

De l'acte suicidaire à l'état limite

Jokthan Guivarch, Caroline Xicluna

DANS **L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE 2016/1 Volume 92**, PAGES 23 À 28
ÉDITIONS **JLE**

ISSN 0020-0204

DOI 10.1684/ipe.2015.1430

Date de mise en ligne : 10/02/2016

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2016-1-page-23?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour JLE.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

De l'acte suicidaire à l'état limite

Jokthan Guivarch¹, Caroline Xicluna²

RÉSUMÉ

À partir de la rencontre d'un patient hospitalisé, nous avons questionné le sens de la répétition des conduites suicidaires. Des actualisations de pensées, permettant d'échapper à des situations de séparation, ont été entendues comme un acte de parole en résonance à un traumatisme psychique. Le dispositif de soins, offrant un espace de parole et d'écoute, a permis de porter le diagnostic d'état limite, grâce à l'étude de la biographie et de l'anamnèse. La psychothérapie a amené le patient à travailler sur la répétition d'agir, considérés davantage comme des *acting out* que des passages à l'acte, et de leur donner un sens en regard du travail d'élaboration.

Mots clés : état limite, psychopathologie, psychothérapie, cas clinique, conduite suicidaire, répétition, traumatisme psychique

SUMMARY

From the suicide act to the borderline state. Based on meetings with a hospitalized patient, we questioned the meaning of repeated suicidal behaviour. An updating of thoughts, which permitted to avoid situations of separation, was understood as an act of speech in resonance with psychological trauma. The care facilities provided a space for listening which enabled us to make the diagnosis of borderline personality disorder, through the study of the patient's biography and recent medical history. Psychotherapy has led the patient to work on the repetition of acts, considered as acting out, and has provided a meaning by working out repressed emotions.

Key words: borderline, psychopathology, psychotherapy, clinical case, suicidal behavior, repetition, mental trauma

RESUMEN

Del acto suicida al estado límite. A partir del encuentro con un paciente hospitalizado, hemos interrogado el sentido de la repetición de las conductas suicidas. Unas actualizaciones de pensamientos, que permiten escapar a situaciones de separación han sido escuchadas como un acto de palabra en resonancia con un trauma psíquico. El dispositivo de cuidados, que ofrece un espacio de palabra y de escucha ha permitido emitir el diagnóstico de estado-límite, gracias al estudio de la biografía y de la anamnesis. La psicoterapia ha llevado al paciente a trabajar sobre la repetición del actuar, considerada más bien como acting out que pasos al acto, y de darle un sentido habida cuenta del trabajo de elaboración.

Palabras claves : estado límite, psicoterapia psico patología, psicoterapia, caso clínico, conducta suicida, repetición, trauma psíquico

¹ Chef de clinique assistant, Service universitaire de psychiatrie infantile du Pr. Poinso, CHU Sainte-Marguerite, 270 boulevard de Sainte-Marguerite, 13274 Marseille cedex 9, France

<jokthan.guivarch@ap-hm.fr>

² Psychologue clinicienne, Service de psychiatrie du Dr Chabannes, Secteur 13G04, CHU Conception, 147, boulevard Baille, 13005 Marseille, France

Tirés à part : J. Guivarch

Introduction

À partir de l'étude d'un cas clinique, nous avons réfléchi au sens de la répétition de conduites suicidaires chez une personnalité dite état limite. Nous reviendrons sur la rencontre d'un patient et insisterons sur l'importance du recueil biographique pour éclairer les mécanismes latents des passages à l'acte et pour proposer une prise en charge psychothérapeutique adaptée.

La rencontre

Nous rencontrons pour la première fois, celui que nous nommerons Monsieur D. au retour d'un week-end. Cet homme a été admis en hospitalisation le vendredi soir pour une tentative de suicide grave, une IMV avec plus de 60 comprimés de divers antalgiques associée à une prise massive d'alcool.

Une vive inquiétude est palpable chez le personnel infirmier qui a reçu comme consigne des médecins de garde une surveillance bi-horaire du patient. Ce n'est pas l'état somatique qui préoccupe les soignants mais bien le risque suicidaire qui paraît élevé.

À la lecture des observations médicales écrites par les confrères du week-end, nous partageons ce sentiment.

La tentative de suicide paraît planifiée de longue date avec une accumulation de médicaments pendant plusieurs mois. Il ne semble y avoir aucun facteur déclenchant d'après les toutes premières observations. De plus le patient décrit son geste de façon détachée, il ne le critique pas, bien au contraire. . . Il a répété calmement durant le week-end aux différents interlocuteurs qu'il était déterminé à mourir et « *qu'il le ferait tôt ou tard* ».

La problématique autoagressive semble ancienne avec des idées suicidaires présentes depuis l'âge de 13 ans et au moins trois tentatives de suicide, dont l'une qui aurait nécessité 15 jours d'hospitalisation en psychiatrie.

Le médecin de garde transmet une autre information préoccupante, « le patient saurait ce qu'il faut dire pour nous rassurer ». En somme, on ne pourrait pas se fier à son discours. . . alors même que c'est en grande partie sur le discours que se fonde notre clinique et l'approche thérapeutique.

À côté de cela, certains éléments nous permettaient de nuancer la gravité du risque suicidaire : la non-opposition du patient à l'hospitalisation voire même une certaine passivité, l'absence de tentatives de sorties du service ouvert, les projets autres qu'autoagressifs, une certaine mise en scène autour de son geste autolytique – notamment le fait qu'il ait publié sur un réseau social son intention quelques minutes avant son IMV – ce qui a permis à des proches de venir le sauver.

C'est donc intrigués et inquiets que l'on aborde le premier entretien avec Monsieur D., avec la volonté surtout de nous faire notre propre opinion.

Le discours nous paraît initialement assez factuel, plaqué. . . Il est vrai que nous sommes aussi influencés par les observations médicales précédentes même si nous souhaitons nous en départir.

Au bout de quelques jours d'hospitalisation, le patient semble davantage se livrer, parle avec détails de sa vie. Nous nous rendons compte rapidement qu'il nous donne à voir une image fantasmée ou idéalisée de lui-même qui ne correspond pas à la réalité. Il vient facilement aux entretiens psychiatriques, psychologiques ou infirmiers et paraît dans la séduction avec les soignants. On note une jouissance à nous livrer une image de lui flamboyante. . .

Certes, le patient évoque un mal-être ancien, mais il ne nous apparaît pas dépressif. Il n'y a pas d'anhédonie, pas d'apragmatisme, pas d'aboulie. Derrière l'image d'homme de la nuit, de la fête, il semble assez isolé et en difficultés dans les relations interpersonnelles.

Lors des entretiens, le patient nous signifie, sur un plan manifeste, notre impossibilité à l'aider et répète sa volonté de mourir. . . Mais derrière ce discours, il nous semble y avoir un appel à l'aide qui pourrait être : « *Je vous répète que vous ne pouvez pas m'aider pour que vous m'aidiez. . .* ». Il y a une adresse à l'autre.

Il se sent étrangement bien en hospitalisation. Il a un rôle de confident, de représentant des autres patients et a parfois tendance à se substituer aux soignants. Finalement, il semble avoir besoin d'exister pour les autres pour pouvoir exister lui-même.

Au fur et à mesure des entretiens pendant 6 semaines d'hospitalisation, le discours paraît plus authentique et nous pouvons retracer sa biographie.

L'histoire énoncée par le sujet, son histoire

Lors du premier entretien avec le patient, nous découvrons un jeune homme d'une trentaine d'années qui au cours de ce premier échange évoque spontanément et d'emblée la perte de son père au cours de sa douzième année d'existence.

Il évoque la crise cardiaque de ce dernier faite au domicile en sa présence, l'absence de sa mère au début de l'attaque, l'arrivée des pompiers et ajoute « *j'étais sous le lit. . . apeuré* ».

Il fait part ensuite de l'impact que cette perte a eu sur la nature de la relation à sa mère. Notons que nous reviendrons ultérieurement sur la relation à son premier objet d'amour. Le patient la présente comme peu présente, voire absente depuis le décès. L'image qu'il donne est celle de deux êtres qui se quittent, se séparent, menant leur vie chacun de leur côté, « *elle sortait tout le temps, rencontrait*

tout un tas d'hommes... j'ai commencé à faire pareil, je sortais, je buvais, je faisais la fête... elle dormait ailleurs et je m'occupais de moi tout seul ».

Puis, au cours de ce premier échange, le patient, qui arrive à déplier quelque peu son histoire au sein de l'espace d'écoute et de parole proposé, évoque le jour où sa mère lui présente officiellement un homme. Le patient se trouve confronté dans la réalité à cela et demande à sa mère de faire un choix, choisir entre lui ou cet homme qui prend une place. Un tiers se manifeste donc, en quelque sorte la relation exclusive n'est plus possible. La mère choisit l'amant et le patient part. L'on distingue la carence maternelle dans le dire du patient, carence vécue comme une perte objectale. S'ensuit alors une période d'errance aux quinze ans du patient et une existence faite de multiples sorties nocturnes, de sexe, de drogues, d'alcool, tout cela de manière massive.

Au cours d'autres rencontres, le patient énonce qu'il s'est pacé avec un homme, cérémonie d'engagement au cours de laquelle il convie sa demi-sœur (issue de la même mère que lui mais de père différent). Sa mère est présente sur demande de sa demi-sœur et acceptation du patient. Depuis plusieurs années le lien est rompu entre Monsieur D. et sa mère ; cependant, tout se passe bien précise-t-il mais sans en signifier davantage. Nous respectons son absence d'envie de vouloir ou pouvoir, plus certainement, en dire davantage, un mode défensif se décèle.

Il énonce par contre une relation amoureuse qui s'effrite rapidement, et se décrit comme étant l'objet de son compagnon. Pour juguler son angoisse de perte d'objet, le patient a tenté de trouver une suffisamment bonne prothèse narcissique dont il dépend ; cela renvoie à un mécanisme d'addiction qui conviendra un temps seulement. De plus en plus affecté psychologiquement, il appelle à l'aide sa sœur, son aînée, lui faisant part de ses idées suicidaires, celles-ci s'acheminant par la suite vers une tentative de suicide.

Quelques années plus tard, après avoir eu de multiples compagnons, une relation plus stable s'instaure avec un nouvel homme. À cette époque-là, il énonce travailler en qualité de commercial et se présente comme extrêmement performant. Pour en quelque sorte remplacer, suppléer le vide de son espace intérieur, il trouve un travail le sollicitant énormément et se dépeint comme indispensable, grandiose.

Une nouvelle fois la relation ne fonctionne pas peut-être, le patient consomme massivement des substances, consommation le conduisant à l'hôpital puis en service de psychiatrie où il reste peu, signifiant « *je savais ce qu'il fallait dire pour vite sortir* ».

Le lien se réinstaure par la suite avec sa mère, sans pouvoir en dire davantage sur la manière dont l'enfant et sa mère se retrouvent. À cette période-là elle tombe gravement malade, le lien reprend.

Exerçant de nouveau une profession, où il est une fois de plus extrêmement performant, il demande un aména-

gement d'horaire pour être à son chevet. Le refus de sa hiérarchie entraîne une démission du patient, il quitte son emploi mais un autre est rapidement trouvé dans un bar de nuit. Le patient décrit alors un travail où il se sent bien, avec « *un monde du paraître* » qui lui convient dit-il. Il ajoute « *la journée je suis un tel et le soir un autre, je m'amuse, je donne le change* ». Ce jeune homme se présente et se signifie comme une sorte d'adolescent qui n'aurait pas vraiment fini sa crise d'adolescence. Comme s'il était resté dans une problématique narcissique où la construction d'un soi n'est pas assez solide.

L'on peut entendre dans la parole du patient qu'il se constitue une personnalité, une sorte d'identité d'emprunt pour s'adapter à l'environnement. Son « faux-self », pour reprendre le concept de D. W. Winnicott [1] peut être entendu comme une fonction d'adaptation. La nuit, il se présente comme quelqu'un d'extraverti, festif, toujours de bonne humeur, jamais triste et énonce que les autres sont des « *pions* ». Du fait certainement de défaillances identificatoires, il présente une sorte d'identité d'emprunt. Il décrit des relations où il gère, décide, mais en signifiant par là même qu'il est entouré car ayant besoin massivement de l'autre, de s'appuyer sur lui, d'en être bien sûr aimé. Les autres, ceux qu'il appelle des « *pions* » peuvent être entendus comme ayant une fonction certainement anti-dépressive pour le patient, qui a besoin de l'autre, du groupe mais sans une trop grande intrusion. Un besoin de protection semble coexister avec l'angoisse du rapproché. André Green nous parle de craintes archaïques qui renvoient à une alternance entre angoisse de séparation et angoisse d'intrusion [2]. Monsieur D. contrôle, possède les autres, sans culpabilité réelle, le surmoi semble étouffé, carencé. Pour J. Bergeret [3] « *l'état limite n'est pas tellement coupable du mal qu'il peut faire (...) il est davantage terrorisé par la peur de ne plus être aimé* ».

Face à l'épouvantable, à l'horreur de la perte du père, à la relation qui s'en est suivie avec sa mère, tout lui échappe, il n'a pas d'action, de contrôle peut-on dire ; ainsi les autres, les « *pions* » lui permettent de gérer, de décider.

Le patient évoque également, mais pas initialement et spontanément, la dernière tentative de suicide l'ayant conduit dans notre service, une rupture amoureuse précédant de quelques mois son geste étant la cause dit-il.

L'on repère que les divers passages à l'acte du patient se font post-séparation d'avec l'autre, séparation qu'il met en place lui. C'est lui qui quitte toujours l'autre et non l'inverse.

Il trouve des points d'appui pour éviter d'être seul mais après s'en sépare, il lutte ainsi contre l'effondrement et dans ses divers passages à l'acte l'on peut entendre une façon d'échapper aux situations de séparation qui sont vécues comme mortifères.

Le diagnostic d'état limite

La question du diagnostic s'est rapidement posée à nous pour décider des thérapeutiques à mettre en place.

Les premiers confrères qui ont pu rencontrer le patient avaient évoqué une dépression sur la souffrance morale et le passage à l'acte suicidaire non impulsif notamment.

D'autres avaient évoqué la piste d'une bipolarité sur une symptomatologie dépressive, une apparente hypomanie dans le service certains jours, l'usage de toxiques. . .

Comme nous l'avons dit précédemment, nous n'étions pas convaincus de l'existence d'une symptomatologie dépressive.

L'on observait surtout que le patient donnait une image fautive de lui-même, renvoyant au « faux-self » décrit par Winnicott [4] ou aux personnalités « as if » décrites par H. Deutsch [5].

Il était toujours en action dans le service, participait à la quasi-totalité des activités d'ergothérapie, était sur tous les projets et dans tous les groupes de patients, dans une forme d'hypomanie permanente comme pour ne pas avoir à penser, et être confronté au vide, ce qu'a déjà décrit Bergeret à propos des états limites. En somme l'action contre la menace d'effondrement dépressif.

Il semblait trouver un équilibre dans la position qu'il occupait dans le service. En effet, rapidement il avait occupé une place de leader au sein du groupe ; les autres patients venaient lui demander conseil ; il leur remontait le moral, les faisait rire, répétant le fonctionnement qu'il avait à l'extérieur de l'hôpital depuis des années. Cela donnait l'impression qu'il avait besoin du groupe – non pas d'une personne en particulier, « *les gens n'étant que des pions* » pour reprendre ses mots – pour exister.

Plus précisément, il avait besoin de se reposer sur le groupe – sur le groupe de patients qui le sollicitaient – pour combler une faille narcissique ancienne, l'abandon par le père. Ce mode de relation anaclitique était pour nous très évocateur d'une astructuration limite [6].

Il en était de même concernant l'ambivalence à l'égard de l'autre.

Dans sa vie, tout était fait (inconsciemment) pour masquer l'angoisse – les toxiques consommés, l'hypomanie, le surinvestissement de l'idéal du moi, et peut-être les actes suicidaires (cf. infra) – face au vide, au risque d'effondrement dépressif par perte ou défaillance de l'objet, de l'autre [6].

Sur un plan strictement symptomatique médical, le diagnostic d'état limite pouvait également être retenu sur l'association de critères du DSM V [7] : « les efforts effrénés pour éviter les abandons », l'instabilité dans les relations interpersonnelles, l'impulsivité, les passages à l'acte suicidaire, l'instabilité affective et le sentiment chronique de vide.

Quelle place occupent les agirs autoagressifs dans cette économie psychique ?

Le passage à l'acte suicidaire

Comme nous l'avons déjà signifié, la vie du patient est marquée par l'abandon. La profonde blessure narcissique due à la perte du père au moment de l'adolescence a réactivé la faille narcissique primaire.

Nous sommes partis du point de départ que le passage à l'acte du patient peut être entendu comme un acte de parole. En effet, le patient signifie quelque chose de par son geste et il nous a semblé nécessaire d'y chercher, d'y déceler un sens. L'acte est pour nous empli de signification.

Nous repérons dans les dires du patient, que les divers passages à l'acte se sont toujours produits en regard d'une relation affective, amoureuse. Le patient énonce instaurer lui-même la rupture eu égard à différents conflits et nous constatons que le passage à l'acte s'ensuit. Souffrant massivement et pour mettre fin à ses tensions internes, il n'a d'autre choix que de s'auto-supprimer ; il met un terme à sa douleur.

Pour le patient, les conflits existants dans la relation entraînent la pensée spontanée qu'un abandon va se profiler, qu'il plane. Ainsi, pour échapper à cette menace intolérable psychologiquement, il se sépare de l'autre. Une réactualisation de l'angoisse d'abandon opère, il y a réveil de situations traumatiques. Toute la tension qui s'est accumulée et qui croît de plus en plus ne peut être évacuée, élaborée ; il a recours à l'alcool pour apaiser l'angoisse d'abandon. La pulsion destructrice, mortifère survient.

Cependant, nous considérons les passages à l'acte suicidaires du patient comme ayant également une fonction anti-dépressive [6]. Ce que nous souhaitons formuler est qu'en regard des profondes blessures vécues dans le passé, un effondrement dépressif s'est opéré. Il serait intolérable pour le patient de le revivre, il trouve inconsciemment une défense, sa défense, à savoir l'acte suicidaire. Ainsi l'on pourrait dire qu'il n'est plus dans une passivité. Il ne se conçoit plus comme un objet d'abandon mais comme un sujet agissant. Ainsi, et pour nous, l'agir ne serait pas une réponse psychique totalement négativée, mais comme le souligne Françoise Brelet « *une tentative élaborative toujours échouée d'un traumatisme* » [8].

L'on peut penser qu'en répétant ses actes suicidaires, dans une forme d'automatisme de répétition [9], le patient cherche à symboliser ce qui n'a pu l'être par le passé, l'abandon par le père et la mère. Il pourrait ainsi s'agir d'une mise en acte, d'un acte autoadressé pour pouvoir se penser (*agieren*) [10] mais qui resterait une tentative vaine sans l'aide d'une personne extérieure.

L'on peut considérer que cet acte de parole est une adresse à l'autre, un *acting out* qui pousse le sujet à reproduire sans cesse ; un appel à l'aide à décrypter [10, 11].

Nous partageons ainsi l'idée de F. Brelet [8] pour qui le passage à l'acte serait « *un message à entendre* », une adresse. Entendant dans la parole du patient que les séparations étaient vécues comme mortifères, difficiles à énoncer et entraînant l'acte suicidaire, toute la nécessité d'un accompagnement thérapeutique se décèle. Il permettrait au patient de mettre des mots, de trouver une possibilité d'élaboration et de se dégager du cycle de répétition suicidaire.

L'accompagnement par la parole aurait comme fonction de transformer ce qui semble être un passage à l'acte – un acte hors sujet – en un *acting out* voire en une mise en acte, à l'égard de laquelle nous nous constituerions en personnes aidantes.

De par les entretiens psychothérapeutiques en hospitalisation et en ambulatoire, le patient pourra se représenter mentalement ses passages à l'acte, s'en écarter et une indépendance pourra survenir. Ainsi, il paraît nécessaire qu'un tiers l'accompagne durablement eu égard à ses alertes ; tout comme l'enfant le fait par ses cris à sa mère.

La prise en charge psychothérapeutique

Au cours des diverses rencontres au sein desquelles le patient a pu témoigner de son intimité, une angoisse massive s'est énoncée dans la parole singulière du sujet. J.-D. Guelfi rapporte que « *l'angoisse est constante mais d'intensité variable, allant de la crise aiguë à un sentiment de malaise existentiel diffus* » [12].

Son discours signifiait un passé teinté d'une grande souffrance, mais comme le souligne J. Bergeret [13] « *en même temps l'espérance d'un avenir meilleur, idéalisé* ». Ainsi, l'on peut dire qu'un vide cherche à être comblé par l'illusion d'un avenir meilleur.

La perte du père lors de la douzième année du patient ainsi que la carence maternelle qui a suivi, ou qui existait certainement au préalable, ont entraîné un mode de relation à l'autre singulier bien sûr mais particulier. En ce qui concerne la carence maternelle, nous émettons l'hypothèse qu'elle est ancienne, antérieure à la perte du père. Nous envisageons qu'il y a eu retrait maternel face aux besoins de l'enfant. Le discours à l'égard de la mère laisse entendre que l'absence, le manque, le vide existaient précocement.

La relation de dépendance des états limites peut se définir comme une relation d'objet anaclitique. J. Bergeret [14] nous dit « *il s'agit d'être aimé de l'autre, le fort, le grand, en étant à la fois séparé de lui en objet distinct, et à la fois en s'appuyant contre lui* ».

L'histoire du patient montre qu'il se rapproche de l'autre, qu'il est dans une grande proximité et s'en sépare pour ne pas se blesser. Cet aménagement fait écho aux

porcs épics dont parlaient Freud [15], « *ces alternatives de rapprochement et d'éloignement durèrent jusqu'à ce qu'ils aient trouvé une distance convenable où ils se sentirent à l'abri des maux* ».

Ce mode de relation renvoie à l'angoisse d'abandon, mais également à un intense besoin de réparation.

Dans le dire du patient, l'autre est là pour étayer, consolider un narcissisme immature sous peine d'effondrement. Le narcissisme du patient n'étant pas suffisamment solide, une difficulté pour accéder à l'objectalité émerge, ce concept renvoyant à un amour objectal et non plus narcissique.

Ce type de relation s'est opéré dans les rencontres. La relation se noue rapidement étant ressentie comme rassurante, gratifiante peut-être.

Nous notons également que les investissements et contre-investissements sont labiles d'un moment à l'autre, passant de la recherche de proximité à de la fuite ; une résistance se décèle ainsi dans le mouvement transférentiel. Une ambivalence séduction-agressivité s'opère et se repère.

Malgré un sourire, des gratifications, un côté charmant peut-on même dire, se profilent une méfiance et un manque de confiance accordée aux bonnes intentions de l'autre. Cette attitude peut s'expliquer par la perte du père et le sentiment d'abandon de la mère.

Le sentiment que nous devons tout lui donner, l'aimer par-dessus tout, se ressentait au cours des échanges. En regard du transfert, cela pourrait renvoyer à l'image d'une mère idéale et à une image protectrice du père, père que le patient identifie comme présent, s'occupant de lui, soutenant, bienfaisant, en somme paré de multiples attributs.

Nous étions identifiés à un idéal du moi, mais qui en fin de compte était toujours décevant.

Le patient a pu également montrer un certain clivage, les objets distingués en tout bon et tout mauvais, ce qui a pour impact des relations à l'autre perpétuellement insatisfaisantes pour le sujet, cela se manifestant dans les rencontres. Comme le souligne J.-D. Guelfi nous étions « *tour à tour idéalisés ou dévalorisés, ceci évoquant une difficulté d'accès à l'ambivalence. La dévalorisation de l'autre était à la mesure de l'idéalisation antérieure* » [12].

De plus, l'alternance des projections « du moi tout bon » et « du moi tout mauvais » du patient se signifie dans la relation transférentielle. Face à ces attitudes projectives, nous avons pensé qu'il y avait nécessité à ce que le patient se voit peu à peu différent de nous.

En regard de ces différents points, nous notons cette intensité prématurée des sentiments de transferts dont parle O. Kernberg [16].

Pour ce qui touche à notre contre-transfert, nous avons tenté aux cours des quelques rencontres d'être à l'écoute de nos sentiments, réactions. J. Bergeret [3] nous met en garde, pourrait-on dire, d'un contre-transfert trop positif dont nous avons fait l'expérience par moments. Ce contre-transfert pouvant être rapidement établi quand il s'agit « *de jeunes gens en apparence très communicatifs, charmants* ».

Une alternance avec un contre-transfert négatif s'est repérée également et par moments, de par la labilité de l'investissement, le clivage, les projections et nous avons eu le souci d'évoquer cela en équipe afin de le contrôler pourrait-on dire.

Enfin, nous pensons que le patient a pu quelque peu s'ouvrir à la parole, à cette parole saisissante. Il a pu venir avec sa part de lui-même qui lui est inconnue.

Nous avons été au plus près du patient, au plus proche de lui pour apercevoir sa singularité, son être, et de par notre attitude le sujet a pu déplier son histoire, sa construction subjective.

Le patient a pu parfois déployer ses interprétations au travers de son expérience narrative qui est, gardons-le à l'esprit, une épreuve émotionnelle tout d'abord mais également un mouvement transférentiel.

Ce que nous avons tenté de montrer au patient, est qu'un accompagnement thérapeutique peut permettre de s'engager dans une existence où la relation à l'objet serait moins centrée sur la dépendance, qu'une distance peut être trouvée et qu'un tiers peut aider à donner du sens au passage à l'acte.

Conclusion

La rencontre avec ce patient nous a conduits à nous questionner sur le sens du passage à l'acte, acte se répétant à de multiples reprises dans l'existence du sujet. Une attention toute particulière à son histoire a été notre ligne de conduite, pourrait-on dire, cela pour tenter de percevoir le sens mais également pour trouver un aménagement stable.

Enfin, la prise en charge du patient a été indissociable du souci éthique de soutenir la vie psychique par l'écoute d'un sujet qui se découvre et se transforme dans l'acte de parole.

F. Brelet nous dit que « seule la force du mot » peut désengager le sujet « de l'impasse de la répétition [...] L'agir devient alors acte de parole » [8].

Ainsi, celui qui peut parler de soi, ne transforme-t-il pas déjà son passé ?

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec le texte.

Références

1. Winnicott DW. *Processus de maturation chez l'enfant : développement affectif et environnement*. Paris : Payot, 1987.
2. Green A. *La folie privée. Psychanalyse des cas limites*. Paris : Gallimard, 1990.
3. Bergeret J. *La Dépression et les états limites : points de vue théorique, clinique et thérapeutique*. Paris : Payot, 1992.
4. Winnicott DW, Kalmanovitch J, Sauguet H. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1989.
5. Deutsch H. Über einen Typus der Pseudo-Affektivität (« als ob »). *International Zeitschrift für der Psychoanalyse* 1934 ; 20 : 37-65.
6. Bergeret J. *La personnalité normale et pathologique : les structures mentales, le caractère, les symptômes*. Paris : Dunod, 1996.
7. American psychiatric association, Crocq M-A, Guelfi J-D, et al. *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2015.
8. Brelet-Foulard F. De Freud à Winnicott, plaidoyer pour l'agir. *Psychol Clin Proj* 2004 ; 10 : 7-29.
9. Freud S. *Au-delà du principe de plaisir*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1920.
10. Grihom MJ. Clinique de l'acte. In : Senon JL, Jonas C, Voyer M. *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2013.
11. Millaud F. *Le passage à l'acte*. Paris : Elsevier-Masson, 2009.
12. Guelfi JD, Cailhol L, Robin M, Lamas L. États limites et personnalité borderline. *EMC Psychiatrie* 2011 : 37-395-A-10.
13. Braconnier A. Entretien avec Jean Bergeret. *Carnet Psy* 2004 ; 93 : 33-41.
14. Bergeret J. *Psychologie pathologique : théorique et clinique*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2012.
15. Freud S. *Psychologie des foules et analyse du moi*. Paris : Payot, 2012.
16. Kernberg O. *Les troubles limites de la personnalité*. Paris : Dunod, 1997.