

Fonctionnements limites à adolescence : psychopathologie et clinique psychodynamique

Maurice Corcos, Claire Lamas

DANS **L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE 2016/1 Volume 92** , PAGES 15 À 22
ÉDITIONS **JLE**

ISSN 0020-0204

DOI 10.1684/ipe.2015.1429

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-15?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.

Fonctionnements limites à adolescence : psychopathologie et clinique psychodynamique

Maurice Corcos, Claire Lamas

RÉSUMÉ

Tout ce que l'on rassemble sous les appellations de fonctionnements limites, de pathologies anaclitiques ou narcissiques, de souffrances identitaires, apparaît comme une pathologie d'actualité et de « véritables maladies sociales ». Ces troubles, sont largement déterminés par le « phénomène adolescence », aujourd'hui singulièrement différent de celui observé lors des générations précédentes.

Mots clés : état limite, adolescent, environnement social, DSM, vulnérabilité, facteur de risque, mécanisme de défense, psychodynamie

ABSTRACT

Functional borderlines to adolescence: psychopathology and clinical psychodynamics. Everything that is grouped under the name of functional limits, anaclitic or narcissistic pathologies, or an identity crisis, currently appears as a topical pathology and “genuine social diseases”. These disorders are largely determined by the “phenomenon of adolescence” singularly different today from that observed in previous generations.

Keywords: borderline situation, adolescence, social environment, DSM, vulnerability, risk factor, defense mechanism, psychodynamics

RESUMEN

Funcionamientos límites en la adolescencia : psicopatología y clínica psicodinámica. Todo cuanto se está reuniendo bajo las denominaciones de funcionamientos límites, de patologías anaclíticas o narcisistas, de sufrimientos identitarios, aparecen como una patología de actualidad y de “verdaderas enfermedades sociales”. Estos trastornos, están ampliamente determinados por el “fenómeno adolescencia”, hoy notablemente diferente del observado en las generaciones anteriores.

Palabras claves : estado límite, adolescente, entorno social, DSM, vulnerabilidad, factor de riesgo, mecanismo de defensa, psicodinámica

Département de psychiatrie de l'adolescent et de l'adulte jeune
Institut Mutualiste Montsouris 42, bd Jourdan 75014 Paris, France
<maurice.corcos@imm.fr>

Tirés à part : M. Corcos

La question des facteurs sociaux

Tout ce que l'on rassemble sous les appellations d'états limites, de pathologie anaclitique et archaïque ou de souffrances narcissiques identitaires ainsi que les conduites addictives et les troubles des conduites, en particulier associés à des passages à l'acte suicidaires, apparaissent comme une pathologie d'actualité. Au-delà de leurs différences, elles partagent certaines caractéristiques qui reflètent des modalités communes dans leur organisation et leur fonctionnement mental.

Rien ne nous dit que de telles modalités n'étaient pas présentes dans les générations précédentes sans cependant pouvoir émerger sous leurs expressions actuelles. Ce sont ces expressions que l'évolution de la société et de la structure familiale favoriserait. On peut penser que la fragilité des assises narcissiques et l'insuffisante différenciation des instances et des imagos intrapsychiques révélées par ces pathologies n'étaient pas moins présentes dans les générations précédentes. En effet, ce que nous savons des conditions sociales et éducatives antérieures permet d'inférer que dans l'ensemble les conditions d'établissement des assises narcissiques et d'une relation sécurisée avec l'environnement étaient plus défavorables que de nos jours. Mais cette dépendance était massivement contenue et masquée par le poids des contraintes sociales et la soumission consentie aux règles et interdits édictés par la société et véhiculés par la famille et les enseignants. Le sujet pouvait plus volontiers manifester ses inclinations tout en passant des compromis avec les modèles culturels et sociaux du moment... aux prix de troubles névrotiques entravants. Il semble que cela soit moins le cas, la société imprimerait moins ses limitations, ses valeurs et ses préjugés, ce qui favoriserait l'expansion de ces nouvelles « pathologies de la liberté », au sens d'une liberté mal contenue, sans orientation et sans but, parfois hors-sens, ouvrant la voie au désordre et à la contingence. Toute révolte peut être saine, si elle ne manque pas son but... si elle la rate, elle entre dans la spirale du négatif.

La question de la structure

Stabilité du diagnostic à l'adolescence et comorbidités

Les travaux anglo-saxons actuels sur le « syndrome borderline » durant l'adolescence visent souvent à valider la catégorisation nosographique à cette période de la vie, et à s'assurer de sa pertinence, de ses caractéristiques distinctives et de sa stabilité à l'âge adulte. D'autres études visent à asseoir ce diagnostic dans l'enfance et à étudier sa continuité à l'adolescence. Un des thèmes de débat les plus actuels est donc celui de la persistance ou non d'une « personnalité borderline » à l'âge adulte chez un sujet présentant des symptômes borderline

à l'adolescence, voire dans l'enfance. Les études longitudinales ont montré que la stabilité du diagnostic à 2 ans était moindre chez l'adolescent et doivent inciter à la prudence et à ne pas inférer un diagnostic structural face à un comportement « spectaculaire » à l'adolescence. Le réseau Eurnet-BPD (Corcos *et al.* [1], première étude longitudinale prospective d'une cohorte d'adolescents ayant un TPB, montre que 22 % des adultes (âge 19,7 +/- 1,2 ans) ont encore un TPB au SIDP-IV, tandis qu'en dimensionnel, plus de 50 % des cas ont maintenu des scores de TPB significatifs.

Les difficultés diagnostiques des états limites à l'adolescence sont de fait importantes et pour de nombreux cliniciens, les états limites peuvent s'apparenter ou se confondre avec d'autres pathologies. De nombreux spécialistes admettent une association fréquente des personnalités multiples avec une personnalité limite et notent la grande proximité de la symptomatologie clinique avec les conduites addictives. L'association aux troubles de l'humeur est également extrêmement fréquente. Les états limites et les troubles narcissiques sont très vulnérables aux somatisations du fait de la carence du fonctionnement imaginaire, de difficultés majeures dans les processus de symbolisation, et d'un rapport à la réalité marqué par un évitement de la confrontation à la réalité psychique interne et organisé dans un contre-investissement perceptif du monde extérieur.

Ces nombreuses « comorbidités » témoignent d'une clinique qui renvoie à une dynamique et à une économie psychique. Cette (a)structuration psychique est marquée par un arrêt du développement des fonctions du moi, et donc non fixée, procède d'un processus de fonctionnement ouvert, susceptible de régressions vertigineuses sans possibles paliers de fixations stables : défaut ou dysfonctionnement de mécanismes névrotiques de défense contre l'angoisse ; présence de mécanismes de défenses de type clivage, déni, projection ; peu de mentalisation et crudité des fantasmes ; instabilité relationnelle et dimension d'impulsivité se manifestant par l'abus de substances, les vols et les tentatives de suicide avec peu ou pas de sentiments de culpabilité, de remords ou d'autoaccusation, par rapport à la gratification instinctuelle recherchée ; bonne adaptation sociale apparente, recherche de la relation affective anaclitique avec fréquent vécu dépressif abandonnique et quête d'une valorisation narcissique.

Notre approche est donc résolument dynamique et économique, relativisant la notion de structure appliquée à la réalité intra-psychique (que ce soit dans sa forme catégorielle (DSM IV-TR ; DSM-V ; CIM 10), ou psychanalytique (psychose, névrose, perversion) et nous avons une grande réserve à l'égard d'une approche structurale à cet âge. Nous préférons ainsi parler d'organisation ou de « modes de fonctionnement », ce qui suppose des mouvements de désorganisation et de réorganisation, et des modalités diverses de fonctionnement. Celles-ci peuvent se juxtapo-

ser sans que la prédominance d'une modalité soit encore assurée. Et ce sera souvent l'effet de l'adolescence que de conduire à cette prédominance.

Pertinence de l'approche dimensionnelle dans les troubles de la personnalité

L'approche catégorielle a longtemps été prédominante dans l'étude des troubles de la personnalité, tandis que la réflexion et les recherches concernant le développement et l'étude de la personnalité normale se sont inspirées de manière préférentielle d'une perspective dimensionnelle. Or, le système catégoriel du DSM, issu du modèle médical et appliqué au champ des troubles de la personnalité, soulève certains problèmes, relevés par Clark [2, 3] :

- la fréquence des comorbidités rendant difficile à soutenir la notion d'entités cliniques distinctes et bien différenciées ;
- le degré d'instabilité temporelle des diagnostics sur l'axe II *versus* la relative constance des traits de personnalité et de la pathologie de la personnalité en général ;
- le manque de repères clairs afin de différencier les patients avec et sans troubles de la personnalité ;
- l'hétérogénéité des symptômes au sein des différentes entités diagnostiques posant la question de la validité et de la pertinence de celles-ci ;
- le manque de consensus autour d'une conceptualisation appropriée des différents troubles de la personnalité soulevant la même interrogation que le point précédent.

Ces interrogations autour d'une approche dimensionnelle de la personnalité rejoignent la réflexion menée autour de l'intégration, au sein du système catégoriel du DSM-III, d'éléments psychodynamiques avec l'élaboration d'une échelle de fonctionnement défensif. De fait, si un système diagnostique catégoriel, consensuel et partagé, s'avère nécessaire, il constitue cependant un cadre de réflexion par nature réducteur, ne permettant pas toujours, notamment dans le cadre des troubles de la personnalité, d'appréhender la diversité d'expression symptomatique. Le DSM-V après l'avoir promis a échoué à intégrer une approche multidimensionnelle de ces troubles.

L'approche dimensionnelle permet de contourner voire résoudre certaines des limites évoquées. De fait, on retrouve une adéquation, du moins sur le plan théorique, entre complexité des symptômes observés et complexité des patterns de description. Ceux-ci restent compatibles avec l'absence de solution de continuité observée entre les différents types psychopathologiques, et entre ces derniers et la personnalité normale. De fait, ils ne tendent pas à constituer des entités diagnostiques distinctes mais reposent sur la description de traits de personnalité. Cette perspective s'accorde ainsi davantage avec l'hétérogénéité symptomatique des diagnostics, en tenant compte de ces traits de personnalité. Par ailleurs, cette approche augmente la concordance entre les cotateurs et la stabilité temporelle

des éléments décrits. Enfin, un consensus général peut être obtenu quant à la description des principaux aspects des traits de personnalité.

L'approche catégorielle du diagnostic rassemble des groupes de sujets sur leur proximité symptomatique ; ce qui est juste : un symptôme lourd renvoie à une vulnérabilité génético-biologique plus grande, à l'origine d'épisodes de désorganisation allant au-delà du sens d'un éventuel facteur déclenchant en fonction des lignes de force selon lesquelles s'organise cette fragilité. Toutefois, les classifications ne cotent que les formes symptomatiques donc avérées donc à forte composante génético-biologique et non les formes paucisymptomatiques ou subcliniques qui ont une potentialité morbide incontestable où le rôle de l'environnement est important. Ceci fait ressortir d'autant plus la nécessité de prendre en compte l'aspect dimensionnel et la dimension intra subjective.

Une « structure dynamique »

Ces structures ou structurations psychiques ne sont certes jamais définitives, mais organisées ou rivées autour de certaines lignes de force, et potentiellement à l'origine de l'existence d'invariants psychopathologiques. On pourrait appréhender ces lignes de forces structurelles, plus ou moins intangibles, dans une métaphore fluviale comme des berges structurant plus ou moins rigide, mais pouvant se laisser modifier, brutalement ou légèrement et insidieusement, par un flux pulsionnel susceptible de calme ou de crue. Dans une perspective développementale et dynamique, sont pris en compte les effets d'un début précoce (trauma ou carence), d'une absence continue d'étayage, et de facteurs biopsychosociaux de vulnérabilité ou de renforcement, puis les effets de la chronicité avec homogénéisation de la conduite et fixations sans trop de possibilité de mouvements régressifs ou progrédients aboutissant à un enkystement. Le symptôme, comme déposé à côté du moi du sujet, soumis à sa propre inertie, n'offre alors pas de possibilités de récupération pulsionnelle libidinale. Le sujet a comme abandonné toute son énergie à son symptôme, lequel finit par développer une vie propre.

Les berges définissent une structuration, une structure en devenir, une structure ouverte, soumise à la pulsionnalité, liée au tempérament et au plus ou moins efficient accordage par l'objet, à ce qui pousse ou bouillonne et les modifie. Les modifications de la structuration sont dans l'espace (à la source... ou seulement à l'estuaire avec au milieu des zones de glacières ou de fondrières (petits plan d'eau immobiles) mais aussi dans le temps et dans la profondeur : le torrent d'énergie libidinale ravage le lit dans lequel il s'est formé ; l'identification projective évacue les mauvaises parties du moi (les mauvaises pensées) et en même temps détruit l'appareil psychique (l'appareil à penser). Dès lors, on ne peut observer ces invariants qu'à un moment d'évaluation précis, en un temps donné et dans une

configuration particulière à l'environnement qui résonne avec la problématique originaire.

Tous ces éléments dynamiques rendent difficilement schématisable une nosographie psychanalytique sauf peut-être dans les cas adultes avérés et chronicisés, sauf à penser et différencier une structure des états, des personnalités, des processus, sauf à élaborer une conception du moi « être de frontière » selon l'appellation de Freud [4] – « comme être de frontière, le moi veut faire l'intermédiaire entre le monde et le ça ; rendre le ça docile au monde, et rendre le monde par le moyen de ses actions musculaires, conforme au désir du ça » – sous une forme pointilliste : « îlots » plus ou moins communicants (de M'Uzan, [5]) ou « assemblage de flux » (Deleuze) [6]), « limites zones d'élaboration », zones d'élaboration intrapsychique et entre l'appareil psychique et l'objet, intersubjectives (Green [7]) ?

Place de l'expérience traumatique dans la genèse du trouble limite

Tout ce que nous avons évoqué des changements sociaux et familiaux n'a pas le même impact sur tous les adolescents. Nous devons aussi aborder maintenant la vulnérabilité de certains d'entre eux. L'évolution d'un adolescent reste en partie conditionnée par la nature et la qualité de son développement durant l'enfance. C'est à cette période que se constituent les assises narcissiques, c'est-à-dire le sentiment serein (sécure) d'une continuité dans la filiation et le développement d'une estime personnelle. Nous concevons que les conduites agies de ces adolescents limites stigmatisent un dysfonctionnement dans le processus de séparation autonomie et de construction de l'identité et de la subjectivité à l'adolescence, processus dans la continuité de ceux qui se sont joués lors des deux premières années de la vie.

Les hypothèses étiopathogéniques sur le syndrome borderline ont toutes, de façon plus ou moins approfondie, réfléchi au poids des expériences et des événements ayant eu lieu pendant les premières années de vie de l'enfant – qualité des relations précoces, rapport avec l'objet, qualité et fiabilité du lien – tout en marquant l'impossibilité d'identifier un seul facteur causal. Sont mises en cause non seulement la présence excessive [effraction, intrusion], mais aussi la carence affective. Ces deux dimensions sont de fait toujours associées : une défaillance de l'investissement est vécue à terme comme une aliénation par l'absence et un investissement en emprise altère nécessairement l'échange tendre.

La notion de traumatisme précoce (violence physique, abus sexuel...) est admise par la plupart des auteurs, en tant que facteur pathogénique. Quelle que soit la manière souvent et obligatoirement réductrice avec laquelle ces données cliniques anamnestiques ont été colligées (réalité ou fantasme, mythomanie – reconstruction fictionnelle, entretien directif et/ou mauvaise appréciation du vécu subjectif

de l'événement traumatique par le patient) des chiffres aussi élevés ne peuvent rester sans interprétation.

L'environnement familial est presque constamment caractérisé par des problématiques d'attachement et des états dépressifs. L'ambivalence de l'environnement familial, et le climat de « stress » imposé à l'enfant avec son caractère intermittent est reconnu par nombre d'auteurs comme pouvant être à l'origine de ces troubles [8, 9].

Masterson [10] situe l'origine des troubles limites pendant la phase de séparation-individuation (entre 15 et 22 mois). Les mères de ces patients auraient été incapables de permettre ce processus de séparation-individuation (souvent à cause d'une maladie mentale¹ chez celles-ci), entraînant une « dépression d'abandon » chez l'enfant. L'enfant se trouve pris dans un conflit entre son désir d'autonomie et le retrait affectif de sa mère devant ses tentatives ; de ce retrait, naîtrait un intense sentiment d'abandon. L'encouragement à la régression serait à l'origine du retrait des investissements libidinaux pour l'enfant. L'existence d'une pathologie mentale chez la mère ferait qu'elle délivrerait des messages contradictoires, le punissant injustement par exemple, source de traumatisme émotionnel précoce, imprévisibilité, sentiment de l'absurde. Parents ou *caregivers* (figure maternelle ou son substitut) sont fréquemment décrits comme distants, incohérents, peu protecteurs, et ayant tendance à nier la vie affective de l'enfant [11]. Trois types d'événements dans l'enfance apparaissent ainsi comme significativement liés à la présence de symptômes borderline : les abus sexuels, les sévices physiques et les abus verbaux à type d'humiliation et une négligence émotionnelle parentale. Dans le réseau Eurnet on retrouve : abus émotionnels 29,8 % vs 2,4 % ; abus physique 12,3 % vs 1,2 % ; abus sexuels 16,1 vs 3,7 % ; négligence physique 36,8 % vs 4,9 %. Concernant les abus sexuels, 36 % restent en contact avec leur agresseur tandis que les autorités judiciaires ne sont averties que dans 45 % des cas et que les poursuites judiciaires ne sont engagées que dans la moitié des cas seulement. Dans une analyse multivariée, le réseau Eurnet a montré l'importance de la qualité de l'enfance en tant que facteur productif d'un TPB, avec en particulier quatre sous-facteurs : abus émotionnels, manque de cohésion familiale, hypercontrôle du père, attachement de type craintif. Ces résultats suggèrent que l'abus sexuel n'est pas un événement nécessaire ni suffisant pour que se développe un syndrome borderline, d'autres expériences infantiles, telle que la négligence et le laisser-aller de la part des *caregivers*, représentent un risque significatif.

La réflexion autour de la place des expériences traumatiques dans la constitution du trouble limite de la personnalité a inspiré notamment les travaux de Fonagy mettant en exergue les liens entre bas niveau de capacité

¹ 25 % des adolescents TPB du réseau Eurnet ont rapporté une TS chez un parent.

réflexive, expériences traumatiques et développement d'un trouble limite de la personnalité. Pour cet auteur, les troubles limites de la personnalité résulteraient de la conjonction d'un bas niveau de capacité réflexive, défaut de ce processus permettant de comprendre intentions et désirs d'autrui et de son propre vécu subjectif, et d'expériences traumatiques [12]. Le patient état limite recourait de façon prédominante à un « mode actuel » de fonctionnement où les idées constituent des répliques directes de la réalité externe sans recours possible à la représentation. Cette carence du développement reposerait sur la double hypothèse d'une soumission à des traumatismes infantiles répétés et de l'impossibilité à créer une relation d'attachement sécuritaire dans son environnement par l'enfant. De fait, l'existence d'une telle relation, autorisant l'accès à une « théorie de l'esprit » et à la capacité réflexive, jouerait le rôle d'un facteur de résilience, permettant l'intégration du traumatisme. L'absence d'un environnement adéquat expose l'enfant à l'anticipation d'une douleur psychique intolérable, que l'on pourrait formuler en ces termes : ma figure d'attachement, mon *caregiver* me veut du mal. La seule alternative du patient état limite, constituerait en un désaveu de sa capacité réflexive, capacité à concevoir désir et intentions de l'autre, afin d'éviter de se confronter à cette douleur psychique. Le renoncement à cette capacité réflexive le placerait alors dans l'incapacité de résoudre ses expériences traumatiques. Fonagy souligne toutefois que ce bas niveau de capacité réflexive retrouvé chez les patients états limites ne constitue pas un facteur de risque indépendant du développement d'un trouble limite de la personnalité : c'est la conjonction entre ce faible niveau et des expériences traumatiques qui serait prédictive [13]. La symptomatologie du patient état limite devrait alors être considérée comme une stratégie défensive pour invalider les capacités de mentalisation et se protéger de la souffrance psychique inhérente. L'incapacité à se représenter les états psychiques de l'autre par crainte du sens qu'il pourrait y découvrir serait à la base de la violence et de la cruauté, ce qui peut arriver à se constituer et à s'organiser comme un véritable mécanisme de transmission intergénérationnelle de l'abus. Les travaux de Fonagy reprennent sous une autre formulation, avec l'avantage et les inconvénients de la reformulation, les données empiriques classiques des auteurs psychanalytiques (Winnicott, Kahn, Fedida, Green, Rousillon, Cahn, M. Little) avec les dimensions de complexe traumatique, vécu traumatique familial, traumatismes simulatifs et traumatophilie, troubles de la subjectivation, reviviscence et troubles de la symbolisation etc. . .

En 1996, Gunderson [14] discute le rôle que jouent les styles d'attachement primaire désorganisé dans la genèse du trouble, rôle confirmé par de nombreux autres travaux [15-17]. Dans les anamnèses de ces patients, on observe de façon récurrente des altérations des relations précoces mère-enfant. L'échec primaire de l'expérience de *holding-solthing* serait à l'origine, selon Adler, d'une insuffisance

et d'une instabilité des structures préposées à soutenir le soi du sujet [18]. De plus, une capacité défaillante dans l'utilisation de la mémoire évocative minerait à la base les capacités représentatives. À travers l'étude des relations précoces et de l'intégration défaillante d'expériences essentielles pour la structuration du soi, nous voyons comment le trouble central du patient borderline se concentre donc dans la sensation d'une solitude absolue, d'un vide interne, et de *helplessness* : expériences agoniques primitives ; désaide et désespoir des auteurs français.

Au total, l'enfant, puis l'adolescent, n'ont pu se nourrir et s'épaissir de leur propre histoire familiale, que celle-ci ait été vide ou stéréotypée, qu'ils en aient été écartés faute d'avoir été investis, qu'un traumatisme les ait exclus, ou que plus insidieusement, ils aient été soumis à elle, accaparé et parasité par une problématique parentale, qui entrave un développement autonome. De tous ces cas de figure disparates, on voit se dégager une dimension essentielle de carence de l'environnement, source de comportements abandonniques et traumatophiliques. Nous ne négligeons pas les observations cliniques fréquentes (et les données épidémiologiques, bien que sujettes à caution) d'antécédents de violences familiales et en particulier d'abus sexuels et leurs effets dramatiques sur la problématique de filiation (inceste : *insecure* = non coupé). Mais nous voudrions insister sur d'autres agressions, plus insidieuses, où l'adolescent est soumis à de trop fortes exigences parentales, objet d'enjeux narcissiques. Ces atteintes à « l'intégrité psychique » de l'adolescent sont aussi à considérer sous l'angle de l'absence de reconnaissance et de la possession, masquées par l'affirmation d'une appartenance privilégiée, voire exclusive, à une communauté sociale ou familiale. Ces deux types de trauma se rejoignent en tout état de cause dans une voie finale commune de maltraitance.

La réactualisation des conflits d'identification et des problématiques de séparation individuation à l'adolescence entraîne une reviviscence de l'Œdipe mais aussi une réactivation de processus psychiques plus anciens en les soumettant aux feux des modifications pubertaires. La reviviscence dans ce substrat infantile d'une part non élaborée de cette problématique narcissique autonomie-dépendance entraîne une régression brutale à des stades de développement et de relation aux autres qui n'ont été que partiellement dépassés. En d'autres termes, le patient qui ne peut se plaindre des premiers chaos de sa vie d'adolescent réactivant une fêlure dans le développement infantile, risque de régresser dans une dépendance insupportable à ces objets parentaux. Plus la blessure primaire est narcissique, plus le risque d'attachement morbide à la déception est grand. Et avec le temps, il n'est plus si facile de changer de costume. La blessure narcissique a participé à structurer l'identité du sujet autour de la faille, du trou provoqué et du vide révélé par elle. La discontinuité de présence de l'objet a généré en miroir une discontinuité de l'être structurant une identité dont le sujet est prisonnier.

Organisation et fonctionnement – limites à l'adolescence

La place des mécanismes de défense

Ainsi ces failles dans le développement ne peuvent être évaluées que tangentiellement car ce qui est spectaculairement visible dans la clinique psychanalytique et symptomatique c'est l'ensemble des stratégies défensives plus ou moins consolidées mises en place face à la non-intégration de ces dimensions. Ces défenses sont mises en place précocement pour faire écran à leur avidité où se confondent besoin et désir, l'autre et soi.

Le processus de refoulement est défaillant rendant prévalent des mécanismes de défense à type de clivage, de déni, d'identification projective, et de forclusion. Ceux-ci sont visibles en clinique dans l'alternance de moments de rage et d'amour pour l'objet, de position homosexuelle et hétérosexuelle de soumission et de domination.

Le clivage des objets réalise le partage des objets externes en « tout bon » et « tout mauvais », césure qui s'accompagne de la possibilité de passage radical, abrupt, d'une catégorie extrême à l'autre, dans un apparent renversement complet de tous les éprouvés, les sentiments et les conceptions (appropriation intellectuelle) vis-à-vis de l'objet. Soulignons que l'extrême résistance de ces patients semble procéder du clivage d'objet mais aussi du clivage ou de la scission du moi. La fixation pathologique du clivage permet de pallier l'angoisse inhérente à l'introjection du mauvais objet qui risquerait d'affaiblir le moi élaboré autour des introjections positives du bon objet.

Il faut voir dans la symptomatologie limite une organisation défensive contre les effets d'un traumatisme primaire (primaire au sens de qui affecte l'organisation des processus de symbolisation, [19]) et contre la menace qui perdure quant à la stabilité de l'organisation psychique du fait de la compulsion de répétition. Dans un traumatisme marqué par la carence, certains pans de la vie psychique ne sont pas refoulables et sont clivés car ils n'ont pas été représentés ou intégrés dans la subjectivité. . . Ils n'ont pas été ressentis et donc non perçus. Il s'agit d'un non advenu de soi, plutôt que de la perte et du deuil d'un objet, d'où un trouble identitaire de la réflexivité qui affecte la capacité à se sentir soi-même. Le vécu du patient a été et est, lors de résonances dans l'actuel, celui d'une expérience de terreur agonistique inélaborée qui mobilise une violence réactionnelle intense. L'enfant n'a pu s'approprier une expérience relationnelle sécurisante, et n'a pu contenir et a fortiori élaborer l'agonie primitive générée par l'absence, il n'a pu que se retirer de cette expérience agonistique en se coupant de sa subjectivité. Ce clivage instruit pour le sujet deux parts de vie : l'une représentable, l'autre non. Il s'agit donc plus profondément d'un clivage du moi qui altère le développement intégrateur. Le clivé fera retour en acte en reproduisant l'expérience traumatique primaire. . . Il n'y a ni deuil, ni représenta-

tion, élaboration symbolisation, ni retour hallucinatoire. Les solutions alexithymiques (neutralisation du retour du clivé en évitant les résonances) et perverses (l'expérience traumatique devient source de plaisir) peuvent advenir pour permettre maîtrise et équilibre.

La toute puissance et la dévalorisation sont des dérivés des opérations de clivage : elles affectent les représentations du self et de l'objet et se manifestent, typiquement, par le surgissement d'états du moi reflétant la relation d'un self démesuré, grandiose, avec des représentations dépréciées et affectivement dégradées, des autres.

Le refoulement avait l'avantage d'être conservateur, le clivage implique, lui, une déformation du moi, sa séparation voire son amputation d'une partie de lui. L'envahissement, si fréquemment rapporté par les patients, par des sentiments de vide, de vacuité, traduit l'incapacité à se représenter comme sujet non fragmenté, porteur d'une histoire, d'une continuité psychique et relationnelle différenciant. La perte de l'objet, faisant effraction, correspondrait à une véritable « démentalisation ». En ce sens, l'angoisse centrale de ces patients est angoisse de perte, perte de l'objet, synonyme de perte de l'intégrité et du sentiment de continuité de l'être. Le clivage, par sa dimension paradoxale, réalise le double mouvement d'une indifférenciation, abolissant les limites entre moi et non-moi et ne permettant pas la reconnaissance de l'entrée en résonance des phénomènes internes et de la réalité externe, mais également d'un rétablissement de la distance et de la différenciation par la mise en tension d'aspects contradictoires.

Associée au clivage, une autre stratégie défensive semble prendre le pas sur le refoulement : le gel voire la pétrification des éléments pulsionnels (l'immobilité plutôt que les bouffées de chaleur), et des affects (alexithymie) qui laisse des éléments pulsionnels et affectifs activés ou refroidis, toujours à la merci d'explosion tant qu'un statut psychique n'est pas venu les représenter au sujet.

De la théorie à la clinique

Cette approche dynamique du fonctionnement limite a une valeur heuristique, car de fait elle tente de suivre au plus près les mécanismes de défenses du moi mis en place qui épousent la structuration de celui-ci en le formant et le déformant. On sait que l'une des conditions nécessaires à la préservation de la fonction adaptative et homéostasique des mécanismes de défense réside dans la capacité de l'individu à jouer de différents registres défensifs, en adéquation avec les situations rencontrées, de manière fluide et souple. Dans le cadre des troubles limites de la personnalité, on observe une restriction concentrique du répertoire défensif disponible, conduisant à leur utilisation stéréotypée, rigide, sans prise en compte des modifications de l'environnement interne et externe. La prépondérance des mécanismes de défense d'un registre immature, la rigidité de leur mise en œuvre conduisent au

décalage, à l'inadéquation aux situations des mouvements affectifs, comportementaux de ces patients et, de facto, à l'apparition de situations d'impasse, dont la seule voie de sortie réside en des manifestations explosives, en deçà ou au-delà du sens. En tout cas dans un premier temps hors-sens, inouï. La réactivation de l'angoisse, consécutive à ces situations d'impasse, entretient, dans un mouvement circulaire, le recours au clivage. Dans ces moments d'angoisses archaïques, l'adolescent borderline retrouve l'enfant en détresse qu'il fût, en proie à une terreur sans nom qui précède toute émotion, se sent lâché et abandonné, ne se tient plus, faute de possible réaccordage affectif rassurant avec l'objet. L'accès à une position dépressive potentiellement maturante est difficile voire impossible lors du retour du vécu de silence de l'objet à l'origine de l'éprouvé de vide en soi. Absence de l'objet, absence en soi, absence de soi à soi. Le mouvement dépressif est ici plus involution que régression et il se manifeste comme chez l'enfant sous la forme d'une tristesse sauvage ou d'un délire de chagrin [20]. Les faits mêmes perdent pour les patients toute réalité, et ils ne les perçoivent souvent que comme des fragments de leurs cauchemars d'abandon. À ce titre la fréquence des tentatives suicidaires lors de déceptions sentimentales est paradigmatique, d'un acte protecteur de la dépression, acte où ils disparaissent en miroir de la disparition de l'objet.

À ces données psychopathologiques correspondent des données cliniques caractéristiques témoignant de la difficulté majeure pour ces patients d'intégrer un mode relationnel serein, données cliniques auxquelles se rajoutent d'autres symptômes liés aux effets propres du comportement : addictions, décompensations anxio-dépressives, désorganisation psychotique, passages à l'acte hétéro et auto agressifs, effet de la stigmatisation sociale et échec scolaire.

La clinique des patients limites indique une problématique de la distance relationnelle, en rapport étroit avec des angoisses d'intrusion ou d'abandon, elles-mêmes générées par ces failles narcissiques. Ainsi ils présentent souvent toute une gamme de troubles du comportement associés ou plus fréquemment se succédant chez un même individu, marqués par une dimension impulsive et ou de lâchage : conduites régressives de dépendance, conduites d'opposition pouvant aboutir à la violence.

De fait, les variations de la distance relationnelle ne sont pas aménageables par le psychisme (comprenant le sentiment d'une différence d'avec l'autre et une dimension de temporalité avec la notion de capacité d'attente sur les bases « sécurisées » sans risque dépressif) mais par l'acte (qui régularise cette impossibilité par la rupture perceptive et le contrôle de l'espace). Les automutilations, si fréquentes dans les états limites, peuvent s'entendre, dans certains cas, comme modalité d'aménagement de cette distance relationnelle, inscription sur le corps de cette incapacité fondamentale à se différencier de l'autre dans un mouvement qui ne soit pas acte et rupture. À cet acte, peut être

donné un sens dans une reconstitution psychique, mais uniquement dans l'après coup... et de manière parcellaire... du fait de la parcellisation du moi et des objets. Les automutilations au niveau du corps, si fréquentes dans les états limites ont un pendant au niveau psychique et au niveau du système de régulation émotionnelle : déni et clivage dessinent et redessinent les berges de la structure ouverte du borderline, créant des zones d'impasse, de méandres et des labyrinthes circulaires ; alexithymie et défenses perverses dessinent les berges du système émotionnel, générant des zones d'interactions affectives silencieuses ou anesthésiées, d'autres faites d'excitation et d'hostilité. Les cicatrices corporelles répondent aux cicatrices psychiques.

Ce processus psychique est caractérisé par une dépendance et une avidité affective majeure, tout aussi intolérables pour l'estime de soi du sujet, si on y répond massivement ou si on le frustre. On note ainsi une extrême sensibilité aux attitudes d'autrui et aux variations de l'environnement et des capacités tout aussi extrêmes d'obstination que d'opposition et de refus. Leurs modalités relationnelles sont aussi marquées par des mécanismes de défense particuliers face à la menace d'emprise : l'autre est soi tout bon (idéalisations), soit tout mauvais (dévalorisation), sans nuances et sans possibilité de changement ; l'environnement est accusé de tous les maux, le sujet ayant des difficultés à se penser responsable ; une relation de confiance solide avec l'extérieur ne va pas de soi et le sujet est toujours aux aguets, craignant l'emprise et réagissant violemment à toute frustration.

Conclusion

Adolescents et patients limites semblent partager des liens spécifiques, au niveau du fonctionnement mental et des mouvements dynamiques conflictuels. L'adolescence elle-même n'est-elle parfois pas vue comme un état limite ? Dans les descriptions des adultes borderline, l'adolescence apparaît prolongée et, de fait, le patient borderline reste dans l'adolescence sans en porter à terme les processus [20].

L'étude des caractéristiques de ce trouble pendant l'adolescence apparaît donc comme particulièrement intéressante et il conviendrait dès lors, comme pour tout adolescent, que le travail d'évaluation porte essentiellement sur l'articulation de la réalité interne et de la réalité externe et sur la possibilité de penser cette articulation en termes de fonctionnement psychique, de façon à rendre compte du poids de cette réalité externe dans l'économie du fonctionnement interne. Ce qui est en jeu ce ne sont pas uniquement les contenus fantasmatiques, essentiellement déterminés par le monde interne des représentations, mais bien plutôt la portée dans l'économie psychique de ces contenus fantasmatiques. Cette portée dépend en particulier de ce jeu des investissements et des contre-investissements ainsi que des effets de résonance entre ces contenus fan-

tasmatiques internes et cette réalité externe qui seront plus ou moins absorbés et contenus par le moi selon la fragilité constitutive de celui-ci.

Tout le travail psychothérapeutique visera, non à colliger puis tenter de corriger les symptômes, ce qui ne sert qu'à rendre conscient plus ou moins dangereusement le patient de sa propre émotivité, mais à travailler, à la faveur de la rencontre thérapeutique identificatoire, à la reconstruction de modalités relationnelles affectives, suffisamment bonnes, que la maladie avait étouffées.

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

Références

1. Corcos M, Pham-Scottet A, Speranza M. *Les troubles de la personnalité borderline à l'adolescence*. Paris : Dunod, 2014.
2. Clark LA. Resolving taxonomic issues in personality disorders: the value of large-scale analyses of symptom data. *J Pers Disord* 1992 ; 6 : 360-76.
3. Clark LA, Livesley WJ, Morey L. Personality assessment : the challenge of construct validity. *J Pers Disord* 1997 ; 11 : 205-31.
4. Freud S. « Le moi et le ça » (1923). In : *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot, 1981.
5. de M'Uzan M. *Aux confins de l'identité*. Paris : Gallimard, 2005.
6. Deleuze G. *Entretiens avec Claire Parnet*. Paris : Denoël, 2000.
7. Green A. *La folie privée, psychanalyse des cas limites*. Paris : Gallimard, 1990.
8. Greaves GB. Multiple personality. 165 years after Mary Reynolds. *J Nerv Ment Dis* 1980 ; 168 : 577-96.
9. Buck OD. Multiple personality as borderline state. *J Nerv Ment Dis* 1983 ; 171 : 62-5.
10. Masterson J. Diagnostic et traitement du syndrome « borderline » chez les adolescents. *Confrontations Psychiatriques* 1971 ; 7 : 125-55.
11. Zanarini MC, Yong L, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Marino MF, Vujanovic AA. Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *J Nerv Ment Dis* 2002 ; 190 : 381-7.
12. Fonagy P, Higgitt A. A developmental perspective on Borderline Personality Disorder. *Revue Internationale de Psychopathologie* 1989 ; 1 : 125-59.
13. Fonagy P. Playing with reality: the development of psychic reality and its malfunction in borderline personalities. *Int J Psychoanal* 1996 ; 76 : 39-44.
14. Gunderson J. The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability. *Am J Psychiatry* 1996 ; 153 : 752-8.
15. Ludolph P, Mislé B, Jackson A, Wixom J, Wiss C. The borderline diagnosis in adolescents : symptoms and developmental history. *Am J Psychiatry* 1990 ; 147 : 470-6.
16. Goldman SJ, D'Angelo EJ, DeMaso DR. Psychopathology in the families of children and adolescents with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1993 ; 150 : 1832-5.
17. Bezirgianian S, Cohen P, Brook JS. The impact of mother-child interaction on the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1993 ; 150 : 1836-42.
18. Adler G. *Borderline Psychopathology and the treatment*. New Jersey : Jason Aronson, 1985.
19. Roussillon R. Les enjeux de la symbolisation à l'adolescence. (Congrès ISAP, Aix-en-Provence, 1999). *Adolescence* 1999 : 68-77.
20. Corcos M. *La terreur d'exister. Psychopathologie des fonctionnements limites*, 2^e éd. Paris : Dunod, 2014.