient Etat limite, est un soin difficile, faisant appel à de nombreuses capacités professionnelles et personnelles de la part de l'infirmière. Cela, nécessite également un travail sur soi important et un réel travail en équipe.

Le soignant s'engage avant tout dans ce qu'il fait avec ce qu'il est en tant que Sujet. Pour mettre en pratique les notions de « Cadre thérapeutique » et de la « fonction soignante », qui sont des bases et fondamentaux en psychiatrie, je ne peux faire l'économie d'une réflexion psychopathologique mais aussi éthique, philosophique et légale et d'une remise en question personnelle en tant que future professionnelle et en tant qu'être humain car face au contexte et aux patients ces notions qui semblent simples au départ relèvent en fin de compte d'une grande complexité pour le soignant.

En effet, « La relation de soin est (...) une relation « travaillée » qui requiert formation, réflexion, temporalité et collaboration »¹⁹

Bibliographie

Ouvrages :

- Bergeret Jean, *La personnalité normale et pathologique*, 3^e édition, Dunod, Paris, 1974, réed 1996, 290 pages (Psychismes)
- *L'infirmier(e) en psychiatrie*, Morasz L. et al, Belgique, MASSON, 2008, 297pages, (Savoir et pratique infirmière)
- Marcelli D., *Les états dépressifs à l'adolescence*, 2000, 2^{ème} édition, Masson, 216 pages (Médecine et Psychothérapie)
- MCDougall Joyce, *Théâtre du Je*, édition Gallimard 1982, 354 pages, (Folio Essais)
- Racamier P-C, *Le génie des origines*, édition Payot, 2008, 420 pages, (Bibliothèque scientifique Payot)
- *Résonnances entre corps et psyché*, Aïn Joyce et Pirlot Gérard, *L'adolescent d'aujourd'hui entre « pression » excitationnelle et dépression (du) symbolique*, Erès 2004, 184 pages, (Psychanalyse)
- Winnicott, D., *La capacité d'être seul, De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 464 pages, (Bibliothèque scientifique Payot)
- Winnicott D., *Jeu et Réalité*, 1971, édition Gallimard, 1975, 276 pages, (Folio Essais)

-Revues :

- Leveillée Suzanne, « Etude comparative d'individus limites avec et sans passages à l'acte hétéro-agressifs quant aux indices de mentalisation au Rorschach », *Revue Québécoise de psychologie*, vol 22, N°3, 2001, Université du Québec à Trois-Rivières, pp.53-64
- Rosset Gilles, « Passage à l'acte et inscription », *Soins Psychiatrie*-N°168-October 1994, pp.14-18

¹⁹ L.Morasz et al, *L'infirmier(e) en psychiatrie*, p.100

- Vignat Jean-Pierre, « Conserver une position soignante », *Soins Psychiatrie*, N°168-
Octobre 1994, p.24

-Sites Internet :

- Formation en Psychiatrie infirmière sur <http://psychiatriinfirmiere.free.fr>

- Cours Psychiatrie, Etat limite sur <http://www.infirmiers.com>

- Trouble de la personnalité borderline sur <http://fr.wikipedia.org>

- Dr Furtos Jean Psychiatre (Lyon) , « La plainte » , Tiré de *Psy à Fond*, La question 3
sur <http://www.psychiatrie-francaise.com>