

# DEUX THÉORIES AU SERVICE D'UN MÊME PATIENT : QUAND FREUD ET BOWLBY S'ASSEYENT À UNE MÊME TABLE.

TWO THEORIE FOR THE SAME PATIENT :  
WHEN FREUD AND BOWLBY ARE AT THE SAME TABLE

P. Buccoleri<sup>1</sup>, G. Bezzan<sup>2</sup>, A. Lecoq<sup>3</sup>

J BOWLBY WAS A PSYCHOANALYST, THEREFORE HIS THEORY OF ATTACHMENT RESULTS FROM PSYCHOANALYTIC THEORY. HOWEVER, THESE ONES HAVE ALWAYS BEEN IN DISAGREEMENT. THIS ARTICLE PROPOSE TO LEAVE THEORETICAL DEBATE TO FOCUS ON A CLINICAL CASE IN ORDER TO KNOW IF THESE DIFFERENT CONCEPTS COULD BE USED TOGETHER TO IMPROVE OUR UNDERSTANDING OF HUMAN PSYCHE. NOWADAYS IT'S NECESSARY TO COMPLEXIFY OUR THERAPEUTIC LISTENING. FROM THIS PERSPECTIVE AND WITHOUT NEGLECTING THEIR DIFFERENCES, PSYCHOANALYSE AND ATTACHMENT CAN BE PART OF A SAME THERAPEUTIC KNOWLEDGE.

**Key-words** : attachment theory, psychoanalytic theory, borderline personality

## INTRODUCTION

Un peu moins d'un siècle sépare la théorie psychanalytique de la théorie de l'attachement. C'est dans le contexte de la deuxième guerre mondiale que la nécessité de théoriser l'impact du traumatisme réel (perte ou séparation) sur le développement psychique apparaît comme impérative à J. Bowlby alors psychanalyste. Sa démarche a été d'intégrer au modèle psychodynamique existant, les modèles éthologique, cybernétique, systémique mais aussi les sciences cognitives, la théorie de la mémoire et enfin la théorie de l'évolution selon Darwin (N. Guédeney et A. Guédeney).

Les deux hypothèses ont donc des racines communes, mais suite à de nombreux désaccords théoriques, à commencer par la théorie de l'étayage, elles ont évolué dans des directions différentes : l'une dans le déploiement intrapsychique puis intersubjectif et l'autre est restée d'avantage dans le champ de l'interpersonnel (N. Guédeney et A. Guédeney). En effet, pour Bowlby les stratégies interpersonnelles complexes devraient être explorées comme étant les conséquences de processus d'apprentissage en réaction à des événements de la vie réelle. Freud et Bowlby ont tous les deux commencé leur itinéraire de découverte en se préoccupant des conséquences psychologiques des troubles affectifs précoces à partir d'illustrations cliniques. Ils avaient pour but d'améliorer la compréhension de la souffrance psychique pour venir en aide aux patients. L'intérêt de cet article est de quitter la sphère du débat théorique et de ramener les deux hypothèses autour d'un cas clinique. La proposition faite est de présenter le cas, de l'exposer ensuite à la double lecture et de développer des notions ayant un intérêt immédiat pour les psychothérapeutes praticiens.

## MÉTHODOLOGIE:

Ce cas clinique est issu de ma pratique ambulatoire. Pour plus de clarté, j'ai annoté en bleu les réflexions et éléments divers qui ont accompagné mon écoute et mon contretransfert, ceux-ci sont d'orientation plutôt psychodynamique. Les remarques en lien avec la théorie de l'attachement sont différenciées par la couleur verte. L'analyse a été effectuée sous le regard attentif de deux spécialistes de chacune des deux orientations et à la lumière d'ouvrages ou d'articles de référence en la matière.

## CAS CLINIQUE:

Madame V avait pris rendez-vous elle-même, par téléphone, quelques jours plus tôt. Notre conversation avait été brève, polie, sans longue explication. Le jour venu, elle est ponctuelle et se présente seule. Elle est âgée d'une quarantaine d'années, de corpulence frêle, ses cheveux sont décolorés en blond, ses traits sont tirés et son regard est figé. Elle se déplace lentement, le dos voûté. **Son regard de chien battu me fait rapidement ressentir de la pitié. Elle semble avoir la cinquantaine, me dis-je.** Elle porte une jupe longue avec des escarpins trop grands et une veste de costume masculine ample sur laquelle est attaché un petit myosotis en tissu (de l'association Child Focus).

**La présentation fait «petite fille à son papa» : la veste de costume trop grande, associée aux escarpins trop grands eux aussi, me font songer à des éléments de bisexualité. J'associe ensuite le myosotis de «Child Focus» à une sensibilité particulière aux vécus infantiles traumatiques.** Elle s'assied bien en face de moi et commence l'entretien en annonçant le décès de sa mère aujourd'hui. **Elle prend la parole, spontanément, cela est quasi inattendu car un peu en rupture avec l'aspect non verbal ralenti**

<sup>(1)</sup> Buccoleri Priscilla, Médecin Assistant Candidat Clinicien Spécialiste en psychiatrie adulte, Université de Liège, Centre Hospitalier Spécialisé, Notre Dame des Anges, rue E.Vandervelde, n°67 - 4000 Liège, Belgique. Mail: pbuccoleri@gmail.com

Coauteurs consultées dans le déroulé de la rédaction:

<sup>(2)</sup> Graziella Bezzan, pédopsychiatre, psychothérapeute attachement informée.

<sup>(3)</sup> Arlette Lecoq, psychiatre psychanalyste, SBP, Maître de conférence à l'Université de Liège.

(clivage ?). Cette annonce me laisse sans voix. Elle n'exprime pas beaucoup d'affect à ce moment, elle m'observe attentivement. Elle continue en expliquant que sa mère était mourante depuis plusieurs jours. Elle a tenu à maintenir notre rendez-vous parce que cela fait trop longtemps qu'elle reporte; que maintenant qu'elle s'est décidée à demander de l'aide, elle devait aller jusqu'au bout. Je pense à une recherche de substitut primaire, à un transfert maternel? Recherche d'une base de sécurité en la personne du thérapeute. Elle explique avoir besoin d'un contenant, que son histoire est trop lourde à porter et que les gens dont ce n'est pas le métier ne réussissent pas à tout écouter. Va-t-elle mettre à l'épreuve mes capacités de thérapeute ? Elle doit être contenue, portée, mais aurais-je la patience suffisante? Serais-je une base suffisamment sécuritaire? Elle précise alors que celle qu'elle appelle «maman» est en réalité sa mère adoptive ou plutôt «mère d'accueil» selon ses propres termes. Sa mère biologique est nommée «génitrice» avec un mépris à peine dissimulé. Elle fait une sorte de pause dans son discours, le regard absent puis poursuit en disant que ce sera plus simple de commencer par le début et me parle de ses premiers mois de vie. Sa «génitrice» était prostituée (sexualité effracte !), le père biologique était inconnu, mais elle avait été reconnue par le compagnon régulier de sa mère. Ces deux derniers pourvoient peu aux besoins de la patiente et le lait était fourni par le voisin qui venait régulièrement prendre de ses nouvelles. Lors d'une de ces visites et devant le refus de la mère biologique d'ouvrir, il est obligé d'enfoncer la porte et découvre la patiente dans un tel état de dénutrition et d'hygiène qu'il décide de l'emmener. Discours apitoyant et mise en scène mais quelle détresse! Avec son épouse, ils en demandent la garde, celle-ci leur est accordée car aucune famille ne s'est manifestée et les pouponnières auraient refusé de la prendre en charge dans un tel état. La patiente intègre alors une famille de trois enfants, une aînée suivie par un garçon atteint de la maladie de Cröhn et une cadette. Elle les appelle «mon frère» et «mes soeurs», et elle parle d'eux avec beaucoup d'affection. La patiente parle de son enfance chez ses parents adoptifs comme ayant été salvatrice, mais à l'âge de 12 ans elle est placée en home. Evoquant des raisons financières vis-à-vis de la maladie de leur frère, ses parents les placent, elle et sa soeur aînée, la cadette étant trop petite. Multiplicité des traumatismes précoces réels. A son arrivée en home, on lui annonce qu'elle a été adoptée et que, parce qu'elle a été bien sage, elle va pouvoir rencontrer sa «vraie mère». A ce moment de l'entretien, son visage est comme bloqué, ses yeux sont fixes. Second abandon qui réactive et révèle le premier. J'interprète sa stupeur comme l'incompréhension d'antan, le gel des affects au vu du choc émotionnel, de la répétition du traumatisme. Dissociation. La patiente ne se savait pas d'une autre mère biologique et ne voyait aucun intérêt à cette rencontre. Celle-ci se passe sans particularité, le lien ne se tisse pas. La patiente va ensuite changer régulièrement de home pour des raisons diverses et notamment à cause de ses fugues. En effet, la patiente et sa soeur retournaient sans cesse chez leurs parents. On ne peut pas ne pas s'attacher et ce quel que soit la fiabilité de sa figure d'attachement! Mise en scène de son parcours. Ces fugues sont tolérées par le juge de paix en charge de son dossier

qui ne sait plus trop comment l'aider. Ce juge semble être une figure masculine forte et fiable de son adolescence, elle parle avec fierté et amusement de leur complicité et je pense à ce moment à la possibilité d'un transfert paternel positif. Ce juge a du être une figure d'attachement fiable, une base de sécurité pour la patiente.

En parcourant les homes, elle va rencontrer la plupart de ses demi-frères et demi-soeurs. En tout, une fratrie de 10 enfants de père inconnu (famille éclatée). Elle va les prendre sous son aile et essayer de les protéger le temps de leur vie en pensionnat. Elle se soigne sans doute par personne interposée. Caregiving compulsif. Un établissement va particulièrement marquer la patiente, elle va y vivre des abus sexuels répétés. Mais l'affaire sera portée en justice, le directeur sera inculpé et emprisonné. Elle ressent toujours un profond dégoût et une peur intense à la seule idée de croiser son chemin. Ensuite, elle stoppe son discours et change brutalement de sujet (dissociation): elle me parle de ses enfants. Ils sont au nombre de 3, l'aînée est issue d'un premier mariage; ensuite il y a un fils qui présente des troubles du comportement ainsi que des troubles alimentaires, et une cadette, tous deux de père différents. Transmission transgénérationnelle du trauma. Ils ont dû fréquenter un enseignement adapté, mais ils ont finalement eu accès à des études supérieures. Elle se dit très fière d'eux, les deux derniers vivent toujours avec elle. Elle est actuellement célibataire et présente des difficultés financières. Elle est très stricte avec le paiement des factures et explique n'avoir jamais eu de dettes, mais elle refuse d'avoir recours à d'anciennes solutions. En effet, son premier mariage a duré 10 ans durant lesquels la patiente a subi des violences physiques et verbales. Après avoir quitté son mari, elle trouve refuge dans une maison pour femmes maltraitées, mais manque d'argent. Madame V va voir sa mère biologique, qui, selon la patiente: «n'a rien trouvé d'autre que de me présenter le milieu et me suggérer la prostitution». La patiente s'est prostituée pendant plusieurs années. Rapidement, elle a été dénoncée par un membre de sa famille et a perdu la garde de sa fille qui a été confiée à ses grands-parents paternels, le père étant jugé irresponsable. Je pense alors à une identification à la mère; la patiente fait vivre à sa fille ce qu'elle a elle-même subi. A nouveau, transmission transgénérationnelle du trauma. Cette période ne semble pas être la plus difficile d'après la patiente, elle voyait sa fille régulièrement et pouvait lui offrir tout ce qu'elle voulait. D'autre part, elle explique n'avoir jamais eu l'impression d'une intimité corporelle, «comme si mon corps ne m'appartenait pas», dit-elle. Elle est sortie du milieu de la prostitution grâce à sa contribution dans une affaire de drogue, en échange de quoi elle a été défichée et a récupéré la garde sa fille. Elle a ensuite travaillé pour les «Restos du coeur» mais depuis deux ans, elle est en invalidité. Récemment, Madame V a dû subir une hystérectomie totale suite à un cancer du col de l'utérus après lequel elle a présenté de multiples et graves complications. Elle a eu peur de mourir durant cet épisode et elle garde un ressenti négatif intense au sujet de ce qui s'est passé là-bas. Elle a dû être prise en charge aux soins intensifs où les visites de la famille ont été interdites et où elle a la certitude

d'avoir été droguée par les médecins et maltraitée par les infirmières. Elle est persuadée d'avoir entendu l'arrivée d'un médecin extérieur au service qui aurait interdit à l'une des infirmières de poursuivre les soins administrés à la patiente suite aux mauvais traitements qu'elle lui avait fait subir et l'aurait remplacée par une nouvelle infirmière patiente et respectueuse. Madame V considère ne pas avoir été prise en charge avec respect et considération et ne pas avoir reçu suffisamment d'informations sur l'opération ou l'enchaînement des complications. **Ses dires sont peu étayés et il est difficile de comprendre comment elle en est arrivée à cette conclusion. Manquement à la maxime de quantité.** Elle ne souhaite entamer aucune démarche par crainte d'une confrontation avec les médecins. Le seul en qui elle avait confiance, dit-elle, était son médecin traitant qui est parti en pension très récemment et cela aussi l'a motivée à venir consulter. **Recherche d'une base de sécurité. Ainsi s'achève notre première consultation, j'en ressors un peu confuse. J'ai la «tête pleine» d'informations sans pour autant avoir compris l'enchaînement et le lien entre les différents événements de sa vie, ce qui me donne l'impression d'avoir fait une mauvaise anamnèse. Je suis bouleversée par l'addition en cascade de tous ces traumatismes. Après quelques minutes et la remarque d'un collègue qui trouve que j'ai une «drôle de tête», je prends du recul, me dis que je comprends qu'elle ait besoin d'une personne de confiance à qui livrer son histoire et pouvoir la repenser, mais que la tâche ne sera pas simple surtout dans le contexte de la perte de sa mère et de son médecin traitant. J'ai un doute quant à l'irréprochabilité de sa famille d'accueil. Je me demande si elle se présentera au second rendez-vous.**

Elle commence le second entretien par dire qu'elle est étonnée d'être revenue (**moi aussi**) mais elle m'a trouvée sympathique, précise-t-elle. **Cela dépend donc de moi, me dis-je. Serais-je une figure d'attachement fiable?** En effet, sa mère (adoptive) n'avait cessé de lui répéter qu'elle finirait folle et que les «psys» devraient l'enfermer; elle l'avait d'ailleurs conduite chez un confrère qui n'aurait pas trouvé «d'anomalies» chez la patiente, mais avait conseillé un suivi à sa mère. «Mon frère et ma soeur me disent que je la pleure trop» dit-elle «et que j'ai oublié la façon dont elle nous avaient traités». **Nous y voilà, me dis-je.** Elle reparle alors de son enfance durant laquelle leur père, éthylisme chronique, battait ses trois enfants sauf elle qui était la seule à être battue par leur mère. «J'étais sa préférée» dit-elle en souriant, «quand il était fâché, il m'envoyait choisir un lapin à abattre et je prenais toujours un de ceux de ma mère ou de ma soeur». La maltraitance se faisait au niveau corporel comme au niveau verbal au cours de séances d'humiliations comme lorsque sa mère lui donnait deux sous pour que la patiente lève sa robe devant les oncles et lui disait qu'elle finirait prostituée comme sa mère.

Enfant, elle ne comprenait pas ce que sa mère voulait dire par là, mais cela s'est éclairci lorsqu'en home on lui a annoncé qu'elle avait été adoptée. Ensuite, Madame V relate un épisode d'attouchement avec son père adoptif alors qu'elle avait 8 ans. Elle ressent une grande culpabilité à ce sujet et dit ne lui en avoir jamais voulu. Elle qualifiera cet abus de moment de faiblesse,

mais n'exclut pas la possibilité qu'il y ait eu d'autres épisodes dont elle et sa soeur ne se rappelleraient plus. Puis elle parle d'un événement qui la trouble encore. Sa mère (adoptive) lui a expliqué que si elle n'était plus vierge, c'est parce qu'à l'âge d'un an, elle a poussé un bouchon dans son vagin et qu'il a fallu l'opérer pour aller le rechercher, elle posséderait une attestation médicale confirmant ses dires. La patiente est dubitative, elle se demande si vraiment à cet âge il est possible de réaliser un tel geste, et pour quelle raison elle l'aurait fait?

Elle enchaîne ensuite sur sa vie affective. Elle a choisi son premier mari parce qu'elle appréciait ses parents. **Recherche d'une base de sécurité fiable.** Elle atteignait alors la majorité et ne voulait absolument pas vivre seule après avoir quitté le home. C'est d'ailleurs là-bas qu'elle l'a rencontré. Très vite, il s'avère violent verbalement et physiquement (**compulsion de répétition**). De son côté, sa belle-mère jure de lui reprendre sa fille, ce qu'elle fait plus tard lorsque la patiente se prostitue. Des années après, elle rencontre un homme qui tient une animalerie exotique. Ils se marient mais la situation vire rapidement au cauchemar. Elle et sa fille sont séquestrées, battues et mordues par les animaux. Il dilapide l'argent qu'elle avait épargné. Elle parvient à s'échapper et porte plainte. Par la suite, elle aura trois autres partenaires et deux enfants. Ces relations seront tout autant teintées de violence. **Répétition du traumatisme.** La deuxième consultation se conclut par plusieurs interrogations: elle me demande si elle va devoir changer de psychiatre et si je suis d'accord de poursuivre le suivi. Elle se demande aussi ce que je pense de sa situation. Mais surtout, elle s'interroge sur les raisons qui la poussent à toujours choisir le même type d'homme, la répétition de ses erreurs et sur le moyen de les éviter.

**A la suite de cette deuxième consultation, je suis empathique envers cette patiente, je me demande comment après un tel début de vie, elle a pu éviter la sphère psychiatrique jusqu'à maintenant. Je suis par contre très étonnée de son physique que j'avais perçu comme frêle alors qu'elle s'avère cette fois-ci mince, mais absolument pas fragile physiquement. Son attitude corporelle générale reste, cependant, soumise et discrète.**

Madame V est venue à ma consultation de manière régulière pendant un an jour pour jour à raison d'une consultation hebdomadaire. Par la suite, j'ai appris qu'elle avait été «famille d'accueil» pour des enfants en difficulté pendant de nombreuses années. **Caregiving compulsif.** Elle dit que cela lui donne une raison d'être, qu'elle ne sait rien faire d'autre que d'aider des enfants comme elle aurait voulu qu'on le fasse avec elle. La patiente dit qu'elle n'a jamais aimé un homme à part son père, elle le sait parce qu'elle les quitte facilement. Enfin, elle explique: «ma mère (d'accueil) soupçonnait que je sois le fruit d'une relation entre son mari et ma mère biologique. Pour quelles raisons serait-il allé prendre des nouvelles de manière aussi régulière, aurait-il fourni le lait et m'aurait-il reprise?». La patiente voit les choses différemment, elle pense que son père d'accueil et sa mère biologique ont effectivement eu une relation extraconjugale et qu'en effet il pensait être son père biologique, mais pour elle ce ne serait pas lui son véritable père.

Elle n'a pas plus étayé son avis. Enfin, après quelques semaines de suivi, Madame V relatara un épisode troublant où elle s'est disputée avec une inconnue dans une discothèque (ce qui est inhabituel), puis un blanc et elle reprend ses esprits à l'extérieur, ses proches lui expliquant qu'elle s'est battue avec la personne et qu'elle a été mise dehors par le sorteur. Elle ne s'explique pas cette perte de contrôle et cette violence. **Colère disso-**  
**ciative.** Dans toute son histoire, il n'y a aucune consommation de toxique, pas d'automutilation ni de tentative de suicide. Au cours de l'avant-dernier rendez-vous, elle m'expliqua avec difficulté avoir parlé à des fées lorsqu'elle était enfant. Ces dernières étaient au nombre de trois et pouvaient la remplacer à l'intérieur d'elle-même, lorsque la réalité devenait trop difficile à vivre comme, par exemple, lors des épisodes d'humiliation ou de violence physique. Elles lui apportaient le réconfort et l'apaisement, la patiente pouvait les voir et les entendre. **Comme moi, me dis-je. Activation de son système d'attachement, je pourrais devenir une figure d'attachement comme elles.** Elle n'a aucun doute sur la véracité de leur existence, même si elle n'a plus ressenti le besoin d'entrer en contact avec elles depuis sa rencontre avec une éducatrice bienveillante lors de son arrivée en home. Cet aveu la soulagea, elle pensait être folle à cause de cela, elle était maintenant rassurée. Elle me téléphona, quelques jours plus tard, pour annuler le rendez-vous suivant et mettre fin au suivi. Elle m'expliqua que je ne lui avais rien apporté depuis le début, que cela ne servait à rien. Je ne parviens pas à la convaincre de la nécessité d'en parler au cours d'une dernière visite, si vraiment elle le souhaitait. C'est la dernière fois que j'eus de ses nouvelles<sup>1</sup>.

## LECTURE CLINIQUE À LA LUMIÈRE DE LA THÉORIE DE L'ATTACHEMENT:

### A) RELEVÉ DES SYMPTÔMES IMPORTANTS SELON LA THÉORIE DE L'ATTACHEMENT:

#### *I/ La forme du discours:*

Le discours de la patiente est confus, agité, peu organisé; il y a des blancs et des changements de sujet brutaux. Ses ressentis sont peu étayés et difficiles à comprendre. Ce discours peu cohérent semble indiquer un attachement peu sécurisé car en effet, la cohérence du discours est un indice de la qualité de l'attachement (R. Miljkovitch et J.B Van der Henst). L'«adult attachment interview» (AAI) est un entretien semi-structuré qui permet d'évaluer le type d'attachement d'un adulte en opposant ses représentations sémantiques à ses représentations plus

proches de la mémoire épisodique (R. Miljkovitch et G. Liotti et B. Farina). C'est-à-dire en rapprochant les idées générales que la personne interviewée se fait de ses différentes relations infantiles et les souvenirs spécifiques qu'elle en a gardé. Le degré de concordance entre ces deux types de représentations permet de juger de la cohérence du modèle représentationnel du sujet. Habituellement, les patients ayant un attachement désorganisé se réfèrent de manière excessive à leur mémoire sémantique et généralise par conséquent leurs souvenirs. R. Meares parle même de phénomène d'hypergénéralisation de la mémoire autobiographique (G. Liotti et B. Farina). Le discours de ces patients ressemble alors à un compte rendu, sorte de catalogue de problèmes familiaux, professionnels et de santé, tout cela exprimé dans un langage pauvre en métaphores et empreint d'une alexithymie dévitalisante (G. Liotti et B. Farina). Ce cas clinique illustre tout à fait ce type de discours et même si l'AAI n'a pas été réalisé pour cette patiente, il semble clair que la confusion de son discours est à corrélérer à la qualité de son attachement. Mary Main s'est inspirée des travaux de Paul Grice sur le principe de coopération, lorsqu'elle a mis au point les systèmes de codage de l'AAI. Grice soutient que les participants engagés dans un échange verbal vont observer un principe de coopération (R. Miljkovitch et J.B Van der Henst). Le type d'attachement d'une personne influence, selon lui, sa capacité à construire un narratif cohérent et compréhensible, pour son interlocuteur, lors de l'évocation de son histoire personnelle. Ce principe comprend l'application de quatre maximes dites «conversationnelles»: la qualité, la quantité, la relation et la modalité. Par exemple, dans le discours de Madame V, la maxime de modalité n'est pas appliquée car son discours est confus, embrouillé et qu'elle utilise des termes vagues. Le manquement à la maxime de qualité réside dans la présentation de sa famille d'adoption comme bienveillante, pour rapporter ensuite qu'elle y a été maltraitée. La non-application de la maxime de quantité s'illustre lorsque la patiente parle de la possibilité que son père d'accueil ait eu une relation avec sa génitrice car son avis n'est pas suffisamment étayé; nous n'arrivons pas à comprendre comment elle en est arrivée à cette hypothèse. Enfin, les pauses ou blancs ou changements brutaux de sujet sont des erreurs de maxime de relation car il y a une rupture de pertinence dans le discours (R. Miljkovitch et J.B Van der Henst). Le manque de cohérence de son discours peut être également dû à la non-intégration de l'information, conséquence de l'exclusion défensive. L'exclusion défensive, c'est lorsque la patiente se présente le jour du décès de sa mère d'accueil et qu'elle n'en dit pas un mot; c'est aussi quand elle oublie si elle et sa soeur ont subi plusieurs épisodes d'attouchement sexuel (R. Miljkovitch).

<sup>(1)</sup> C'était sans savoir qu'elle me contacterait à nouveau trois mois plus tard.



## 2/ Les traumatismes précoces et le caregiving effrayant:

On note des traumatismes réels très précoces. A la naissance, le climat familial semble pour le moins hostile. Le caregiving maternel paraît désorganisé, voire effrayant pour le bébé; il inquiète d'ailleurs le voisin. L'état d'esprit de la mère-génitrice n'est ni bienveillant ni protecteur et par conséquent peu propice au développement d'un attachement sécure. Lors du premier abandon-adoption, la patiente intègre une famille où le caregiving restera tout aussi effrayant et donnera lieu à un second abandon-adoption en home. Il reste à noter que la patiente vient me consulter suite à la perte de deux caregivers proches et de longue date: la mère décédée et le médecin traitant parti en pension. Elle est à la recherche d'une nouvelle base de sécurité nécessaire à sa survie d'où l'intensité de son observation silencieuse de mes réactions à ces annonces tout au long des entretiens.

## B) DIAGNOSTIC ET DÉVELOPPEMENT DE CONCEPTS CLÉS:

### 1/ Le «*fright without solution*»:

Selon un grand nombre d'études, l'attachement désorganisé d'un enfant est statistiquement corrélé à des traumatismes et pertes non résolus dans la vie de son donneur de soins (G. Liotti, G. Liotti et B. Farina, R. Miljkovitch et J. Solomon et C. George). Il existe deux voies qui aboutissent à l'émergence d'un attachement désorganisé chez l'enfant: suite à une maltraitance explicite ou par contagion émotionnelle. La contagion émotionnelle permet de comprendre comment cliniquement un enfant peut présenter un attachement désorganisé sans qu'il n'y ait eu d'agressions verbales et/ou physiques à son encontre (G. Liotti, G. Liotti et B. Farina). En effet, les caregivers souffrant de souvenirs infantiles traumatiques peuvent présenter un comportement effrayant car directement violent avec l'enfant alors effrayé, mais ils peuvent aussi repenser leurs souvenirs face auxquels ils sont eux-mêmes effrayés et impuissants et ils deviennent alors indirectement effrayants pour leur enfant, celui-ci ne comprenant pas de quoi il doit avoir peur alors que son caregiver est vécu comme apeuré et impuissant. Dans ces conditions, c'est la contagion émotionnelle qui entraîne l'effroi. Cette interaction effrayante est appelée «*frightened/frightening caregiving behavior*» soit comportement effrayé/ effrayant de la part du caregiver. Dans ces situations, le caregiver est simultanément la source et la solution du stress ressenti par l'enfant. L'enfant se trouve alors devant un paradoxe car la peur qu'il ressent active deux systèmes motivationnels: le système de défense qui induit l'éloignement de la source de stress et, simultanément, le système d'attachement qui provoque le rapprochement avec la figure d'attachement rassurante. Habituellement, ces deux systèmes travaillent ensemble pour protéger l'enfant, mais, dans la situation qui nous occupe, ils entrent dans un conflit insoluble car le caregiver est à la fois source de l'effroi et du potentiel réconfort; c'est ce que l'on appelle l'«*effroi sans solution*» («*fright without solution*») (G. Liotti, G. Liotti et B. Farina, R. Miljkovitch, J. Solomon et C. George). La plupart du

temps, l'enfant ne peut identifier la cause de la peur du parent et il développe alors lui aussi des peurs inexplicables. Parfois, il s'identifie lui-même comme responsable de l'effroi parental. De toute façon, restant dans l'incompréhension, il n'a aucune réponse organisée à sa disposition pour lui permettre de faire face; le comportement de l'enfant est par conséquent désorganisé (G. Liotti, G. Liotti et B. Farina, R. Miljkovitch). Dans le cas clinique qui nous occupe, la patiente a vécu à plusieurs reprises cette peur sans solution: dans sa famille d'adoption mais également en home ou lorsqu'elle est hospitalisée, à ces moments, la source de protection (parent, éducateur, directeur, médecin,...) était en même temps celle qui lui faisait peur.

### 2/Les modèles internes opérants désorganisés et le «*triangle drama*»:

Dès leurs premiers mois de vie, les nourrissons mémorisent des modèles relationnels issus de leurs premières expériences avec leur entourage familial; sorte de «*guides inconscients*» comme les appelle Mary Main (R. Miljkovitch). Ces modèles sont dits opérants car ils vont conditionner l'ensemble des interactions et des attentes de la personne quant à sa vie relationnelle, soit l'entière de son mode de fonctionnement psychique. Ils influencent ainsi l'expression de la disposition innée à rechercher l'aide et le réconfort par la proximité protectrice d'une figure d'attachement en cas de détresse (G. Liotti, G. Liotti et B. Farina). Dans notre vignette clinique, les premiers mois de la vie de Mme V sont tout à fait traumatiques et cela laisse présager de l'intériorisation d'un modèle interne opérant désorganisé (MIOD) ayant pour conséquence un système d'attachement infantile lui-même désorganisé (G. Liotti, G. Liotti et B. Farina, R. Miljkovitch). Comme pour les parents aucun test diagnostique n'a été réalisé, cela restera donc hypothétique. Une fois en home, à la suite d'un deuxième épisode d'abandon-adoption, la patiente va s'occuper des demi-frères et soeurs retrouvés par hasard; plus tard elle va travailler aux «*restos du coeur*» et deviendra à plusieurs reprises «*famille d'accueil*». La patiente semble alors s'identifier au voisin-père salvateur et développe un caregiving compulsif. D'un point de vue théorique, ce comportement s'explique par le développement de stratégies de contrôle à partir d'auto-représentations. Ces stratégies de contrôle se mettent en place pour contrôler l'attention du caregiver et par conséquent les interactions avec lui afin de se protéger lui-même et l'autre d'un épisode de dissociation. Pour ce qui est des auto-représentations, Liotti propose d'utiliser l'image du «*drama triangle*» (G. Liotti, G. Liotti et B. Farina, J. Solomon et C. George) afin de comprendre le mécanisme par lequel l'enfant devenu adulte s'identifie à son caregiver-sauveteur. Quand les MIO sont désorganisés, la figure d'attachement est représentée de manière négative au vu de la suite d'épisodes effrayants imposés à l'enfant au cours de son développement. Mais la figure d'attachement est perçue simultanément comme un sauveteur, source de réconfort (cf. l'effroi sans solution explicité ci-dessus). Ces deux représentations opposées induisent chez l'enfant, par un processus d'identification, une image de persécuteur responsable de l'effroi du caregiver et de sauveteur devant réconforter ce même caregiver effrayé. Le triangle dra-

matique est donc une représentation de ce qui est vécu avec le caregiver persécuteur et le caregiver-sauveteur et la personne. Par ce lien chronique avec une figure d'attachement effrayante/effrayée, les MIODs guident implicitement la construction de la personnalité de l'enfant tel un puissant sauveteur de son caregiver fragile, et, par extension, sauveteur de tous.

### 3/ Les stratégies de contrôle et la dissociation:

La dissociation est à craindre en cas de situation stimulant intensivement le système d'attachement si celui-ci est désorganisé. En effet, lorsque leur MIO est désorganisé, les patients souffrent de représentations d'eux-mêmes et des autres fragmentées, dramatiques, effrayantes... Par exemple, c'est ce qui se passe quand la patiente parle d'un corps qui ne semble pas lui appartenir ou de son passage aux soins intensifs, mais cela sera développé plus loin. Un attachement de type désorganisé peut ne pas être bruyant tant que ses stratégies de contrôle sont en place et que son système d'attachement n'est pas activé de manière intense (G. Liotti). Cependant, sous l'influence de conditions environnementales ou organiques capable d'activer fortement et durablement le système d'attachement, il y a un risque de collapsus des stratégies de contrôle car elles sont dépassées; cela doit rester présent à l'esprit du thérapeute car la prise en charge psychothérapeutique est une situation type d'activation du système d'attachement. Le collapsus des stratégies de contrôle donne lieu à des vécus dissociatifs illustrés dans la vignette clinique lorsque la patiente perd le contrôle d'elle-même dans une dispute avec une inconnue ou lors de son passage aux soins intensifs. Il est intéressant de développer ici l'épisode des soins intensifs: à ce moment, la vie de la patiente est menacée ce qui active son système d'attachement, mais celui-ci est désorganisé, il ne peut pas faire face et il y a collapsus des stratégies de contrôle. Les caregivers sont perçus comme maltraitants et comment en serait-il autrement au vu de son vécu (cfr MIOD)? De plus, la patiente souffre de complications mortelles pouvant être perçues comme l'échec d'un premier caregiving, c'est-à-dire l'opération qui consistait au retrait de ses organes génitaux internes par un homme. Ici, le vécu dissociatif a quelque chose de terriblement défensif en ce qu'elle va revivre son premier sauvetage par le médecin d'un autre service-voisin, qui la protège de l'infirmière maltraitante-mère biologique et la confie à une nouvelle infirmière bienveillante-mère d'accueil (en principe). Cela lui permet de se rassurer et de survivre comme la première fois. Pour revenir aux systèmes de défense ou stratégies de contrôle, la rencontre avec sa mère biologique à son arrivée en home, au sujet de laquelle la patiente parle de «lien qui ne se tisse pas», fait référence à l'inhibition (protectrice) de son système d'attachement lorsqu'une situation pourrait l'activer (G. Liotti). Cette inhibition relative est défensive car elle va protéger l'enfant (plus tard l'adulte), ainsi que son interlocuteur, d'une expérience chaotique de désorganisation. Une des conséquences de cela est l'inhibition de «l'appel à l'aide» chez ces patients. C'est pourquoi Madame V n'a jamais eu de suivi psychologique et qu'elle n'a parlé à personne des maltraitements subies et cela explique aussi pourquoi, elle va fuir le suivi. En effet, le système d'attachement désorganisé de la patiente est activé

durablement par mon attitude acceptante et soutenante, cela signifie qu'elle revit à un niveau préconscient la peur sans solution et les expériences dissociatives caractéristiques de MIOD. Exposée à nouveau à des représentations internes effrayantes, elle va chercher à se protéger et inhiber son système d'attachement en activant son système de défense (lutte-fuite-contrôle). C'est pour nous protéger, elle et moi, de l'expérience insupportable, chaotique de la désorganisation qu'elle met fin au suivi. Il est intéressant de noter ici que sa fuite coïncide avec l'aveu de l'expérience des «bonnes fées». A l'évocation de celles-ci, la patiente réalise probablement que je pourrais être une base de sécurité pour elle comme les fées l'ont été précédemment et panique pour les raisons explicitées ci-dessus. Les «bonnes fées» sont la preuve de l'intériorisation de traces de figures d'attachement brièvement sécurisées comme a pu l'être le père-voisin, au début de leur rencontre en tout cas. Cette sécurité interne précaire explique comment Mme V a pu réussir à éviter un parcours psychiatrique mais aussi comment elle a finalement réussi à quitter ses partenaires maltraitants. Pour revenir aux stratégies de contrôle, une autre stratégie utilisée dans ce cas clinique, et régulièrement rencontrée chez les patientes au parcours similaire, est la stratégie de contrôle sexuelle. Selon plusieurs études, les relations anormalement sexualisées ne sont pas rares entre parents (ou caregivers au sens plus large: professeurs, éducateurs,...) et enfants souffrant d'attachement désorganisé chacun (G. Liotti). Il y a, dans l'histoire clinique de la patiente, plus d'un exemple de cette situation.

## LECTURE CLINIQUE À LA LUMIÈRE DE LA THÉORIE PSYCHODYNAMIQUE:

### A) RELEVÉ DES SYMPTÔMES IMPORTANTS SELON LA THÉORIE PSYCHANALYTIQUE:

#### *I/ Les failles de la symbolisation liées aux traumatismes.*

Le discours de Madame V est logorrhéique et envahissant; il est décousu, marqué par des temps d'arrêt et des coq-à-l'âne comme lorsqu'elle parle de ses enfants. En l'écoutant parler, on a la sensation qu'il manque des maillons, qu'il y a des absences, des sortes de «trous» de mémoire relatifs aux multiples traumatismes. Roussillon parle dans ces cas-là d'«accidents de symbolisation» (R. Roussillon). En effet, selon lui, lorsque le patient a connu des situations irreprésentables comme un maternage inadapté, un inceste, un viol, etc., il peut y avoir alors des failles de sa capacité de symbolisation: le traumatisme est si intense ou si précoce dans la vie du patient qu'il ne peut être intégré dans l'appareil psychique car le moi immature est alors saturé dans ses capacités de symbolisation, encore peu ou pas développées, par cet événement traumatique. Dans ces situations, lorsque le sujet contera son histoire, il y aura comme des vides, des sensations de mort psychique ou d'agonie psychique à la place du récit de l'événement. Ces états de tensions extrêmes

sont sans représentation, ce qui ne veut pas dire qu'ils soient sans traces de perception ou de sensation<sup>2</sup>. Cela n'est pas sans conséquence pour la relation thérapeutique, mais nous y reviendrons plus tard.

## 2/ Les mécanismes de défense.

Pour ce qui est de ses mécanismes de défense, on relève chez cette patiente différents types de clivage associés à des mécanismes d'idéalisation, de déni et de dévalorisation, mais on trouve aussi de la projection et de l'identification projective. Ces mécanismes sont présents tout au long des entretiens, mais je n'en illustrerai que quelques-uns. Par exemple, sa famille d'accueil, durant le premier entretien, semble tout d'abord salvatrice et bienfaitrice puis, à la suite de l'intervention de la fratrie qui lui «rappelle» que son enfance n'a pas été facile, la patiente dépeint alors une famille maltraitante. Certains personnages sont d'emblée idéalisés tels que le père, le juge, le médecin traitant et moi même pour l'instant ; ceci laisse à penser que je suis, dans un premier temps, peut-être l'objet d'un transfert paternel positif. D'autres personnages sont diabolisés tels que la mère biologique (à laquelle elle s'identifiera néanmoins en devenant prostituée aussi), le directeur du home, les infirmières des soins intensifs et d'autres encore. On trouve ici plusieurs formes de clivage car c'est tantôt un même objet qui peut être bon/mauvais (ex. : le voisin salvateur versus abuseur) ou un objet clivé en deux autres (2 mères, une bonne et une mauvaise) ; on constate aussi un clivage de son self illustré par la rupture entre son aspect non verbal et son discours (cf. début du premier entretien). Le résultat de l'ensemble de ces clivages est la laborieuse représentation que l'on se fait (si on y parvient) d'elle-même et de ses proches, ainsi que de leurs relations, entre eux et avec elle. C'est ce que Otto Kernberg appelle la «diffusion d'identité» pathognomonique de la structure état limite (O. kernberg). Cet auteur explique que les mécanismes de défense archaïques comme le clivage, le déni, la dévalorisation et la projection déforment l'appréhension correcte de soi et d'autrui, ce qui se traduit cliniquement par la difficulté de se faire une représentation correcte du sujet et de ses proches qui sont clivés en tout bon ou tout mauvais.

## 3/Identification projective et compulsion à la répétition.

Il est intéressant ici de reprendre l'épisode des soins intensifs. La vie de la patiente est en danger à ce moment après l'hystérectomie, ce qui la met dans une situation de stress intense, de fragilité narcissique et de régression infantile avec sans doute un risque d'effondrement. La réactivation de ses expériences infantiles transforme littéralement l'équipe soignante en équipe malveillante et dévalorisée car un processus d'identification projective se met en place et la patiente projette ses objets primaires déficients et son angoisse de mort sur l'équipe (H. Segal), qu'elle considère alors comme persécutrice et elle ne

pourra plus la voir autrement ni interagir différemment avec elle. Dans cet épisode, la patiente va pouvoir rejouer aussi le scénario salvateur et apaisant de son enfance avec l'arrivée d'un médecin-voisin qui stoppe la maltraitance et apporte une infirmière-mère d'accueil bienveillante. Pour ce qui est de la compulsion à la répétition, comment ne pas relever l'enchaînement de relations intimes avec des personnes qui se révéleront malveillantes. Mme V choisit (inconsciemment) systématiquement d'entrer en relation avec des personnes qui finiront par la soumettre à une violence verbale et/ou physique.

## 4/ Masochisme, sadisme.

Le choix répétitif de s'entourer de personnes qui deviennent maltraitantes, plus ou moins rapidement, traduit une part de son masochisme. Mais on peut aussi pressentir ce masochisme à partir des composantes sadiques qu'elle semble susciter de manière récurrente (compulsion à la répétition). Sadisme aussi chez elle, que l'on retrouve à l'état de traces, notamment lorsqu'elle choisit de tuer le lapin de sa mère ou de sa soeur.

## 5/ Besoin de contenant et angoisse d'abandon.

Le décès maternel met la patiente à nouveau en péril et nécessite de trouver alors en urgence une nouvelle mère d'accueil, un copier-coller où je serais alors dans un transfert maternel positif et contenant. L'annonce du décès pourrait laisser penser à un futur travail de deuil, mais la patiente ne semble pas en avoir la capacité. La première urgence est pour elle de remplacer l'image maternelle par celle du thérapeute. Cette nécessité de trouver d'urgence un nouveau contenant permet d'éviter le vécu d'abandon et évoque la notion de «sein toilette» de Meltzer (D. Meltzer). Comme celui-ci l'explique, pour les patients au diagnostic archaïque, le problème de base est celui de la souffrance psychique et du besoin de trouver un objet dans le monde extérieur qui puisse contenir la projection de cette souffrance: le «sein-toilette». Le moi du bébé est encore trop faiblement organisé que pour faire face à la souffrance psychique, il a alors un besoin primaire de projeter cette souffrance dans un objet extérieur. Cet objet, soit le sein pour l'enfant ou plus tard le thérapeute pour le patient, est valorisé pour ces services indispensables qu'il lui rend, mais il ne peut pas être aimé à proprement parler en tant qu'objet (D. Meltzer). Pour cela, il faudrait d'abord, qu'il puisse être perçu dans sa totalité.

## 6/ La terreur sans nom.

Enfin, pour clôturer ce bref relevé symptomatologique, il est nécessaire de regarder de plus près la relation de la patiente bébé avec sa mère-génitrice. La négligence dont la mère biologique semble avoir fait preuve envers les besoins physiologiques, mais aussi psychiques de son bébé, peut être mise en relation avec le concept Winnicottien de mère «suffisamment bonne» (D. Winnicott). Il paraît évident que cette mère n'a

(1) Freud S., dans «remémorations, répétition et élaboration» en 1914, montre bien que ce qui ne peut être remémoré va être agi répétitivement.

pas fourni les réponses adéquates aux besoins de son bébé, le laissant alors sans soin, dans une souffrance et un abandon intenses ; cette mère n'était pas suffisamment bonne. Dans le même ordre d'idées, on peut reprendre ici le concept d'éléments alpha et bêta de Bion (W. Bion). Pour Bion, le bébé est rempli d'éléments bêta, soit un univers de vécus émotionnels bruts, de contenus chaotiques, inorganisés, sans contenant, univers effrayant qu'il expulse; la mère recevant ce matériel brut par identification projective. Grâce à sa «fonction alpha», par sa capacité de rêverie et en mettant son appareil psychique au service de son bébé, la mère va transformer ces éléments bruts  $\beta$  en éléments organisés et jouer ainsi un rôle primordial dans l'établissement des capacités cognitives de son nourrisson. Dans ce cas clinique, la mère ne semble pas avoir pu reconnaître et recueillir les ressentis violents de son enfant afin de les faire transiter par son psychisme et de les transformer en éléments alpha, c'est-à-dire en affects plus intégrables par son nourrisson. Pour Bion, l'accumulation d'éléments bêta constituera plus tard l'«écran bêta» qui engendre l'indistinction entre conscient et inconscient, mais aussi l'incapacité à créer des liens symboliques, origine des troubles de la pensée plus spécifiques qui peuvent également être retrouvés chez les états limites (W. Bion).

## B) DIAGNOSTIC ET DÉVELOPPEMENT THÉORIQUE PSYCHODYNAMIQUE:

Le début de vie de la patiente constitue un véritable traumatisme primaire bien décrit par Roussillon. Freud l'appelle le «Hilflosigkeit», Winnicott parle d'«agonie primitive» et Bion de «terreur sans nom» (R. Roussillon). Ces quatre auteurs décrivent cette même situation où un appareil psychique immature doit faire face à une menace qui le déborde; ses ressources internes sont épuisées et il entre alors dans un état de détresse, d'impuissance et de déliaison. Si aucun objet de recours ne se présente ou si celui-ci n'est pas efficace, et que par conséquent aucun contrat de base narcissique n'est possible, le nourrisson est exposé au traumatisme primaire, c'est-à-dire un état de tension et de déplaisir sans représentation, sans recours internes ou externes, un état au-delà de l'espoir. Le sujet peut de surcroît se sentir coupable et responsable de n'avoir pu faire face à ce à quoi il était confronté et s'expose ainsi à la honte et au désespoir existentiel. La seule issue psychique à cette situation est le clivage de cette partie de souffrance. Pour survivre à l'expérience traumatique primaire, le sujet se coupe alors de sa subjectivité, c'est là tout un paradoxe et c'est l'origine du déficit de symbolisation (R. Roussillon). En termes de diagnostic, un objet primaire maltraitant, une histoire marquée d'au moins trois abandons dont un précoce (Hilflosigkeit), des mécanismes de défense archaïques de type clivage, déni, idéalisation, identification projective, une mauvaise relation d'objet, diffusion identitaire, une compulsion à la répétition, du masochisme et encore d'autres éléments nous orientent vers un diagnostic de structure de type état limite très probable. Au vu des troubles survenus très précocement dans sa vie, on peut facilement s'étonner que ce diagnostic ne soit pas plus grave et que la patiente n'ait pas sombré dans la psychose. Un des éléments de réponse est

probablement l'intervention du voisin qui vient interrompre le cycle de maltraitance primaire. D'autant plus que celui-ci l'emmène très tôt, à l'âge de six mois, âge auquel selon divers auteurs dont Mahler et Marty, le nourrisson est toujours dans une phase de fusion avec la mère, d'indifférenciation donc, permettant de passer plus facilement d'un objet primaire à l'autre sans en éprouver de problème majeur. Dans sa nouvelle famille, la patiente semble avoir eu accès à un lien privilégié au père... sur la voie de l'oedipe ce qui expliquerait les quelques traits hystériformes que l'on retrouve dans sa présentation de «fille à papa» et l'importance du lien au père qui transparaît lorsqu'elle évoque la violence physique de son père qui l'épargnait, elle, quand elle parle du juge ou quand elle décrit un voisin-chevalier qui enfonce la porte pour venir la chercher. Mais, comme je l'explique plus loin, il n'y aura pas de véritable structuration oedipienne chez cette patiente. Quelques mots de son masochisme : c'est un moyen de survie pour la patiente. Ses parents se montrent maltraitants or ils sont ses objets primaires; sa survie physique, mais surtout psychique, dépend d'eux, elle n'a pas d'autre choix que d'intégrer leurs gestes violents comme des gestes d'attention et d'affection. En effet, elle ne peut pas se permettre d'égratigner l'image interne ou externe de ses parents. C'est sans doute pour cela que la patiente n'en veut pas à son père d'être passé à l'acte avec elle, ce qu'elle vit comme une faiblesse. En général, le jeune enfant perçoit le monde comme centré sur lui et a la conviction d'être responsable de tout ce qui se passe autour de lui; une enfant maltraitée peut donc penser que c'est sa faute. C'est ainsi que Madame V se sent responsable de cet épisode et cela met en exergue aussi des caractéristiques plus hystériformes où, inconsciemment, elle aurait pu séduire son père. Celui-ci étant passé à l'acte (et probablement plus d'une fois), il a fait basculer vers le traumatique ce qui aurait peut-être pu se structurer sur le mode oedipien. Pour en revenir au masochisme, la patiente présente une compulsion à la répétition de situations de dépendance vis-à-vis de personnes malveillantes : home, belle-famille, compagnon, médecins. Cela est à nuancer bien entendu, car il est probable que la patiente soit attirée par ce comportement voire le provoque; de plus le récit de son histoire, reflet de ses représentations internes qui sont elles-mêmes teintées de son vécu infantile, est donc probablement un peu éloigné de la réalité. A la fin du suivi, lorsque la relation de confiance est établie, l'expérience hallucinatoire des «bonnes fées» est révélée. L'aspect compensatoire de ces «moment délirants» est ici tout à fait mis en exergue. En effet, ces fées n'existent que lorsque la réalité devient trop violente et, dès qu'une personne bienveillante et réelle apparaît dans son environnement, Mme V n'a plus besoin de recourir à son délire. Cela va dans le sens de défenses psychotiques ponctuelles, ce qui signe une fragilité du lien au réel mais certainement pas une psychose en bonne et due forme malgré l'anosognosie de l'épisode. On relève aussi l'aspect référentiel du délire, car elle est au centre de l'attention des «bonnes fées» prêtes à prendre sa place pour la protéger, ce que la patiente n'a pas l'habitude de vivre. Au vu des défenses plutôt archaïques, de masochisme, des traits hystériformes et des épisodes hallucinatoires, on peut penser que cette patiente illustre très bien le polymorphisme



des symptômes caractéristique des structures états limites. Ces structures coincées entre la névrose et la psychose, peuvent piocher tour à tour dans l'éventail de symptômes névrotiques ou psychotiques. Cela rend le diagnostic d'état limite difficile car leur présentation clinique est très variable. Pour terminer, il fallait craindre que cette patiente développe en cours de thérapie un «transfert paradoxal» (R. Roussillon). Paradoxal car plutôt que de montrer par déplacement ou par métaphore ce qu'elle ressent, la patiente pourrait faire vivre au thérapeute ce qu'elle n'a pas pu vivre elle-même de son histoire, les trous de symbolisation de ses traumatismes primaires. En effet, quand un traumatisme arrive trop tôt et/ou qu'il dépasse les capacités de gestion de la psyché du patient, celui-ci n'a pas d'autre possibilité que d'utiliser le transfert par retournement ou paradoxal pour émerger de l'oubli. C'est la mise en tension transférentielle qui le révélera et c'est ce que l'on constate chez cette patiente lorsqu'elle interrompt le suivi : elle m'abandonne et me fait ainsi à son tour ressentir ce que l'on vit quand son objet primaire nous laisse seul. D'autres éléments de réponse à l'interruption de son suivi sont aussi : son masochisme primaire qui n'a pas pu être satisfait dans sa relation avec moi. En effet, je ne l'ai pas maltraitée, je n'ai pas été instable en ce qui concerne mon investissement envers elle, je ne l'ai pas menacée de l'abandonner, or ce sont pour elle des signes d'affection. En effet, pour survivre à la maltraitance primaire qu'elle a subie, elle a dû interpréter la malveillance comme le mode d'expression de l'affection; le seul qu'elle puisse admettre à l'heure actuelle sans égratigner sa représentation maternelle interne. Pour terminer avec les pistes d'explications, je ne me suis pas rendue compte que nous avions atteint la date anniversaire du décès de sa mère et par conséquent du début de notre suivi et je ne l'ai donc pas relevé. Pourtant, lors des derniers entretiens, elle parlait sans cesse de l'héritage enfin débloqué et perçu... mais peut-être aussi que celui-ci apporte une part d'explication. Elle avait reçu une part de l'héritage de sa mère d'adoption, cela asseyait enfin sa position dans la (une) famille. Mon rôle de mère intérimaire n'était plus nécessaire, elle était officiellement la fille de quelqu'un, pour toujours et aux yeux de tous.

## IMPLICATIONS EN PRATIQUE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE:

### POINT DE VUE DE L'ATTACHEMENT:

La relation thérapeutique par son attitude bienveillante et son écoute respectueuse va nécessairement activer le système d'attachement du patient. Dans le cadre d'un attachement désorganisé, le patient va probablement osciller entre une position phobique de l'attachement et une dépendance anormalement intense, rendant difficile la mise en place de l'alliance thérapeutique (G. Liotti et B. Farina). Cela peut se manifester par exemple par des accès d'anxiété durant des entretiens qui semblent se dérouler sans problème ou par des retards et des rendez-vous ratés. C'est ce que Steele, Van der Hart et Nijenhuis appellent le dilemme relationnel («relational dilemmas»);

Bateman et Fonagy parlent eux de déficits de mentalisation (G. Liotti). Tous s'accordent sur l'importance du souvenir traumatique et de la mise en place d'un MIOD ayant pour conséquence la déformation du dialogue thérapeutique. Ces dilemmes sont liés à la dynamique entre l'attachement désorganisé et les stratégies de contrôle défensives, par conséquent, il est conseillé aux thérapeutes de réagir en utilisant des échanges coopératifs car le système motivationnel coopératif est l'unique système avec une base évolutive qui n'est pas influencé négativement par l'attachement désorganisé (G. Liotti, G. Liotti et B. Farina). Le thérapeute attachement informé va s'efforcer d'établir un équilibre dialectique entre une proximité émotionnelle empathique et une attitude coopérative d'exploration et coconstruction de nouvelles structures explicatives. Ce thérapeute devra se montrer constamment attentif et compréhensif, soit devenir une base sécurisée afin de créer les conditions dans lesquelles le patient va pouvoir explorer ses modèles représentationnels personnels ainsi que ceux de ses figures d'attachement, mais aussi vivre des expériences relationnelles correctrices (J. Bowlby). La prise en charge thérapeutique doit offrir au patient la possibilité d'éprouver une expérience relationnelle correctrice c'est-à-dire qui lui permet de revoir et de corriger ses croyances pathogènes héritières de ses relations infantiles traumatiques. Le suivi de ces patients peut cependant s'avérer éprouvant pour le thérapeute (J. Bowlby). Le fonctionnement autodestructeur de ceux-ci, leurs passages à l'acte réguliers, la mise en échec de la thérapie et leur oscillation entre rejet et hyperdépendance peut entraîner une « compassion fatigue », un épuisement de la compassion chez le thérapeute (R. Miljkovitch et G. Liotti et B. Farina). Il est parfois utile d'envisager une prise en charge simultanée par deux thérapeutes, ce que Liotti appelle «les traitements parallèles intégrés». Dans ces traitements, le second thérapeute aide le patient à développer des hypothèses alternatives concernant les intentions du premier thérapeute et par conséquent protège la relation thérapeutique primaire d'une interruption prématurée (comme cela a été le cas ici) mais aussi des impasses thérapeutiques. Cette double prise en charge offre également la possibilité de donner au patient une vision plus cohérente de lui, de lui avec l'autre, et de l'autre; cela en rassemblant les représentations partielles, c'est-à-dire en réunifiant ce qui est clivé du patient mais aussi du thérapeute et éviter le virage en tout bon ou tout mauvais de l'un des thérapeutes. Enfin, cette pratique améliorera le confort du thérapeute en diminuant la tension relationnelle pour lui et son patient, le sentiment de sécurité du thérapeute en est alors accru. Il est évident que les thérapies parallèles intégrées nécessitent des thérapeutes chevronnés, qui sont en parfait accord d'un point de vue théorique et qui ont une pleine confiance en la bienveillance de chacun envers le patient (G. Liotti, J. Solomon et C. George, G. Liotti et B. Farina).

### POINT DE VUE PSYCHODYNAMIQUE:

La première chose qui paraît évidente est que cette patiente présente des contreindications à une prise en charge psychanalytique. De par son manque de capacité intellectuelle, la pauvreté

té de son préconscient et d'introspection, mais aussi l'absence d'environnement social suffisamment soutenant. Si le transfert-contretransfert ne peut être ici le moteur d'une cure type, il sera au service de la thérapie pour comprendre cette patiente, son parcours de vie, améliorer ses capacités de symbolisation et sortir du cercle vicieux masochiste. Les dangers étaient multiples dans la prise en charge de cette patiente. Le clivage est tellement massif que je risquais tôt ou tard de basculer du thérapeute idéalisé au diabolisé. Un des buts thérapeutiques était donc de réunifier le vécu de la patiente en lui montrant ses distorsions et en lui illustrant son mode de fonctionnement. Comme Roussillon l'explique, lors de la prise en charge de ces patients, il ne s'agit pas de lever les refoulements car, au vu de leurs difficultés de symbolisation, on ne découvrira rien de caché derrière (R. Roussillon). Il s'agit plutôt de construire avec eux, voir, pour eux, les parties manquantes de leur vécu. Il est nécessaire de mettre notre appareil psychique à leur service. Cela revient à transformer les éléments  $\beta$  en éléments  $\alpha$  pour Bion (W. Bion). En effet, on retrouve chez Mme V un univers

brut, rempli d'éléments  $\beta$  non métabolisés et angoissants. La fonction du thérapeute serait donc de reprendre la fonction alpha maternelle et, pour ce faire, aider le patient à symboliser son vécu afin de s'apaiser. Il est en quelque sorte nécessaire de mettre sa capacité de rêverie au service du patient. Enfin, il ne faudrait pas perdre de vue que le suivi des patients états limites n'est pas de tout repos pour le thérapeute qui va devoir assumer les mouvements transférentiels agressifs violents, intenses, voire passionnels. Kernberg décrit trois modes d'expression de ces mouvements transférentiels : l'expression verbale violente, l'expression comportementale avec passages à l'acte agressifs (auto ou hétéro, acting in ou out) et l'induction de sentiments contre-transférentiels (O. Kernberg). Le patient état limite va déployer une véritable problématique en ce qui concerne l'acceptation du cadre. Le cadre chez ces patients n'est plus tellement le garant de la loi du père, mais bien d'avantage un contenant, ce qu'intuitivement la patiente est venue chercher.

## CONCLUSION

Tout d'abord, ce fut difficile de rédiger ce cas clinique de manière concise et compréhensible. J'ai dû faire appel à mon appareil psychique pour mettre de l'ordre dans tout ce matériel dont les divers éléments traumatiques et prendre de la distance. Après avoir analysé le cas en double lecture, il m'est apparu évident que le vocabulaire de la théorie de l'attachement, comme celui de la psychanalyse abordait et nommait sous des vocables différents certains phénomènes comparables même si l'étiopathogénie restait différente. La théorie de l'attachement n'offre pas une théorisation globale du fonctionnement psychique. La psychanalyse quant à elle, est et restera la référence en ce qui concerne la compréhension et l'approche du fonctionnement psychique inconscient. Cet article présente la situation clinique d'une patiente au diagnostic de structure de personnalité de type état limite ayant un attachement désorganisé. Ces diagnostics sont de plus en plus fréquents dans nos cabinets de consultation et ces patients sont bien difficiles à aider et à supporter. Pour cela, et au delà des oppositions théoriques qui peuvent persister à l'heure actuelle entre les deux théories, je pense qu'en tant que thérapeute qu'il est fondamental de complexifier son écoute. Dans l'intimité du bureau de consultation, seul face au patient (quel que soit son diagnostic), à sa souffrance, à son parcours et à ses attentes ... et aux miennes, multiplier les références théorico-cliniques me paraît tout à fait nécessaire.

# RÉSUMÉ

*J Bowlby était psychanalyste, sa théorie de l'attachement est par conséquent issue de la théorie psychanalytique pourtant, et depuis toujours, entre elles, le torchon brûle. La proposition faite par cet article est de quitter la sphère du débat théorique afin de ramener les deux théories autour d'un cas clinique. L'analyse du cas en double lecture révèle que ces théories associées peuvent enrichir les références du thérapeute. A l'heure actuelle, il est nécessaire de complexifier son écoute thérapeutique. Dans cette optique et sans négliger leurs différences, psychanalyse et attachement peuvent faire partie d'un même bagage thérapeutique*

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

- Bion W. Aux sources de l'expérience. éd puf, (2003): 27-47
- Bowlby J. Le lien, la psychanalyse et l'art d'être patient. éd Albin Michel, (2011)
- Fonagy P. Théorie de l'attachement et psychanalyse. éd. érés, (2004)
- Guédeney N., Guédeney A. L'attachement: approche théorique. Du bébé à la personne âgée. éd Masson, (2009): 3-15, 61-67
- Kernberg O. Les troubles graves de la personnalité, éd puf, (2004)
- Liotti G. (2011). Attachment Disorganisation and the Controlling Strategies: An Illustration of the Contributions of Attachment Theory to Developmental Psychopathology and to Psychotherapy Integration. Journal of Psychotherapy Integration 21(3): 232-252.
- Liotti G., Farina B. Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa. éd. Raffaello Cortina (2011):43-113, 149-150, 171-178
- Meltzer D. Le processus psychanalytique. éd. Payot (1971): 21, 71-85.
- Miljkovitch M. L'attachement au cours de la vie. éd puf (2001): 89-125, 135-150,
- Roussillon G. R. Agonie, clivage et symbolisation. éd puf (1999): 9-34
- Segal H. Introduction à l'Oeuvre de M. Klein. éd. puf (2011): 17-47
- Solomon J., George C. (2011) Disorganized Attachment and Caregiving. éd The Guilford Press: 383-408.
- Van der Henst J.B. (2002). La perspective pragmatique dans l'étude du raisonnement et de la rationalité. L'Année Psychologique 102: 65-108.
- Winnicott D. Lettres vives. éd Gallimard (1989): 73-80