

Travail écrit FMH

2ème partie de l'examen de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie

Maternité réelle et maternité transférentielle

L'impact de la grossesse de la thérapeute dans le processus et la relation thérapeutique

Novembre 2022

Maria Dalmau i Ribas

Nyon (Vaud)

Table de matières

1.	Introduction	
1.1.	Situation initiale et hypothèses	2
1.2.	Contexte théorique	3
2.	Méthode et patiente	
2.1.	Éléments anamnestiques de l'épisode actuel	7
2.2.	Rencontre	7
2.3.	Status psychiatrique initial	8
2.4.	Diagnostic psychiatrique	9
2.5.	Évolution initiale à l'hôpital	9
2.6.	Indication à la psychothérapie et cadre psychothérapeutique	11
3.	Résultats : évolution de la thérapie	12
4.	Discussion	16
5.	Conclusions	20
6.	Bibliographie	21

1. Introduction

1.1. Situation initiale et hypothèses

J'ai rencontré Madame B le lendemain de son admission à l'hôpital psychiatrique. Madame B, une femme âgée de 70 ans, a été admise dans le service de psychogériatrie où j'avais commencé à travailler juste une dizaine de jours en arrière. Madame B a captivé mon attention dès le début : comment une femme âgée, sans antécédents psychiatriques autres qu'un épisode dépressif léger 25 ans en arrière, pouvait être si gravement malade ? Cette femme, que sa fille présentait comme n'ayant pas de troubles cognitifs, étant en bonne santé habituelle, cette mère et grand-mère dévouée, avait présenté en peu de jours une aggravation très marquée de son état psychique et physique.

Au cours des premiers jours de son hospitalisation, j'ai appris que le mari de Madame B avait des graves problèmes de santé, pour lesquels les médecins n'arrivaient pas à trouver la cause. Est-ce que c'était cela qui touchait si profondément à Madame B, qui semblait se laisser aller en même temps que son mari et qui suivait presque parallèlement la progression des symptômes de ce dernier ?

Madame B a été hospitalisée dans le service de psychogériatrie pendant presque 6 mois, soit presque la totalité de mon passage par ce service. Lors de son hospitalisation, elle a présenté une importante régression, passant par des moments de psychose, arrivant même à un état catatonique, et ne sortant de cet état qu'après l'emploi de la thérapie électroconvulsive, passant ensuite par une phase maniaque, pour retrouver finalement une stabilité psychique. A sa sortie, j'ai commencé à la suivre en ambulatoire et l'indication à une psychothérapie d'inspiration psychanalytique a été posée. Peu après le début de la psychothérapie, j'ai appris que j'étais enceinte, ce que je n'ai pas dit d'emblée à Madame B. Cependant, en lien avec la progression de la pandémie à covid-19, j'ai dû passer en télétravail à 100%, du jour au lendemain. Par conséquent, j'ai dû communiquer à Madame B le changement de cadre pour nos entretiens ainsi que ma grossesse.

Il me semblait que le cadre rassurant de l'hôpital psychiatrique avait pu contenir les angoisses primitives de Madame B, dans une espèce de *holding* maternel, et qu'après son hospitalisation j'avais peut-être pris ce rôle maternant de *holding*. J'ai fait donc l'hypothèse que l'annonce de ma grossesse, et donc l'annonce d'une séparation quelques mois plus tard, mais aussi l'annonce d'un changement soudain du cadre, aurait un impact majeur pour Madame B, qui semblait avoir besoin d'une continuité de ce *holding* maternel pour protéger l'intégrité de son Moi. C'est justement ce sujet que je souhaite explorer dans ce travail.

1.2. Contexte théorique

Freud et la relation d'objet

Sigmund Freud souligne très tôt dans son œuvre l'importance des relations d'objet précoces. Il mentionne notamment l'importance pour tout être humain de retrouver dans son entourage une figure sur laquelle décharger la tension pulsionnelle, figure qui est généralement incarnée par la mère⁴. Ceci est à l'origine de l'expérience de satisfaction. C'est uniquement en l'absence de l'objet de satisfaction que le sujet peut le reconnaître comme séparé du Moi et qu'il peut expérimenter le désir⁷. Face au manque de l'objet de satisfaction, le sujet éprouve du déplaisir et lutte contre son absence en se le représentant, éprouvant une satisfaction hallucinatoire. C'est ainsi qu'il est ensuite capable de réinvestir l'objet comme représentation symbolique⁶.

Dans son ouvrage *Deuil et Mélancolie*, Sigmund Freud décrit le travail du deuil comme un processus non pathologique survenant la perte d'un objet d'amour identifiable, lors duquel le sujet doit retirer la libido des liens à l'objet pour pouvoir l'investir dans un nouvel objet d'amour. Ce processus est douloureux et le sujet peut l'accomplir à travers une psychose hallucinatoire qui dépense beaucoup d'énergie d'investissement et qui absorbe le Moi, qui perd donc l'intérêt pour le monde externe. A différence du deuil, dans la mélancolie l'objet perdu échappe à la conscience du sujet, qui lutte contre ce sentiment de perte en s'identifiant en partie à lui. La libido qui était rattachée à l'objet ne se déplace pas sur un nouvel objet mais est retirée dans le Moi. Il se produit ensuite un clivage du Moi, avec une partie qui s'identifie à l'objet perdu et une autre partie qui l'attaque, ce qui peut expliquer l'apparition de ces critiques sévères du sujet contre lui-même⁵.

Freud soulève aussi la tendance de la mélancolie à se renverser dans la manie. Selon lui, les deux affections luttent contre le même complexe, auquel le Moi s'était vu absorbé dans la mélancolie mais qui est surmonté dans la manie. La manie serait donc vue comme un triomphe du Moi, qui a surmonté la perte d'objet et qui décharge toute l'énergie qui était jusque-là dépensée pour le travail de mélancolie et qui devient disponible⁵.

Melanie Klein et les positions schizo-paranoïde et dépressive

Melanie Klein fait apparaître dans son œuvre la notion de *position*, qui diffère de celle de *phase* ou de *stade* au sens freudien. Ce nouveau terme fait référence à une organisation psychique qui se déploie en réponse à un type d'angoisse spécifique et qui n'est pas uniquement spécifique d'un stade de développement du nourrisson mais qui implique la totalité de la vie psychique¹.

Selon elle, la pulsion de mort est déjà manifeste dans les premiers mois de vie, et le nourrisson présente depuis la naissance une ambivalence pulsionnelle¹⁷. Pour faire face à ces angoisses, le nourrisson a recours à différents mécanismes de défense. Dans la position schizo-paranoïde, l'angoisse prédominante est celle produite par la projection de la pulsion de mort à l'extérieur, qui se traduit par la crainte que l'objet persécuteur puisse détruire le Moi et l'objet idéalisé. Le Moi utilise face à cette angoisse des mécanismes de défense schizoïdes, notamment le clivage de l'objet, le

couplant en fragments, les uns bons et idéalisés et les autres mauvais et persécuteurs. Ceci implique une modalité relationnelle à des objets partiels¹⁶.

La capacité de surmonter la position schizo-paranoïde ouvre l'accès à la position dépressive. Cette position se caractérise par le fait que le nourrisson commence à reconnaître sa mère, pas comme un *bon sein* (objet idéalisé) ou un *mauvais sein* (objet persécuteur), comme c'était le cas dans le schéma d'objet partiel, mais comme une personne comprenant toutes ces facettes, comme un objet total¹⁶. Si dans la position schizo-paranoïde il y avait une forte identification à l'objet idéal, et les pulsions destructrices du sujet étaient projetées à l'extérieur, dans la position dépressive le clivage du Moi diminue, et le sujet est capable d'accepter les pulsions hostiles comme propres. Ceci ouvre l'accès à l'ambivalence, c'est-à-dire, à la reconnaissance en soi de l'amour et de la haine pour l'objet total¹⁷. Dans la position dépressive, la projection diminue et devient plus importante l'introjection, le sujet étant plus tourné vers la réalité externe. Le nourrisson reconnaît sa dépendance à la mère (à l'objet total), et l'angoisse prédominante est l'angoisse dépressive, la crainte de tuer fantasmatiquement l'objet à travers ses pulsions destructives, et donc de le perdre. Les défenses qui se déploient devant l'angoisse de perdre l'objet aimé sont d'un côté la réparation et de l'autre côté la défense maniaque. La réparation consiste à rétablir l'objet interne de la mère, précédemment endommagé fantasmatiquement par la pulsion destructrice du nourrisson. La réparation va être possible à partir de la réalité externe, qui montrera au nourrisson que la mère a survécu à sa haine, et qui va diminuer sa perception de toute-puissance¹⁶. La défense maniaque se caractérise par le déni de l'existence de la réalité psychique ainsi que par la conviction de ne plus dépendre des relations d'objet. Cette défense est le résultat d'un conflit entre l'impossibilité de lâcher l'objet d'amour et le besoin d'échapper de l'angoisse causée par son endommagement⁹.

Winnicott et la relation mère-nourrisson

Donald W. Winnicott s'est intéressé tout au long de sa carrière psychanalytique à la relation mère-enfant. Il décrit dans son texte *La préoccupation maternelle primaire* un état psychologique que la femme enceinte développe durant sa grossesse et qui perdure durant quelques semaines après l'accouchement. Selon Winnicott, cet état serait pathologique dans un contexte différent à celui de la grossesse, car il implique un repli total de la libido sur soi-même, mais dans cette situation particulière il est non seulement normal mais nécessaire. La préoccupation maternelle primaire sensibilise la future mère en lui permettant de se mettre à la place de son bébé et de répondre à ses besoins par le moyen de l'identification, et le soutien du Moi de la mère facilite l'organisation du Moi du nourrisson²⁰. D'ailleurs, Winnicott affirme que "*Un bébé, ça n'existe pas*", faisant allusion à la symbiose initiale qui existe au sein du couple nourrice-nourrisson, et à la nécessité que quelqu'un s'occupe de l'enfant dans cette première phase de sa vie¹⁹. Il introduit les concepts de *holding* (maintien) et *handling* (maniement) comme fonctions essentielles de cette *good enough mother* (mère suffisamment bonne). On pourrait traduire le *holding* comme l'ensemble de

soins à la fois physiques (porter dans les bras, bercer) et psychiques (penser aux émotions de l'enfant), donnés à l'enfant par la mère et qui l'aident à contenir ses angoisses. Le *handling* correspond aux échanges qui se donnent entre la mère et son enfant lors des soins prodigués à l'enfant (le laver, le changer ou l'habiller), et qui vont permettre au nourrisson de prendre conscience de la délimitation de son corps²².

Néanmoins, Winnicott souligne également l'importance de l'apparition graduelle de défaillances de l'environnement, ainsi que des frustrations de la part de l'enfant, dans l'étape qui suit, car ceci permettra à l'enfant de comprendre qu'il est un être différent à sa mère et à gagner graduellement en autonomie. Pour cette raison, Winnicott utilise l'expression *good enough mother* (mère suffisamment bonne) en soulignant l'importance de l'adverbe privatif *enough*, car si la mère est "trop bonne" elle risque d'être comblante et de ne pas laisser de la place à la frustration, ne permettant pas à l'enfant d'atteindre un stade d'autonomie progressive²⁰.

Pour Winnicott, la capacité d'être seul se développe dans ces premiers mois de vie. L'enfant se retrouve d'abord seul en présence de la mère, une mère qui soutient le Moi faible de son enfant à travers son Moi fiable. La continuité et la fiabilité de la mère font que l'environnement qui sert de support au Moi du nourrisson soit introjecté, et sert à la construction de la personnalité de l'individu, lui donnant la capacité d'être vraiment seul. Cependant, on pourrait dire que l'individu n'est jamais *vraiment* seul puisqu'il porte sa mère en soi²¹.

On doit également à Winnicott le concept d'*objet transitionnel* et de *phénomènes transitionnels*. Il définit l'objet transitionnel comme *the first not-me possession* (la première possession non-moi), que l'on trouve très souvent chez les petits enfants, qui s'attachent particulièrement à un jouet, normalement une peluche, mou, doux et malléable, que l'on peut appeler familièrement *doudou*. L'enfant ne perçoit pas cet objet transitionnel comme faisant partie de son Moi, mais en même temps, il n'est pas non plus perçu comme uniquement externe. Il représente, en effet, une transition entre le monde interne de l'enfant et sa réalité externe. Il symbolise l'environnement sécurisant et familier de l'enfant (et notamment la mère), ce qui lui permet de le porter symboliquement en soi même quand il quitte sa maison. L'objet transitionnel survit à l'amour passionné et à la haine féroce de l'enfant, et est progressivement désinvesti, sans pour autant que l'enfant l'oublie ou qu'il doive en faire le deuil, du fait que d'autres espaces transitionnels ont pu être investis, à travers, par exemple, la culture, l'art ou la religion¹⁸.

Bion et la personnalité psychotique

L'œuvre de Wilfred R. Bion a été primordiale en psychiatrie et en psychanalyse pour mieux comprendre la personnalité psychotique et comment l'approcher. Bion part de l'idée que dans chaque individu il y a une coexistence de deux personnalités, la personnalité psychotique et la personnalité névrotique. C'est l'intensité de chacune qui fait que l'une prédomine à un moment donné, en taisant l'autre, qui reste quand-même présente chez l'individu³. La personnalité

psychotique a la particularité d'utiliser l'identification projective de manière massive, envahissant le thérapeute, qui parfois ne peut pas utiliser son appareil psychique pour penser avec clarté. Le sujet utilise ce moyen de manière inconsciente pour faire vivre au thérapeute les émotions douloureuses et angoissantes qu'il ne peut pas tolérer¹⁰. Ces émotions crues et brutes reçoivent le nom d'*éléments bêta* et la fonction du thérapeute consiste en transformer à travers la parole ces éléments bêta en *éléments alpha*, plus digérés et assimilables par le sujet. Cette fonction de transformation (ou alphabétisation) reçoit dans l'œuvre de Bion le nom de *fonction alpha*. On retrouve la fonction alpha également chez la mère d'un nourrisson : les pleurs du nourrisson peuvent être interprétés comme des éléments bruts (éléments bêta) et la mère, à travers son appareil psychique et notamment sa capacité de rêverie, essaie de mettre du sens au vécu émotionnel du nourrisson et transforme ces éléments en quelque chose que le nourrisson peut intégrer (éléments alpha)¹⁰.

Concernant le transfert chez la personnalité psychotique, Freud pensait qu'il n'existait pas, ou qu'il se présentait uniquement derrière un mur narcissique, replié sur le retrait autistique¹⁴. Contrairement à cette vision, Bion affirmait que le transfert chez la personnalité psychotique existe et qu'il est prématuré, précipité et marqué par une dépendance intense³.

Grossesse et psychanalyse

Raphaëlle Péretié est une psychanalyste française qui a écrit sur le sujet de la grossesse chez l'analyste depuis son expérience personnelle. Péretié décrit la grossesse chez l'analyste comme "*un événement de vie fertile dans la relation analytique*", du fait qu'elle provoque des mouvements transférentiels très intenses et riches qui n'apparaîtraient pas autrement. Le patient peut s'identifier soit au futur enfant, soit à l'analyste dans son (futur) rôle de mère, ou encore identifier le futur enfant comme petit frère symbolique. Ce jeu d'identifications peut mobiliser une réactivation de vécus archaïques, des conflits œdipiens ou même encore des désirs foeticides. En même temps, l'annonce de la grossesse chez l'analyste représente une attaque au cadre, du fait qu'elle introduit un élément de la vie privée de l'analyste et qu'elle représente l'annonce d'une future absence¹¹. La transformation du corps de l'analyste peut s'accompagner de la part du patient de fantasmes autour de la sexualité ou encore de la mort de l'analyste, et peut faire apparaître dans la relation transféro-contre-transférentielle des mouvements d'agressivité ainsi que des mouvements défensifs contre ces derniers¹².

Péretié parle aussi des enjeux de la grossesse chez l'analyste elle-même. Elle s'intéresse notamment à la culpabilité qui émerge du côté de l'analyste au moment de l'annonce de la grossesse, du fait que l'analyste n'est plus dans la position de garant de la fiabilité du cadre, mais plutôt au contraire, apparaît comme objet défaillant, face à des patients qui ont normalement eu affaire avec plein d'objets défaillants dans leur histoire de vie. Elle évoque aussi le fait que l'identité professionnelle de l'analyste se mêle à sa nouvelle identité maternelle, ce qui fait que les patients

soient investis différemment, comme de façon à protéger l'aîné d'une fratrie lors de l'arrivée d'un deuxième enfant₁₁.

2. Méthode et patiente

2.1. Éléments anamnestiques de l'épisode actuel

Madame B n'étant pas en mesure de nous fournir une anamnèse au début de son hospitalisation, nous avons recueilli des éléments d'hétéroanamnestiques auprès de sa fille. Madame B est une femme de 70 ans d'origine suisse, née dans une grande ville, où elle grandit jusqu'à son adolescence, quand la famille déménage dans un petit village sur un autre canton. Elle est fille unique d'une famille aisée d'éducation protestante. Madame B vit avec son mari, un homme également protestant et d'origine Suisse, et ils ont une fille, actuellement dans la quarantaine, qui est mariée et a des enfants. La famille est décrite par la fille de Madame B comme étant très fusionnelle. La fille habite très près de ses parents, et ils se voient presque au quotidien. La fille de Madame B expose une vie de couple et de famille paisible, sans conflits.

Soudainement, le mari de Madame B commence à perdre du poids, jusqu'à 20 kg en l'espace de 3 mois. Il présente également des troubles de la marche et des difficultés respiratoires. Madame B fait part à sa fille qu'elle est inquiète pour la santé de son mari, mais quelques jours plus tard cette inquiétude se dissipe, et c'est elle-même qui commence à perdre du poids. Elle perd, en ce même laps de temps, 10 kg, et commence également à présenter des troubles de la marche. Le médecin traitant de Madame B fait des examens médicaux multiples (analyses sanguines, full-body CT, IRM cérébrale) qui reviennent tous dans les normes. Suspectant une origine psychogène à la détérioration de Madame, elle nous l'adresse pour une évaluation psychiatrique. Madame B hésite au début, elle n'a jamais eu de contact avec la psychiatrie, mais finit par accepter sous l'insistance de sa fille.

Madame B demande un suivi de crise à l'hôpital psychiatrique, et les collègues qui l'accueillent se rendent compte rapidement de la sévérité de la situation, Madame ayant perdu du poids et n'ayant plus d'appétit, présentant des troubles graves du sommeil, et ne semblant pas être consciente de la gravité de l'état physique de son mari. Ils proposent une hospitalisation d'emblée, que Madame B ne souhaite pas dans un premier temps. Lors de la deuxième consultation, qui tombe le jour de la fête des mères, elle accepte l'hospitalisation, mais uniquement "parce que c'est le jour des mamans".

2.2. Rencontre

Mon premier contact avec Madame B se fait le lendemain de son hospitalisation. Je travaille dans l'unité de psychogériatrie où elle est hospitalisée et sa prise en charge médicale m'est assignée. Je lis les notes des collègues qui l'ont vu pour le suivi de crise et qui ont décidé de son hospitalisation, et je me rends rapidement compte que son état psychique s'est détérioré depuis

cette dernière évaluation. Madame B semble perdue, ne sachant pas pourquoi elle est hospitalisée. Son discours est extrêmement pauvre et ses propos sont décousus. A travers le peu de phrases qu'elle exprime, il me semble qu'elle se sent persécutée. Elle dit ne pas se sentir en sécurité, mais elle l'évoque entre rires anxieux. Je contacte rapidement la fille, qui me donne les éléments anamnestiques cités auparavant, et qui me décrit une femme habituellement en bonne santé physique, sans antécédents psychiatriques au-delà d'un épisode dépressif léger qui s'est résolu sans traitement antidépresseur ni suivi psychiatrique 25 ans en arrière, et qui n'a pas de troubles cognitifs. Je discute de cette situation avec ma hiérarchie, et nous prenons la décision de passer le status d'hospitalisation de Madame B de "mode volontaire" à "PLAFA médical", du fait que nous estimons qu'elle n'a pas sa capacité de discernement quant à la poursuite de l'hospitalisation en mode volontaire. Nous en informons la fille, qui semble bien comprendre notre point de vue.

Au-delà de la clinique assez impressionnante chez cette femme, je me trouve captivée par Madame B depuis la première rencontre. Je découvre que je veux en savoir plus de son histoire, comprendre ce qui lui arrive et, surtout, je ressens que j'ai envie de l'aider et de la protéger, et qu'elle se sente en sécurité lors de son hospitalisation.

2.3. Status psychiatrique initial

Lors de la première rencontre, je me trouve face à une femme qui fait son âge biologique, qui est corpulente, mais pas en surpoids. Elle présente une tenue vestimentaire sans particularités, mais on remarque que les habits sont trop larges par rapport à sa corpulence actuelle. Elle présente une hygiène dans les normes. Elle est vigilante et garde le focus d'attention. Le contact visuel est intermittent et fuyant. Madame B est orientée dans le temps et l'espace, mais désorientée quant à la situation, sans comprendre tout-à-fait le pourquoi elle est hospitalisée. La cognition est difficile à évaluer. Le ton de la voix et le débit de la parole sont dans les normes. Le discours est pauvre, et il est pour la plupart provoqué. Le contenu du discours n'est pas très clair, et elle présente des propos incohérents. Le discours est marqué par une méfiance, Madame B expliquant qu'elle ne se sent pas en sécurité et qu'elle ne sait pas si elle peut nous faire confiance. La thymie est neutre, et les affects sont abrasés. Elle nie avoir des idées suicidaires ou des idées de mort passive. L'anxiété n'est ni éprouvée ni observée. Madame B ne présente pas de troubles de la perception, notamment pas d'hallucinations auditives ou d'autres types. On n'observe pas d'attitudes d'écoute. Le sommeil est perturbé, avec un sommeil total d'entre 3 et 5 heures par nuit. L'appétit est également perturbé, avec une diminution très marquée de l'appétit et une perte de 10 kg en 2 mois environ. Elle présente une nosognosie partielle, se rendant compte qu'elle ne va pas bien comme d'habitude mais sous-estimant la gravité de sa symptomatologie.

2.4. Diagnostic psychiatrique

Lorsque Madame B a été évaluée par les collègues de l'unité d'Urgence et Crise, un diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (ICD-10 / F43.22) a été retenu.

Cependant, en vue de la sévérité de la symptomatologie et de sa durée, nous avons retenu à son admission dans l'unité de psychogériatrie le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (ICD-10 / F32.3). Ce diagnostic a été modifié vers la fin de l'hospitalisation, mais ce point est abordé dans la discussion.

La présentation clinique d'un épisode dépressif chez la personne âgée peut varier considérablement par rapport à un épisode dépressif chez l'adulte, notamment pour ce qui concerne l'humeur dépressive, qui peut être soit absente, soit cachée par d'autres symptômes, notamment des symptômes physiques (comme la perte du poids et les difficultés du sommeil). La présentation de symptômes psychotiques est également plus présente dans cette population que dans la population adulte¹⁵.

A noter que Madame B avait débuté un traitement par sertraline introduit par sa médecin traitant 6 semaines auparavant, sans réponse thérapeutique. Au vu du diagnostic retenu et compte tenu des troubles du sommeil importants, nous avons arrêté la sertraline et mis en place initialement un traitement antidépresseur par trazodone 100 mg, dosage qui a été augmenté par la suite.

2.5. Evolution initiale à l'hôpital

Comme bilan initial, compte tenu de l'âge de Madame B et de la présentation clinique plutôt aiguë, nous demandons un bilan neurologique extensif, incluant une révision des images d'IRM par un neurologue et un radiologue, un examen neurologique complet, un EEG, une ponction lombaire avec d'analyses multiples, ainsi qu'un PET scan. Tous les examens reviennent dans les normes, et donc l'étiologie neurologique (y compris une démence) est écartée. Néanmoins, les premiers jours de Madame B à l'hôpital sont marqués par une aggravation progressive de sa symptomatologie, avec notamment l'apparition d'une symptomatologie psychotique franche. Madame B se sent persécutée par plusieurs membres de l'équipe, tout en disant que telle ou telle infirmière "veut la tuer", ou qu'elle "veut l'envoyer dans un EMS et ne rien dire à sa famille". Plus tard, elle se plaint du fait que "les médecins de son mari savent qu'il est gravement malade mais ils ne veulent pas lui dire de quoi il souffre", et encore, "qu'elle-même aurait une maladie incurable et qu'on ne veut pas le lui dire". Durant cette période, nous instaurons un traitement antipsychotique par aripiprazole 5 mg, que nous augmentons jusqu'à 10 mg, sans pour autant observer d'effets cliniques. La situation de Madame B continue d'évoluer négativement, et quelques jours plus tard elle affirme "être déjà morte", ou sentir que "la moitié de son cerveau est morte et l'autre moitié est en train de mourir".

Etonnamment, Madame B présente cette évolution clinique de manière parallèle à celle de son mari qui, dans ce même laps de temps, est diagnostiqué d'une maladie neurodégénérative avec un pronostic très mauvais à court terme. Il est hospitalisé, et Madame B est informée de son état par sa fille. Nous accompagnons Madame B durant ces moments difficiles, mais celle-ci semble indifférente à ce qui arrive à son mari, en disant que "de toute façon, elle va mourir avant lui".

Plus tard, une nouvelle symptomatologie psychotique s'ajoute au tableau clinique de Madame B. Elle dit sentir toute la journée "qu'elle pue la crevette" et change ses habits plusieurs fois par jour. Parfois, elle prend même ses habits propres de l'armoire, les sent, et les jette par terre en disant également "qu'ils puent la crevette". Nous apprenons à travers la fille de Madame B que la mère de cette dernière avait présenté exactement ces mêmes symptômes à l'âge de 70 ans dans un contexte de démence de début brutal.

L'état psychique et physique de Madame B s'aggravant, nous discutons avec la fille des différentes options thérapeutiques, et finalement nous décidons d'un dernier essai avec un nouvel antidépresseur, l'amitriptyline. Quelques jours plus tard, nous apprenons que les médecins du mari de Madame B estiment qu'il est en fin de vie, et qu'il est probable qu'il décède dans les jours à venir. Suite à une discussion avec la fille, nous accordons une sortie de quelques heures à Madame B, accompagnée de sa fille, pour pouvoir dire adieu à son mari, car nous estimons que cela pourrait être bénéfique pour faciliter le deuil de Madame B par la suite. Malgré le fait que Madame B semblait plutôt dans le déni de la situation de son mari, sa fille nous rapporte qu'elle présente un moment de lucidité face à cette épreuve de réalité : elle prend la main de son mari et laisse échapper quelques larmes. Les jours qui suivent, loin de présenter une amélioration, Madame B rentre dans un état catatonique. Suite à l'échec pharmacologique du lorazépam à des doses élevées, nous décidons d'initier une thérapie électroconvulsive.

Il faut noter que, durant tout ce temps-là, je vois Madame B en entretien de manière quasi journalière, des entretiens qui durent à peine quelques minutes. L'équipe infirmière me fait part à plusieurs reprises de l'inutilité de cette démarche, tout en disant qu'ils peuvent me transmettre ce qui a changé chez Madame B, qu'il n'y a peut-être pas besoin que je la vois si souvent, puisque de toute façon elle ne s'exprime que très peu et avec des propos "clairement délirants". Malgré le fait que je sois d'accord avec eux sur ce dernier point, je continue de la voir.

Suite à la quatrième séance de thérapie électroconvulsive, nous observons un changement drastique chez Madame B. Elle arrive à la salle d'entretien où on fait la "grande visite" en marchant seule, sans besoin d'un accompagnement, et tenant le regard des gens. Face à une multitude de médecins, infirmières et autres soignants, elle dit "vous vous êtes tellement bien occupés de moi !" et fond en larmes. Durant les jours qui suivent, Madame B nous dit qu'elle garde très peu de souvenirs de son arrivée à l'hôpital et des premiers jours d'hospitalisation. Le seul détail dont elle se souvient est le fait qu'elle a été hospitalisée "le jour des mamans". Elle présente une thymie triste, et des affects labiles. Elle pleure souvent en entretien, surtout en évoquant "tout ce qu'on a fait pour elle". Elle se soucie de savoir qui je suis, et découvre par mon accent que je suis d'origine espagnole. Son visage s'illumine, et elle me dit avec un grand sourire que "l'Espagne est son pays de coeur", et qu'elle passe toutes ses vacances dans un appartement qu'ils ont acheté là-bas.

Peu de temps après cet épisode, je pars en vacances pendant une dizaine de jours. A mon retour, je retrouve Madame B en phase maniaque. Elle ne dort que 3 heures par nuit, se sent pleine

d'énergie, et présente une logorrhée importante. En plus, elle présente un contact très familier avec l'équipe infirmière, ayant décidé, par exemple, d'inviter tous les soignants et tous les patients dans son jardin à sa sortie, pour fêter son retour à domicile. Nous arrêtons le traitement antidépresseur par amitriptyline et laissons uniquement l'aripiprazole et la thérapie électroconvulsive, et Madame B présente une lente amélioration au cours des semaines suivantes, jusqu'à retrouver une euthymie. Nous considérons donc la possibilité d'organiser prochainement un retour à domicile.

De manière à nouveau presque parallèle, le mari de Madame B, qui semblait en fin de vie, présente une amélioration clinique, et l'équipe médicale qui le suit décide de poursuivre ses soins de fin de vie à la maison, n'ayant plus besoin d'une hospitalisation. Le couple se retrouve donc à rentrer à la maison de manière presque simultanée. Nous évoquons alors la nécessité que Madame B prenne contact avec un psychiatre pour un suivi en ambulatoire, et elle demande que ce soit moi son psychiatre. Je me sens flattée, Madame B m'intéresse beaucoup et, en fait, j'avais déjà envisagé de la suivre. Je valide donc cette décision avec ma hiérarchie et j'accepte son suivi. Nous mettons en place un accompagnement par une infirmière en santé mentale à une fréquence d'une fois par semaine, nous nous coordonnons avec les spécialistes de la thérapie électroconvulsive pour que Madame B puisse continuer à y aller depuis la maison puis elle rentre à domicile.

2.6. Indication à la psychothérapie et cadre psychothérapeutique

Nous décidons d'une fréquence des entretiens d'une fois par semaine, et durant les premiers entretiens Madame B fait des liens entre l'épisode qu'elle vient de traverser et des éléments de son passé, ce qui suscite davantage ma curiosité pour elle. En vue de cette capacité d'élaboration et de l'investissement de Madame B, je présente la situation à mon superviseur externe, qui valide l'indication à la psychothérapie, avec comme objectif de pouvoir réaliser un travail autour de ses émotions, et de mettre des mots sur son vécu émotionnel.

Je propose ensuite à Madame B une psychothérapie d'inspiration analytique. Je lui explique en quoi cela consiste, en faisant référence notamment à la règle fondamentale, tout en lui disant d'exprimer librement tout ce qui lui croise l'esprit, favorisant les associations libres. Nous décidons d'une fréquence hebdomadaire et nous convenons que les vacances de chacune seront transmises à l'avance, et qu'en cas d'absence de sa part, les règles de l'institution concernant la facturation s'appliqueront. Concernant les éventuels contacts avec son réseau de soins (infirmière, spécialistes de la thérapie électroconvulsive) nous convenons que je vais transmettre les informations cliniques nécessaires le cas échéant mais pas de détails concernant la psychothérapie. En cas de contacts de la part de ses proches, nous convenons que cela va être discuté dans la séance suivante, et que je ne vais pas transmettre des informations sans son accord.

3. Résultats : Évolution de la psychothérapie

Les premières séances de psychothérapie avec Madame B se déroulent toutes d'une manière similaire : Madame B commence la séance en me parlant de la chance qu'elle a de m'avoir comme thérapeute et d'avoir une famille qui l'aime autant. Ensuite, elle évoque ses propres parents, en exprimant qu'elle était chanceuse d'avoir les parents qu'elle avait eus, et elle partage avec moi des éléments de son histoire de vie. Au fil de ces premières séances, j'apprends que Madame B est née dans une grande ville, où elle passe toute son enfance et adolescence. Elle est élevée par ses parents dans des valeurs protestantes. Madame B décrit une mère très aimante et protectrice, qui se soucie beaucoup d'elle, et qui vit mal les moments de séparation, notamment lorsque Madame B commence à aller à la crèche. En évoquant cela, Madame B est visiblement touchée, avec des larmes aux yeux, qu'elle décrit comme des "larmes de joie" du fait d'avoir eu une mère si dévouée. Elle décrit son père comme étant absent malgré sa présence, du fait qu'il souffre de problèmes d'alcool depuis qu'elle est très jeune et qu'elle a l'impression de ne pas pouvoir vraiment compter sur lui. Madame B et sa mère sont souvent préoccupées par le père lorsque celui-ci s'alcoolise massivement jusqu'à perdre connaissance. Madame B nie toute forme de violence de la part de son père, qu'elle aime profondément.

J'apprends également que Madame B n'a pas eu des frères ou des sœurs, même si elle dit qu'elle aurait bien aimé avoir quelqu'un de son âge avec qui partager son enfance. Elle passe beaucoup de temps avec ses cousines maternelles, avec qui elle établit un lien presque fraternel. Elle passe la plupart des vacances scolaires avec ses grand-parents et ses cousines, dans un petit village qui se trouve dans un autre canton, où elle commence à se faire ses premiers amis. Quand elle est chez ses parents, elle passe la plupart de son temps avec sa mère, avec qui elle a un lien très fusionnel, au point de devenir sa confidente. Madame B décrit avec beaucoup de détails un souvenir de son enfance : quand elle avait environ 10 ans, elle a pris la voiture avec sa mère et un ami de celle-ci. Sa mère a pris la main de l'homme qui était avec elles dans la voiture en pensant que Madame B dormait, et un peu plus tard, Madame B l'a confronté à ce qu'elle avait vu. Sa mère lui a alors avoué qu'elle était en couple avec cet homme depuis des nombreuses années, mais "qu'il ne fallait pas dire ça à papa, parce que ça le détruirait", et que de toute façon "c'était tout-à-fait possible d'aimer deux hommes en même temps". Madame B a donc toujours gardé ce secret, et sa mère a maintenu sa relation adultère avec lui jusqu'à ce qu'il décède. Selon Madame B, son père n'a jamais rien soupçonné.

J'ai l'impression durant ces premières séances que Madame B évite de parler de son mari et du pronostic qui pèse sur lui, et les seules fois qu'elle me parle de lui c'est pour me dire "qu'il va très bien", ce que j'interprète comme une forme de déni. Ce n'est que plus tard, quand le mari de Madame B fête ses 75 ans, que Madame B commence à me parler de ses "émotions". Madame B décrit comme des "émotions" des épisodes lors desquels elle n'arrive pas à contenir ses larmes. Elle présente sa première grande "émotion" lorsque, pour les 75 ans de son mari, au moment de souffler les bougies, les petits enfants libèrent au ciel deux ballons avec un 7 et un 5. Madame B

trouve que c'est comme si, symboliquement, lui-même était envoyé au ciel par la famille avec ce geste, et elle se rend compte que cela pourrait être le dernier anniversaire de son mari. Lorsqu'elle me partage ces "émotions", elle commence à me parler de leur histoire de couple.

Madame B rencontre celui qui sera son mari quand elle est très jeune, lorsqu'elle rend visite à ses grand-parents maternels. Ils sont d'abord de bons amis, et petit à petit cette amitié devient amour, et ils commencent leur relation amoureuse quand Madame B a environ 16 ans. Quand ils décident de se marier, Madame B quitte sa ville et s'installe dans le petit village où son mari a grandi, et où vivent également ses grand-parents. Madame B décrit une vie de couple heureuse, malgré les infidélités ponctuelles de son mari. Madame B se sent rassurée du fait qu'il lui en parle, en lui promettant ne pas avoir de sentiments pour ces femmes. Peu de temps après la naissance de sa fille, un ami du village commence à montrer son intérêt pour Madame B. Elle se sent flattée, mais ne souhaite pas avoir une relation extra-matrimoniale. Néanmoins, suite à une nouvelle infidélité de son mari, elle s'accorde le droit d'avoir elle aussi une relation amoureuse parallèle. Ils sont découverts par l'épouse de son amant, qui en parle au mari de Madame B. Le mari de Madame B se dit très heurté du fait qu'elle lui ait caché cette relation. Madame B et son amant promettent ne plus jamais se voir et rompent la relation, mais cela ne dure que quelques mois, car ils reprennent leur relation en étant plus prudents cette fois-ci. Comme sa propre mère l'avait fait, Madame B fait de sa fille une confidente et une complice, et répète également que "c'est tout-à-fait possible d'aimer deux hommes en même temps".

Madame B me parle ensuite du moment où elle a appris que son mari avait une relation avec une femme dont il était chef, et me fait part de la peur qu'elle a éprouvée à l'idée qu'il la quitte pour se mettre en couple avec elle. En effet, son mari, qui lui avait toujours tout avoué concernant ses infidélités, ne lui avait rien dit de cette femme. Elle confronte son mari et sa maîtresse, et même si cette dernière avoue tout, le mari de Madame B nie l'infidélité. À savoir que cette "affaire" a des conséquences pour le mari de Madame B, qui se fait licencier de son entreprise, et tout leur entourage apprend ce qui s'est passé. À ce moment-là, Madame B souffre de son premier épisode dépressif, pour lequel elle est adressée à une clinique de rétablissement durant quelques semaines. Suite à son séjour dans la clinique de rétablissement, Madame B rentre chez elle et le couple reprend la relation comme si rien ne s'était passé. Ils ne parleront plus jamais de cette affaire. L'été qui suit cet événement, le couple part en vacances à Majorque (une île en Espagne), et passent de très belles vacances, "comme une deuxième lune de miel". Le souvenir de ces vacances est tellement bon, qu'ils décident plus tard d'acheter un appartement à Majorque, où ils passeront toutes leurs vacances d'été dorénavant.

Parallèlement, Madame B continue la relation avec son amant, qui dure plus de 30 ans, jusqu'au décès de ce dernier. L'amant de Madame B décède de façon subite, et elle ne peut même pas se rendre à ses funérailles, du fait qu'elle avait une relation adultère avec lui. Elle trouve du réconfort chez sa mère, qui la comprend puisqu'elle a vécu la même chose, et qui l'accompagne

dans ce moment de détresse. A la fin de cette dense séance où Madame B m'a parlé pour la première fois de son amant et de sa double vie, elle sourit et affirme "qu'elle se sent plus propre après m'avoir parlé de ce sujet, comme elle se sentait quand elle en parlait à sa mère".

J'observe un changement chez Madame B suite à cette séance : lors des séances qui suivent, elle me parle de la mort. Elle dit être allée au cimetière pour rendre visite à ses parents et leur mettre des belles fleurs. Elle se dit qu'elle n'a jamais parlé avec son mari de ce qu'il souhaiterait après sa mort, à propos, par exemple, d'être enterré ou d'être incinéré. Elle espère qu'il souhaite être enterré, pour qu'elle puisse le rejoindre un jour. Madame B me parle alors de combien cela a été difficile pour elle de surmonter le décès de son père, qui est décédé assez jeune à cause de complications liées à sa consommation d'alcool. Madame B dit se soucier souvent de la consommation d'alcool de son mari, en craignant qu'il ne finisse pas comme son père, et se demande si ce dont son mari souffre actuellement ne pourrait pas également être en lien avec l'abus d'alcool.

C'est à ce moment de la psychothérapie que je découvre que je suis enceinte, et je me demande assez rapidement quand et comment je devrais annoncer cela à Madame B. Je ne me soucie pas beaucoup de cela immédiatement, en me disant que je vais en discuter avec mon superviseur à mon retour des vacances. A mon retour, j'apprends avec surprise qu'il y a eu une progression importante au niveau de la pandémie à covid-19. Ma gynécologue me recommande de passer tout de suite en télétravail à 100%, et je me vois contraint de devoir l'annoncer à Madame B. Je l'appelle le jour avant notre rendez-vous pour lui annoncer que nous devons changer le cadre de nos entretiens et passer à des moyens à distance. Elle me demande la raison de ce changement et, ne trouvant pas un autre moyen de le justifier, je lui annonce que je suis enceinte. Madame B reste perplexe : il y a quelques secondes de silence, suite auxquelles elle me dit uniquement "Alors, on s'appelle demain". Je m'en veux tout de suite : pourquoi lui avoir annoncé cela en dehors d'une séance, sans lui laisser le temps ni l'espace d'élaborer autour de ce sujet ? Est-ce que c'est un mouvement défensif vis-à-vis mon sentiment de culpabilité de la "laisser tomber" ? Parce que, en effet, je ressens choisir la sécurité de mon bébé plutôt que la continuité de notre cadre de psychothérapie, et je m'en sens coupable. Peut-être par hasard, mais probablement pas, je commence mon travail personnel peu après cela, et je trouve un espace où pouvoir réfléchir à propos de cette culpabilité.

A partir de ce moment-là, nos entretiens se déroulent par téléphone. Madame B commence par me féliciter pour la nouvelle, et me dit que "je serai une mère excellente, comme je suis une thérapeute excellente". Elle répète cela à plusieurs reprises lors des séances qui suivent, commençant souvent les séances par des éloges. Elle me parle ensuite de sa petite fille, qui doit avoir plus ou moins mon âge, et chez qui on vient de découvrir une malformation cardiaque. Elle présente beaucoup "d'émotions" quand elle pense à sa petite fille, et craint que quelque chose de grave puisse lui arriver. Elle pense souvent qu'elle pourrait mourir, et cela la rend triste. Il m'apparaît

à travers cela que Madame B a des fantasmes par rapport à ma propre mort. Je garde cependant ces interprétations pour moi. Je me rends compte qu'au-delà des éloges, Madame B ne semble pas penser au fait que dans quelques mois nous devons nous séparer, mais je ne lui dis encore rien, attendant que cela soit elle qui l'évoque. C'est finalement la fille de Madame B qui m'écrit un mail : elle a appris que je suis enceinte et se demande qui va suivre sa mère durant mon absence. Elle souhaite également me parler du traitement de sa mère, ainsi que de la thérapie électroconvulsive. Je lui dis que je vais discuter de tout cela avec sa mère. Madame B me parle spontanément de ce sujet, et me dit qu'elle aussi souhaiterait qu'on organise ce réseau à trois. Finalement, j'accepte la proposition de Madame B, et nous convenons d'un réseau à l'hôpital avec elle et sa fille.

Le jour du réseau, Madame B et moi nous retrouvons en face-à-face pour la première fois depuis de nombreux mois. Elle repère tout de suite les changements dans mon corps (notamment mon ventre, étant donné que je suis au 6ème mois de grossesse), mais étonnamment, je repère aussi des changements dans le sien. En effet, elle a pris du poids depuis la dernière fois que je l'ai vue. C'est un des points soulevé rapidement par sa fille, qui se demande si sa mère aurait pu prendre du poids à cause de l'aripiprazole. En effet, ce serait une possibilité, mais ce qui est marquant est que tout ce poids a été pris que depuis que nos entretiens se déroulent par téléphone, donc dès l'annonce de ma grossesse, alors que Madame B prenait de l'aripiprazole depuis des nombreux mois. Madame B avoue alors avoir fait un subtil changement dans sa diète : elle a remplacé toute l'eau qu'elle prenait par du lait. Ce détail, pourtant si parlant, me passe complètement inaperçu à ce moment-là, et ce ne sera qu'après-coup, en pensant à Madame B plusieurs mois plus tard dans le cadre de mon mémoire, que je me rends compte de la forte charge symbolique contenue dans cette modification de diète.

A la fin du réseau, j'accompagne Madame B à la porte de mon bureau, et juste avant de quitter la pièce, elle me demande "c'est un garçon ou une fille?". Le réseau ayant fini, Madame B me surprend avec cette question, et je réponds presque instinctivement "c'est une fille". Ce réseau marque un point d'inflexion important dans le processus de psychothérapie. Durant les séances suivantes, Madame B se montre passive-agressive : elle me transmet qu'elle trouve que nos entretiens ne servent plus à rien, qu'elle se sent bien, et qu'elle ne comprend pas pourquoi ils doivent durer 45 minutes. Elle me propose même de faire des entretiens plus courts mais d'écrire dans ma feuille de facturation que nous avons fait toute l'heure, et elle demande à espacer les rendez-vous. Je ne suis plus cette "thérapeute excellente qui sera une mère excellente". Madame B évoque souvent dans son discours que j'ai peut-être "des choses plus importantes à faire que de parler avec elle", et souligne à plusieurs reprises que "de toute façon, je vais partir". Son changement d'attitude me blesse, et je me sens à nouveau coupable de devoir la quitter en peu de temps.

Quelques semaines avant la fin prévue de la psychothérapie (j'avais proposé à Madame B une date concrète pour faire la séance de bilan), elle m'annonce qu'elle veut arrêter le suivi

psychiatrique. Comme si elle anticipait ma réaction, elle se justifie en disant que son traitement peut être suivi par son médecin traitant, qu'elle va quand même maintenir son suivi avec l'infirmière, et que, de toute façon, si elle a besoin d'un suivi psychiatrique dans le futur, elle pourra me contacter. Je discute avec mon superviseur, qui m'encourage à laisser Madame B faire cette expérience. Il me rassure en disant que, de toute façon, il y a un réseau autour d'elle pour la soutenir. Je me rends alors compte de la fausse omnipotence que je pensais avoir vis-à-vis Madame B, sujet que j'élabore dans le cadre de mon travail personnel. Lors du dernier rendez-vous téléphonique avec Madame B, elle me remercie de ne pas avoir insisté pour qu'elle continue son suivi psychiatrique avec quelqu'un d'autre. Madame B se demandait depuis plusieurs séances ce qui allait se passer avec leur appartement à Majorque: elle se disait que ce ne serait plus possible d'y aller avec son mari compte tenu de son état, mais elle ne voulait "juste attendre qu'il décède pour y aller", et de toute façon elle ne savait pas si elle souhaiterait y aller seule une fois qu'il serait parti. Quelques minutes avant la fin de notre dernière séance, Madame B me dit qu'elle y ira l'été suivant passer quelques jours avec sa fille, et que l'idée d'y aller sans son mari ne la gêne plus, "puisque'elle va de toute façon toujours le porter en soi", et que "l'appartement de Majorque représente aussi une partie de son mari et de leur histoire ensemble".

4. Discussion

Madame B est hospitalisée 6 mois à l'hôpital psychiatrique, présentant initialement un tableau mélancolique délirant qui évolue vers un état maniaque, pour ensuite retrouver une stabilité psychique⁵. Elle bénéficie ensuite de 9 mois de psychothérapie, suite à quoi elle demande d'interrompre son suivi. On note une nette amélioration clinique au cours de ces mois, et à la fin de la psychothérapie, Madame B ne présente aucun symptôme psychotique, dépressif ou maniaque.

Le facteur de crise semble être l'aggravation rapide de l'état de santé de son mari, avec qui elle a une relation fusionnelle. Madame B semble anticiper le décès de son mari en faisant un deuil à l'avance, deuil qui s'avère pathologique. La présentation clinique de Madame B diffère de celle présentée par Freud dans *Deuil et mélancolie*⁵, car elle ne présente pas ces auto-accusations typiques du tableau mélancolique, mais plutôt un retrait tellement prononcé qu'elle rentre même dans un état de catatonie.

Pour ce qui concerne le diagnostic psychiatrique, nous retenons initialement un épisode dépressif sévère avec des symptômes psychotiques (ICD-10 / F32.3), que nous changeons par la suite par celui d'un trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque sans symptômes psychotiques (ICD-10 / F31.1) suite à la décompensation maniaque. A la fin du suivi, Madame B est en rémission (ICD-10 / F31.7).

Concernant la structure de personnalité de la patiente, j'ai conclu que la patiente présentait un fonctionnement psychotique. Suivant le modèle décrit par Kernberg⁶, on remarque une identité diffuse, une perte de l'épreuve de réalité et un fonctionnement défensif globalement appartenant au

registre psychotique. En début d'hospitalisation, la patiente déployait des mécanismes de défense psychotiques tels que le déni psychotique, la distorsion ou la projection psychotique₂. Ces mécanismes de défense étaient moins présents vers la fin de l'hospitalisation et ont plus tard cédé leur place au déni non psychotique, l'idéalisation ou l'omnipotence, considérés comme des mécanismes plus adaptatifs₁₃. On note une relation d'objet de type fusionnelle, et devant la menace de défusion apparaissent des angoisses de morcellement. Tout cela laisse penser que j'ai accompagné la personnalité psychotique de la patiente au sens bionien. Je retrouve également le transfert prématuré, précipité et marqué par une dépendance intense décrit par Bion. Ce transfert prématuré et massif s'aperçoit chez Madame B du côté du contre-transfert, qui a été très intense de manière précoce₃.

Depuis le début de son hospitalisation, Madame B semblait présenter des problèmes de différenciation avec son mari, présentant les mêmes symptômes que celui-ci et suivant une évolution clinique presque parallèle à lui. Il semblait que Madame B se représentait la mort de son mari comme sa propre mort, comme s'ils étaient un seul organisme. Cette fusion symbiotique m'a fait penser à la relation de Madame B avec sa mère, qui lui avait probablement laissé très peu d'espace pour se différencier et s'autonomiser₂₀. J'ai fait l'hypothèse que probablement, en étant une mère "trop bonne", trop présente, elle avait été comblante et n'avait pas laissé de la place à la frustration nécessaire pour une différenciation progressive. L'absence d'un tiers séparateur, du fait que le père de Madame B était peu présent, a rendu difficile davantage cette différenciation. Cette fusion avec l'objet se manifeste chez Madame B à travers le corps, en présentant non seulement les mêmes symptômes que son mari mais aussi les mêmes symptômes que sa mère a présenté quand elle a commencé sa démence à l'âge de 70 ans, ou en prenant du poids de manière parallèle à sa thérapeute enceinte.

Madame B a rencontré son mari durant l'adolescence, un moment où son identité était en train de se former. Le fait qu'elle ait connu son mari dans un environnement très familial (il était du même groupe d'amis que ses cousines et elle l'a connu en rendant visite à ses grand-parents maternels), a pu faciliter le développement d'une relation fusionnelle avec lui. De ce fait, elle s'est laissée porter au sens winicottien par son mari₂₂, et il y a eu une continuité de cette fusion qu'elle avait jusque-là vécu avec sa mère. D'ailleurs, la menace de la perte de cette fusion a provoqué une décompensation dépressive 25 ans en arrière, mais Madame B a pu retrouver une stabilité en faisant recours au déni, ne parlant plus jamais de l'affaire avec son mari. Devant l'apparition d'une maladie physique grave chez son mari, ces mécanismes de défense n'ont pas été suffisants pour contenir l'angoisse de Madame B, qui a dû faire recours à l'hospitalisation.

L'hôpital psychiatrique en tant qu'institution a pris le relais de ce *holding* et *handling* maternel, Madame B ayant régressé jusqu'au point d'avoir besoin de tous les soins et de l'attention qu'un nourrisson nécessite de sa mère₂₂, et l'hôpital a pu contenir dans ce sens-là ses angoisses primitives. Madame B s'est retrouvée dans ce contexte si particulier avec moi, une jeune femme

avec, probablement déjà à l'époque, un désir d'enfant, qui s'est d'ailleurs sentie très confortable dans cette position maternelle dans le contre-transfert. Comme il existe une préoccupation maternelle primaire chez la femme enceinte, je fais l'hypothèse que j'ai développé cette sensibilité typiquement maternelle avec la patiente²⁰ : là où l'équipe infirmier entendait un discours délirant et désorganisé, j'essaiais de mettre du sens au vécu de Madame B, peut-être à travers cette fonction alpha décrite par Bion³, comme une mère essaie de comprendre le pleur de son bébé et de l'interpréter au mieux pour s'adapter à ses besoins, en utilisant sa capacité de rêverie. Mais est-ce qu'une mère comprend *vraiment* son bébé ? Ou c'est justement le fait d'essayer de mettre du sens au vécu émotionnel du bébé, le fait qu'il se sent porté et bercé, qui apaise ses angoisses ? Le même principe pourrait s'employer ici pour Madame B.

En reprenant l'image de l'hôpital psychiatrique comme symbole maternel, Madame B a dû se séparer de cette mère-institution pour rentrer à la maison. Comme l'enfant qui doit se séparer de sa mère, renonçant à la symbiose initiale, Madame B a inconsciemment cherché un objet qui représentait à la fois l'intérieur (l'hôpital) et l'extérieur (sa vie après l'hospitalisation) en demandant que je sois sa thérapeute en ambulatoire. Je fais donc l'hypothèse que la psychothérapie a représenté un espace transitionnel, et que j'ai métaphoriquement représenté son *doudou*¹⁸. En même temps, j'ai probablement occupé dans le transfert une position de mère (thérapeute) suffisamment bonne²². Sans en être consciente à l'époque, la transgression au cadre qu'a comporté ma grossesse a supposé une attaque à la symbiose et a permis à Madame B de sortir de l'idéalisation et de me voir comme un objet défaillant, lui permettant de se séparer de moi. Avec le temps, j'ai l'impression que Madame B a développé avec moi une modalité relationnelle d'objet total : j'étais toujours quelqu'un à qui elle pouvait se confier mais elle me percevait comme quelqu'un de séparé d'elle, avec une vie privée qu'elle savait désormais que j'investissais. En plus, malgré l'agression qu'elle a portée sur moi, j'ai survécu à sa haine, la tournant donc vers la réalité externe, mouvement typique de la position dépressive décrite par Melanie Klein¹⁶. D'ailleurs, je parle de *transgression* et d'*attaque au cadre*, ce qui met en évidence peut-être encore le sentiment de culpabilité que j'ai ressenti durant cette période de séparation, alors qu'on pourrait difficilement penser à ma grossesse comme un contre-agir¹¹. J'ai l'impression que ce sentiment de culpabilité était en partie en lien avec ma propre difficulté liée à la séparation, que j'ai pu travailler dans mon travail personnel, mais qu'une autre partie était sûrement fruit du contre-transfert, et que Madame B me faisait vivre par identification projective un sentiment de culpabilité probablement similaire à celui que sa mère avait expérimenté dans les moments de séparation.

Concernant l'annonce de ma grossesse, j'ai l'impression que Madame B a initialement fait un déni de ma grossesse, ne disant rien au moment où elle l'a appris et ne parlant pas des implications quant à la continuité de sa psychothérapie par la suite. Néanmoins, ce qu'elle ne pouvait pas mettre en mots, elle l'a agit à travers son corps, en prenant du poids en buvant du lait. Le fait que je n'ai pas remarqué ce détail pourtant si symbolique à ce moment-là montre bien jusqu'à quel point mon

appareil psychique était pris dans les mouvements transféro-contre-transférentiels, qui ont probablement obnubilé ma capacité de penser librement, comme décrit Bion face à des personnalités psychotiques³. D'un autre côté, un nourrisson qui prend bien le lait, qui prend du poids, rassure la mère, qui est donc peut-être plus capable de laisser progressivement de l'espace pour un développement différencié. Malgré le déni initial, j'ai l'impression que le réseau avec la fille a été une épreuve de réalité majeure, car Madame B a vu que j'étais *effectivement* enceinte et que j'allais *effectivement* la quitter quelques mois plus tard. C'est uniquement à partir de ce moment-là que les attaques au cadre de la part de Madame B ont commencé, et que parallèlement elle a arrêté de boire du lait et a perdu un peu de poids. Je me demande également les implications pour Madame B d'apprendre que je portais une fille, et je me dis que cela a pu nourrir davantage les mouvements d'identification : soit à moi en tant que mère qui porte une fille comme elle l'avait portée, soit à ma fille en tant que fille d'une mère comme elle l'avait été, soit en voyant ma fille comme une petite soeur symbolique, qui réveille une jalousie que Madame B n'avait jamais senti du fait qu'elle était fille unique¹¹. Ma (future) fille a représenté un tiers qui attaquait la symbiose entre Madame B et moi, et qui annonçait une séparation qu'elle n'a jamais pu expérimenté ni par son père, décrit comme très absent, ni par une fratrie qu'elle n'a jamais eue.

Comme on pourrait l'attendre avec un jouet *doudou*, Madame B a pu me désinvestir petit à petit en même temps qu'elle investissait un nouvel objet, celui de l'appartement en Espagne, sans que cela implique un processus de deuil. En effet, Madame B a pu verbaliser que cet appartement en Espagne symbolisait pour elle une partie de son mari et de leur relation de couple et, j'ajouterais, peut-être aussi une partie de sa thérapeute, d'origine espagnole, qu'elle peut désormais porter en elle, comme elle porte son mari.

5. Conclusion

Durant le séjour hospitalier et tout au long de la psychothérapie, l'évolution clinique de Madame B a été favorable. Malgré une fin plutôt abrupte de la psychothérapie liée à l'expérience de séparation avec la thérapeute, ayant amené Madame B à présenter des mécanismes de défense archaïques comme le passage à l'acte, le clivage et le déni, Madame B a retrouvé une stabilité et, au jour d'aujourd'hui, un an et demi plus tard, elle n'a pas présenté de récurrences.

Durant la psychothérapie, Madame B a pu mettre en mots une partie de son vécu émotionnel, en faisant recours à la symbolisation, représentée par cet appartement en Espagne, qui pourrait représenter symboliquement à la fois son mari et sa thérapeute, objets qu'elle peut désormais porter en soi.

Concernant le transfert, même s'il a été très intense, compte tenu du fonctionnement psychique de Madame B, plutôt dans un registre psychotique, il n'a pas été interprété. Néanmoins, il a occupé une place centrale durant toute la psychothérapie, et notamment au moment de l'annonce de ma grossesse.

Madame B a été la première patiente que j'ai suivie en psychothérapie. Avec elle, j'ai vécu une expérience clinique intense, avec des mouvements contre-transférentiels puissants qui, dans ma condition de psychothérapeute débutante, m'ont parfois conduit à agir d'abord et à élaborer dans l'après-coup. Le fait de construire mon identité de thérapeute en même temps que mon identité de future mère a représenté un vrai défi. Mon travail personnel et ma supervision m'ont permis d'avoir un espace séparé à celui de la psychothérapie pour pouvoir prendre du recul sur certains aspects transférentiels.

Pour répondre à ma question initiale, l'annonce de ma grossesse a eu effectivement un impact majeur chez Madame B. Cela lui a permis de me voir comme un objet total, capable de *holding* mais aussi de la décevoir comme un objet défaillant. Je pense que cela a contribué à un processus vers une différenciation et une autonomisation.

6. Bibliographie

- (1) Baranguer W. (1972), Position et objet dans l'oeuvre de Melanie Klein, Eres, 1999
- (2) Berney S. et al. (2009), L'étude des mécanismes de défense psychotiques : un outil pour la recherche en psychothérapie psychanalytique. *Psychothérapies*, 29, 133-144.
- (3) Bion W. (1957), Différenciation des personnalités psychotique et non psychotique, in *Réflexion faite*, PUF, 1983.
- (4) Freud S. (1895), Esquisse d'une psychologie scientifique, in *La naissance de la psychanalyse*, PUF 2009
- (5) Freud S. (1917 [1915]), Deuil et mélancolie, Payot et Rivage 2012
- (6) Freud S. (1920), Au-delà du principe de plaisir, Payot et Rivage 2011
- (7) Freud S. (1925), La négation, in *Oeuvres complètes*, Paris, PUF, 1992
- (8) Kernberg O. (1984), Les troubles graves de la personnalité, in *Stratégies psychothérapeutiques*, PUF 2010
- (9) Klein M. (1940), Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs, dans *Essaie de psychanalyse*, 1968, Paris, Payot
- (10) Ogden T. (2005), Lire Bion, in *C'est art qu'est la psychanalyse*, Les éditions d'Ithaque
- (11) Péretié R. (2010), La grossesse de l'analyste : un événement de vie fertile dans la relation analytique, Paris, PUF, 2010
- (12) Péretié R. (2013), Grossesse et transformation du corps de l'analyste : les effets transférentiels, dans *L'esprit du temps*, Champ Psy
- (13) Perry C. et al. (2009), Mécanismes de défense : principes et échelles d'évaluation. *Pratiques en Psychothérapie*.
- (14) Söderström D. (2015), Formes du transfert dans la psychose : une maison à plusieurs étages. *Psychothérapies*, 35, 29-41.
- (15) Sözeri-Varma G. (2012) Depression in the elderly: clinical features and risk factors, in *Aging and disease* vol. 3,6, 465-71.
- (16) Segal H. (1969), Introduction à l'oeuvre de Melanie Klein, PUF 2011
- (17) Segal H. (1979), Melanie Klein : développement d'une pensée, PUF 1982
- (18) Winnicott D. (1951), Objets transitionnels et phénomènes transitionnels, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, 1969, Paris, Payot
- (19) Winnicott D. (1952), L'angoisse associée à l'insécurité, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, 1997, Paris, Payot
- (20) Winnicott D. (1956), La préoccupation maternelle primaire, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, 1997, Paris, Payot
- (21) Winnicott D. (1958), La capacité d'être seul, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, 1997, Paris, Payot
- (22) Winnicott D. (1966), La mère ordinaire normalement dévouée, in *Le bébé et sa mère*, 1996, Paris, Payot