

UNIVERSITE DE BREST - BRETAGNE OCCIDENTALE
Faculté de Médecine & des Sciences de la Santé

Année 2014

N°

THESE DE
DOCTORAT en MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Par

Mr de LASSAT de PRESSIGNY Gildas
Né le 8 Janvier 1984 à METZ (57)

Présentée et soutenue publiquement le : 22 Octobre 2014.

**Etats limites à l'adolescence.
Spécificité et enjeux diagnostiques et thérapeutiques
à partir d'un cas clinique**

Président

Mr le Professeur M. BOTBOL

Membres du Jury

Mr le Professeur M. WALTER
Mr le professeur JD. DEWITTE
Mr le Docteur S. SAINT-ANDRÉ

UNIVERSITE DE BREST – BRETAGNE OCCIDENTALE

UNIVERSITE DE BREST - BRETAGNE OCCIDENTALE
Faculté de Médecine & des Sciences de la Santé

Année 2014

N°

THESE DE
DOCTORAT en MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Par

Mr de LASSAT de PRESSIGNY Gildas
Né le 8 Janvier 1984 à METZ (57)

Présentée et soutenue publiquement le : 22 Octobre 2014.

**Etats limites à l'adolescence.
Spécificité et enjeux diagnostiques et thérapeutiques
à partir d'un cas clinique**

Président

Mr le Professeur M. BOTBOL

Membres du Jury

Mr le Professeur M. WALTER
Mr le professeur JD. DEWITTE
Mr le Docteur S. SAINT-ANDRÉ

UNIVERSITE DE BREST – BRETAGNE OCCIDENTALE

REMERCIEMENTS

Mr. Le Professeur Botbol

Votre présence lors de nos stages et la vision clinique que vous avez partagée avec nous nous a permis d'affiner notre perception de la clinique. Nos échanges nous ont permis d'ouvrir nos recherches bibliographiques et d'approfondir avec un grand plaisir ces courants théoriques. Vous avez accepté de présider ce jury et de co-diriger ce travail de thèse.

Veuillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance la plus sincère et de notre plus profond respect.

Mr. Le Professeur Walter

Nous avons eu l'honneur de suivre vos enseignements sémiologiques et cliniques. Votre ouverture aux différents courants épistémologiques nous a encouragé à appréhender le sujet sous divers angles complémentaires.

Veuillez trouver ici l'expression de notre gratitude et notre plus profond respect.

Mr. Le Professeur Dewitte

Nous sommes honorée de vous compter parmi les membres de notre jury de thèse. Nous vous remercions du temps que vous nous avez accordé.

Veuillez trouver ici le témoignage de notre gratitude et de notre plus profond respect.

Mr. Le Docteur Saint-André

Depuis le début de mon internat, et plus particulièrement au cours de mes stages en pédopsychiatrie, vous avez toujours répondu à mes sollicitations concernant la clinique et la prise en charge de nos patients. Votre présence et votre pédagogie ont beaucoup contribué à ma formation. Votre accompagnement au cours de ce travail a été pour moi une aide précieuse. Je suis heureux d'avoir pu trouver chez vous un directeur de thèse, un confrère et un ami.

Veillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon plus profond respect.

Aux équipes soignantes et aux chefs avec lesquels j'ai pu travailler.

A ma famille et à mes proches.

Ma sœur Guénaëlle.

Merci de m'avoir emmené en vacances avec tes amis à mes quinze ans, ma vocation de faire médecine et de côtoyer la folie viennent en grande partie de ces moments.

A mes parents et mon frère Yves.

Merci pour votre présence et votre soutien au cours de ces années. Avec toute mon affection.

A mes collègues internes.

Pour ces moments passés à l'hôpital et en dehors.

A mes amis nancéens.

Charles-Henry (le poulpe), Macaire, Aurélien, Benjamin (capitaine !), Charles (oui, toi aussi) et tous les autres. Chacun suit aujourd'hui sa voie mais vous retrouver est toujours un plaisir.

A toutes les personnes qui ont pu m'aider au cours de ces années.

Veillez croire en mes sincères remerciements.

Table des matières

1	Introduction.....	1
2	L'adolescence et les états-limites	3
2.1	Les âges de la vie	3
2.2	Une période de construction identitaire	5
2.3	L'adolescence et ses enjeux.....	6
2.3.1	La question du lien	6
2.3.2	Une adolescence en crise.....	6
2.3.3	L'importance de la réalité externe	7
2.4	Historique des états-limite.....	9
2.4.1	Historique du concept.....	9
2.4.2	Particularité et intérêt du trouble de la personnalité borderline.....	10
2.5	Expression clinique du trouble de la personnalité borderline chez les adolescents.....	12
2.5.1	Angoisses.....	12
2.5.2	Manifestations névrotiques.....	12
2.5.3	Troubles thymiques.....	13
2.5.4	Troubles du comportement	14
2.5.5	Symptômes psychotiques.....	15
2.5.6	Modalités relationnelles	15
2.6	Validité clinique du trouble de la personnalité borderline	16
2.6.1	Trouble de la personnalité limite chez l'enfant	17
2.6.2	Validité du trouble de la personnalité chez l'adolescent.....	18
2.7	Eclairage psychopathologique du trouble	20
2.7.1	La relation d'objet et l'espace transitionnel.....	21
2.7.2	Relation d'objet anaclitique.....	23
2.7.3	Réalités externe et interne, un paradigme paradoxal de l'adolescence	24
2.7.4	La destructivité, une défense identitaire.....	25
2.7.5	Les relations incestuelles	27
2.8	Organisation systémique des familles.....	28
2.8.1	La cécité familiale	29
2.8.2	Les pathologies familiales	29
2.8.3	Les mythes familiaux.....	30
2.8.4	Les transgressions et le travail transgénérationnel	31
2.8.5	Les équivalents incestuels	31
2.8.6	Axiomatique de la communication.....	31
3	Observation clinique - discussion diagnostique	34
3.1	Antécédents	34
3.2	Biographie.....	35
3.3	Histoire de la Maladie	37
3.3.1	Première hospitalisation	37
3.3.2	Seconde hospitalisation	40
3.3.3	Hospitalisations séquentielles	43
3.4	Discussion diagnostique	47

3.4.1	Diagnostics différentiels	48
3.4.2	Diagnostic de trouble de la personnalité borderline.....	51
4	Eléments de prise en charge	59
4.1	Prise en charge médicamenteuse	60
4.1.1	Revue de la littérature	60
4.1.2	Thérapeutiques médicamenteuses envisagées chez Katrina	61
4.2	Prise en charge non médicamenteuse.....	63
4.2.1	La discontinuité thérapeutique	63
4.2.2	Place de l'institution dans la prise en charge des états-limites	64
4.2.3	Prise en charge familiale.....	72
5	Conclusion	77
6	Bibliographie.....	80

1 Introduction

Les états-limites représentent un vaste champ de la nosographie actuelle dont les origines remontent à 1884 sous le terme « *Borderland* » qui fut utilisé par C. Hughes pour décrire des états oscillants entre la névrose et la démence. Ce concept fut par la suite développé au cours du XXe siècle pour aboutir au trouble de la personnalité borderline que nous connaissons aujourd'hui.

Dans la pratique clinique, de nombreux adolescents ont une présentation clinique pour laquelle nous pouvons retenir le diagnostic d'état-limite. Ceci doit amener un questionnement sur la validité d'une telle démarche d'une part du fait du trouble, et d'autre part du fait de l'âge. En effet, évoquer ce trouble, de même que tout autre trouble de la personnalité, chez l'enfant et l'adolescent, pose la question de la validité du diagnostic et de la pertinence d'une approche catégorielle pour une clinique à ces âges volontiers évolutive.

L'adolescence est une période propice pour de nombreux remaniements. De plus, le concept même d'adolescence a connu au fil des années d'importants remaniements qui nous ont conduit des rituels d'initiation des sociétés tribales primitives à ce qu'on appelle communément de nos jours la crise d'adolescence dont l'existence résulte en partie, comme le décrit M. Gauchet, d'une redistribution des âges de la vie.

Au cours de ce travail de thèse, nous serons amenés à explorer ces différents concepts que représentent l'adolescence et les états-limites avant d'aborder les éléments psychopathologiques qui représentent les soubassements de la clinique observée. Dans cette démarche, nous serons amenés à coordonner une approche symptomatique et catégorielle, et une approche étiologique, volontiers dimensionnelle.

A l'aide d'un cas clinique extrêmement riche, nous pourrons alors illustrer la base théorique que nous proposons ici pour pouvoir discuter du diagnostic de trouble de personnalité borderline selon la méthode que nous proposons.

Enfin, nous nous consacrerons à la prise en charge des états-limites à l'adolescence et nous verrons que, comme ce trouble volontiers polymorphe et présentant des symptômes multiples, la prise en charge doit prendre en compte de nombreux éléments tels que la pharmacologie, la prise en charge institutionnelle, le travail en réseau et la prise en charge familiale. Nous montrerons alors comment des symptômes multiples appellent des prises en charge multiples.

2 L'adolescence et les états-limites

L'adolescence représente la frontière entre l'enfance et l'âge adulte. Elle répond d'une part aux impératifs physiologiques de la puberté et de l'acquisition du corps mature et sexué. Mais elle est aussi une réponse aux impératifs de la société du point de vue de la construction de la personnalité et de l'identité. Dans une approche ethnopsychiatrique, on sait que certains types de personnalité sont favorisés par une société (1). L'expérience psychotique pouvait alors être une qualité reconnue chez les shamans. La névrose obsessionnelle quand à elle, est apparue dans une période contemporaine de l'inquisition catholique et de l'introduction de la confession pour les masses (2). Plus récemment, la réflexion a été portée sur la relation circulaire entre les évolutions sociétales et l'expression clinique des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (3).

2.1 Les âges de la vie

Dans certaines sociétés, parfois considérées comme primitives, la transition entre les différents âges de la vie se fait par la voie du rituel (4). Comme l'explique P. Watzlawick dans le langage du changement, le rituel représente un processus permettant d'accéder à un ordre symbolique. Il note de plus que ces rituels ont tendance à s'exprimer différemment dans nos sociétés dites évoluées. De plus, grâce aux études de G. Bateson concernant les tribus de Nouvelle-Guinée (5), on peut constater que l'adolescence sous la forme d'un processus étalé dans le temps n'y existe tout simplement pas. Les membres de ces tribus, ces *familles* primitives et archaïques, passent directement de l'enfance à l'âge de devenir des guerriers sans transition autre qu'un rituel tribal. De nos jours, certains rituels persistent au cours de l'adolescence. Certes, ils n'ont plus pour but de nous faire devenir des guerriers ou des chamans, mais ils vont nous aider à franchir le cap symbolique que constitue le passage d'un âge de la vie vers un autre. Par exemple, le baccalauréat, contemporain de l'arrivée à la majorité, constitue pour chacun un passage obligé où les mêmes désirs et les mêmes craintes vont être présents. La valeur symbolique du rituel, ou du rite de passage, ne tient pas seulement à la valeur que l'individu lui donne

mais aussi et surtout à celle que lui confère le groupe, avec une reconnaissance par celui-ci d'un changement de statut du jeune. Cependant la valeur que l'on accorde à ces épisodes de la vie ainsi que la valeur que l'on accorde au principe du rituel, associées à leur étalage dans le temps ont abouti à une disparition, ou plutôt à une perte de la valeur du rituel (4).

On devine alors que l'adolescence va être la cible de nombreux enjeux rendus compliqués au plan symbolique par la perte de la valeur du rituel permettant l'identification au groupe, et surtout l'inscription dans le groupe, et représente une redistribution des âges de la vie ainsi qu'un floutage des frontières les séparant comme le décrit M. Gauchet (6). Pour aller plus loin, certains auteurs ont trouvé nécessaire d'introduire les néologismes « d'adonnaissant » (de Singly, 2006), « d'adulescent » (Anatrella, 1988)(7), on parle aussi « d'adolescents prépubères », de « pré-adolescents », « d'ado attardés ». A l'opposé des tribus de Nouvelle-Guinée qui accèdent à l'âge adulte par le rituel, les sociétés modernes ont, involontairement, complexifié ce processus. L'adolescence au sens large ne se résume plus non plus à sa définition physiologique correspondant à la puberté. L'adolescence des sociétés actuelles pourrait alors se situer entre les âges de 12 à 30 ans (7). Cette complexification du processus d'adolescence est la résultante de la complexification des sociétés (3). La création de nouveaux âges de la vie est une tentative de rendre compte de la complexité des choses en raison de l'évolution de la société.

Nous l'aurons compris, la vie est pleine d'enjeux. Entre autres, celui de la difficulté de se construire en tant qu'adolescent et celui encore plus compliqué de se définir en tant qu'adulte. Paradoxalement, chacun se rend compte qu'il peut se considérer comme adulte par un simple constat. Comme me l'a dit un jour ma propre mère : « *on devient adulte le jour où l'on arrête d'apporter sa lessive à sa mère.* »

Cependant le chemin de l'enfance et de l'adolescence va être long. Et il passera par des étapes essentielles de la construction identitaire du sujet telles que les deux étapes du processus d'autonomisation-individuation, l'accès à une pensée symbolique et autonome de même qu'une autonomie d'action.

2.2 Une période de construction identitaire

Il est aussi compliqué de se définir en tant qu'adulte et en tant que sujet que de se construire en tant qu'adolescent. *Tout ne se joue pas avant 3 ans* (8). Cependant, les bases d'une construction identitaire considérée comme « saine » vont trouver leurs assises dans plusieurs processus que l'on pourrait situer entre la naissance et le début de l'adolescence. Au cours de cette période, les frontières entre normal et pathologiques vont être très floues, comme le sont les âges de la vie. Nous allons exposer ces différents processus avant de les développer un peu plus tard dans le cadre de la pathologie.

Au cours de son développement, le sujet – alors encore enfant – va devoir accéder à la relation d'objet (9) et à la transitionnalité (10). Durant cette période, l'enfant et sa mère partagent une relation de séduction narcissique (11) : « *Une relation de séduction mutuelle originellement entre la mère et le bébé (...) Elle vise à l'unisson tout puissant, à la neutralisation, voire même à l'extinction des excitations d'origine externes ou pulsionnelles, et enfin à la mise hors circuit de la rivalité oedipienne.* »

Mais l'enfant est inexorablement en pleine croissance, du moment même où il est né. Il va alors devoir se séparer et s'individualiser vis à vis de ces objets primaires et partiels (9). Il entre alors dans ce que nous appelons la première étape du processus de séparation-individuation. Plus tard, au cours de ce qui correspond à la deuxième étape du processus de séparation-individuation, l'adolescent devient comme étranger à lui-même du fait des enjeux inhérents à la puberté. Il va alors partir en quête de ce passage du connu à l'inconnu, de l'enfance à l'âge adulte, poussé par cette transformation physique étrange, et pour cela il va devoir expérimenter, inventer, se confronter à l'autre. Rajoutons une difficulté à tout cela, tout serait si simple sinon. Marcel Gauchet analyse dans « la démocratie contre elle-même » (12) une tendance de nos sociétés à l'abrasement des différences, ce qu'il nomme « passion démocratique ». Pour Stéphane Saint-André (13), cette passion démocratique, en tendant à annuler toute différence dans le discours socioculturel, pourrait alors rendre plus difficile la construction identitaire de ces adolescents. Car il ne saurait y avoir de construction identitaire sans différences, ce discours socio-culturel

contemporain prend le risque de laisser en grand désarroi et en grande solitude des adolescents.

2.3 L'adolescence et ses enjeux

L'adolescence se confronte à une formulation à laquelle le sujet tente de trouver une réponse et qui s'exprime par une structure chiasmatique (4). *Je ne suis ni tout à fait un adulte, ni tout à fait un enfant*. La quête identitaire qui va tenter de trouver une solution à cette formule se confronte à la question du lien, à la crise d'adolescence et à l'importance de la réalité externe.

2.3.1 La question du lien

L'adolescence remet la question du lien au centre des préoccupations du sujet. La prise de distance vis à vis de ces objets externes d'attachement implique un investissement de nouveaux objets externes. Cela met à l'épreuve le narcissisme du sujet et son sentiment de sécurité interne car cette nouvelle liberté le soumet au risque d'abandon. Le sujet est déstabilisé, fragilisé, soumis au doute et ressent une plus grande nécessité de s'appuyer sur ces objets parentaux dont justement il doit se séparer.

En fonction de la solidité de ses assises narcissiques et de la manière dont le sujet aura effectué les différentes étapes de son développement et notamment l'élaboration à la position dépressive (9), son accès à la transitionnalité (14), il va lui être plus ou moins facile de faire face au paradoxe auquel il est confronté. Ce paradoxe est bien représenté par la formule de Jeammet « ce que je désire le plus est ce qui me menace le plus », sous-entendu, le lien à l'autre (15).

2.3.2 Une adolescence en crise

Durant l'adolescence, le sujet est soumis à la double contrainte de se nourrir de l'influence parentale et de se dégager de cette influence dans le même

temps. Ce modèle de double contrainte est exposé par M. Elkaïm dans le cadre des thérapies de couples (16) mais peut également s'appliquer dans le cadre de la crise d'adolescence. Comme dans un couple, la crise d'adolescence implique d'être deux.

Considérons le couple parental d'un côté et l'adolescent de l'autre. Chacune des deux parties est soumise à la contrainte de satisfaire réciproquement les demandes de l'autre partie. Du côté parental, on pourrait formuler cela par : *tu dois être comme nous si tu veux pouvoir grandir*. Du côté de l'adolescent cela donne : *si je veux grandir, je dois faire le contraire de ce que pensent mes parents*.

Du point de vue de la normalité, il n'y a aucun problème. On peut facilement se rendre compte que chacune de ces deux injonctions n'exclue pas forcément l'autre même si cela peut passer pour un paradoxe. Chacun nourrit l'autre par ses contradictions et s'accompagne mutuellement dans ce moment de crise.

C'est au même moment que le sujet va investir d'autres objets que les objets parentaux par le biais de l'identification au groupe (17). Aussi, l'on peut voir des jeunes arborant d'étranges coupes de cheveux, tous la même, qu'ils adoptent au moment précis où leurs parents décident de les envoyer chez le coiffeur. Les plus originaux allant jusqu'à porter un sac à dos, tous le même, alors que les parents les verraient si bien porter un cartable.

Ces exemples imagés illustrent bien cette contradiction qui n'existe pas vraiment. Au final, les cheveux sont coupés et les livres d'école sont sur le dos.

L'identification groupale est donc le carburant du moteur interne de l'adolescent. Pour développer sa réalité interne, identifier ses émotions et se définir comme individu, la réalité externe va être une pierre angulaire de la construction du sujet.

2.3.3 L'importance de la réalité externe

Le lien à la réalité externe est primordial à l'adolescence. C'est à cette extrême dépendance contextuelle que fait référence la notion « d'espace psychique

élargi » proposée par Jeammet (18). Cet espace est constitué des différents objets, individus, à qui l'adolescent abandonne inconsciemment telle ou telle partie de ses instances psychiques à différents moments de sa vie. Il délègue ainsi à ces objets externes un rôle supplétif assurant temporairement et fonctionnellement « une circulation psychique extra corporelle ». C'est sur cette particularité de la vie psychique que s'appuient les interventions éducatives et thérapeutiques à cet âge (19).

La stabilité de la réalité externe permet alors au sujet de faire face à une menace de désorganisation psychique. Ceci est d'autant plus vrai dans le cas des pathologies limites. Ainsi, Bergeret (20) les définit comme une structure psychopathologique qui recherche dans la réalité externe des éléments pour colmater les défaillances des processus internes.

Il se produit une période de réécriture et déchiffrement des événements et éprouvés passés. Cette reviviscence permet une redécouverte de la réalité interne qui, si elle se fait sans trop d'accrocs, va autoriser un mouvement parallèle de redécouverte du monde externe qui entoure ces sujets, dans sa dimension sociale et culturelle. Peu à peu, un espace partagé, ni totalement subjectif, ni totalement objectif, va être élaboré et pourra s'enrichir, permettant au sujet de devenir membre à part entière du groupe social (21).

Pour la plupart des adolescents, cette période se passera sans grande difficulté à la condition d'être soutenu par les acquis de l'enfance et un environnement adéquat, et s'il n'y a pas trop de conflit avec l'héritage légué. L'adolescent pourra alors faire face à ses interrogations sans trop de risque d'anéantissement et anticiper de façon positive son avenir fort de ses expériences positives passées qu'elles soient personnelles ou relationnelles.

Mais pour d'autres, ce temps de fragilisation et de mise à l'épreuve des ressources internes fait de l'adolescence un moment où la pathologie est comme un miroir grossissant de ces changements. L'échec de ce processus adolescent est la condition de déclenchement d'un syndrome borderline à l'adolescence. Confronté à une dépression d'abandon inélaborable lors de la réactivation du

processus de séparation individuation, il va mettre en place des défenses diverses et variées, qui se manifesteront parfois par des troubles externalisés visibles et bruyants.

2.4 Historique des états-limite

2.4.1 *Historique du concept*

Le concept d'état-limite est une entité clinique qui retrouve ses racines à la fin du XIXe siècle, la première occurrence du terme remontant à 1884. Il fut introduit par C. Hugues (22), originellement sous le terme « *boderland* » pour décrire des états oscillants entre les limites de la démence et de la normalité. Au cours de la première moitié du XXe siècle, ce concept va être repris et l'on verra alors apparaître le terme *borderline* dès 1938 dans les travaux de A. Stern pour décrire ces sujets « *dont les symptômes se situent quelque part entre la névrose et la psychose* ». (23)

Jusqu'alors, l'état-limite répondait donc à une zone tampon de la nosographie, et décrivait des sujets que cette même nosographie échouait à décrire et à catégoriser. La clinique de ces sujets ne correspondant ni tout à fait à un état névrotique, ni tout à fait à un état psychotique.

Par la suite, des auteurs tels que H. Deutsch (1942), O. Kernberg (1967), J. Bergeret (1970) ou encore H. Kohut (1971) ont inclut dans le tableau des descriptions aussi diverses que la personnalité « as-if », la dépression anaclitique, la dépression essentielle et les personnalités addictives, psychosomatiques ou perverses (19).

O. Kernberg va par la suite proposer la première organisation syndromique des états-limites via un ensemble de symptômes, bien qu'aspécifiques, permettant d'identifier les sujets présentant cette organisation (24). C'est dans ce même temps que la psychiatrie va connaître un glissement d'une approche dimensionnelle vers une approche catégorielle et que la notion de trouble de la personnalité va alors apparaître. C'est à ce moment que sera introduit le terme de « trouble de la personnalité *borderline* » (TPB) et que des critères diagnostiques vont alors être décrits (25). A l'aube des années 80, avec la parution de la troisième édition du

Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (26), le TPB fut alors considéré comme suffisamment approfondi et validé pour figurer dans les troubles de la personnalité.

2.4.2 Particularité et intérêt du trouble de la personnalité borderline

De par ses origines variées, le TPB se retrouve alors à une double convergence : au point de rencontre entre névrose et psychose, héritage d'une tradition psychanalytique, et accompagne dans le même temps le glissement de l'approche dimensionnelle vers une approche catégorielle répondant à des dogmes cliniques fondamentalement opposés. Cependant, il n'est pas inopportun de pouvoir articuler ces différentes approches cliniques dimensionnelle et catégorielle afin de pouvoir mettre un sens aux problématiques et à l'expression symptomatique de sujets adolescents.

Cet historique illustre alors le polymorphisme que nous constaterons très fréquemment dans les organisations limites. L'étude clinique et sémiologique de ces cas pourra alors se baser sur des concepts psychanalytiques sujets à un grand éclectisme des dénominations employées avec les états, les troubles (de l'ordre du symptôme), le syndrome (comme association typique d'un groupe de symptômes), le fonctionnement (résultant de l'interaction syndrome-environnement), ou bien la structure, tous limites. Et fera également appel au concept du trouble de la personnalité borderline (TPB), purement descriptif et caractérisé par un syndrome spécifique, aux symptômes catégorisés, et de forte consistance interne, stable dans l'instabilité même (19).

Cette double approche va permettre d'évoquer une personnalité borderline dans une clinique de l'adolescent, volontiers atypique et évoluant dans le temps, contrairement à une clinique de l'adulte, plus facilement enkystée, chronique, peu évolutive. Car il est clair que les classifications modernes type DSM ou CIM ne peuvent qu'en partie répondre aux questions soulevées par la clinique de l'adolescent.

Elles ne sont pas pour autant dénuées d'intérêts par le fait qu'elles permettent une description symptomatique de ces états. Mais d'un point de

vue plus large, et pour répondre aux questions de la clinique de l'adolescent, et par extension de l'adulte ou encore du jeune adulte, la question du sens, sous-tendue par les différents concepts psychanalytiques, est d'une importance tout aussi capitale.

Tout comme l'adolescence se situe à la frontière de l'enfance et de l'âge adulte, le TPB peut alors se caractériser comme un point de convergence asymptotique avec le concept d'une structure limite de la personnalité sous-tendue par la clinique psychanalytique.

La base de la clinique et du diagnostic des états-limites est donc d'admettre la coexistence de niveaux régressifs structuraux différents (27), à la fois névrotiques et archaïques. Le sujet limite se caractérise donc dans le cas de l'adolescence par un défaut de structuration. *« Ce qui l'oblige à constituer sans cesse des défenses qui épousent une astructuration, une structure trouée, aux lignes brisées ou trop molles du moi pour parfaire continûment un cerclage du moi originairement défaillant. »*(27). La structuration d'un sujet est à différencier de sa structure et ne signifie pas l'absence de structure. Comme nous le verrons, et d'une manière assez paradoxale, les états-limites sont une entité où l'instabilité du sujet et de sa clinique constitue un élément stable du diagnostic, mais qui saura également évoluer dans le temps. Aussi, l'on peut dire que l'état-limite est *« stable dans l'instabilité même. »* (27).

Il est donc difficile de structurer la clinique d'un sujet qui possède une structure définie par l'astructuration et qui développe des symptômes tant névrotiques que psychotiques sans qu'aucun ne soit pour autant pathognomonique. Comme l'a souligné Kernberg (24), c'est la concordance de certains symptômes intégrés à une compréhension d'inspiration psychanalytique qui va permettre d'évoquer la possibilité d'une organisation limite chez un adolescent. En effet, le polymorphisme des symptômes est tel que l'on peut rencontrer conjointement ou successivement des angoisses, des manifestations névrotiques, des troubles thymiques, des troubles du comportement, des conduites de dépendance ainsi que des modalités relationnelles pour le moins perturbées ou encore des épisodes psychotiques ou parapsychotiques.

Pour accompagner cette approche, nous allons dans un premier temps décrire l'expression symptomatique du TPB telle que l'on peut l'observer chez des adolescents avant de tenter de décrire les mécanismes pouvant expliquer cette expression d'un point de vue psychanalytique et psychodynamique.

2.5 Expression clinique du trouble de la personnalité borderline chez les adolescents

2.5.1angoisses

L'angoisse est classiquement décrite comme permanente, flottante, diffuse, envahissante et incontrôlable. Cette angoisse, non-psychotique (maintien des frontières entre le Moi et l'objet) malgré un certain degré d'indifférenciation du fait du mécanisme d'identification projective, ni à proprement parler névrotique (sentiment d'échec, culpabilité), est une angoisse de perte ou plutôt d'éloignement d'objet (anaclitisme) associée à une crainte pour l'intégrité du Moi et de la cohérence interne, et à un sentiment d'abandon et de crainte d'effondrement qui expriment un « mal de vivre chronique » (28). L'angoisse est ténébreuse et délabrante et donc désubjectivisante. Elle témoigne de la réviviscence et non de la réminiscence d'expériences agoniques primitives, plus ou moins traumatiques (27).

2.5.2 Manifestations névrotiques

Elles sont typiquement d'une grande variété, si bien que l'on peut alors parler de névrose polysymptomatique (24). D'ailleurs phobique, hypochondriaque, obsessionnelle (idées obsédantes et rituels), sans oublier les symptômes hystériques, les manifestations névrotiques sont toujours très bruyantes.

On peut cependant retrouver des éléments évocateurs et qui marquent la différence avec une névrose constituée.

Les rituels tout d'abord, lorsqu'ils sont présents, seront classiquement dénués de lutte anxieuse ou encore de critique. Ils feront également appel à un rationalisme inattendu pour ce type de symptômes névrotiques. De plus, la rigidité défensive ainsi que le besoin d'autopunition seront beaucoup plus discrets que dans une clinique obsessionnelle classique.(29)

Les symptômes d'allure phobique, sont également d'une nature très variée. Agoraphobie, claustrophobie, ou encore phobies d'impulsions, elles sont alors très anxiogènes et impliquent une forte dépendance à l'égard des objets de réassurance (personnes ressources, services d'urgences ou institutions).

Certains symptômes corporels, notamment ceux touchant à l'image de soi comme l'éreutophobie, la phobie du regard ou tout autre symptôme apparenté à la phobie sociale, seront teintés d'une tonalité persécutive dans la relation à autrui évoquant volontiers des aménagements psychotiques ou projectifs.

Enfin, les symptômes hystériques seront dénués de l'érotisation propre à cette névrose mais laisseront apparaître une clinique évoquant des personnalités antisociales avec des comportements manipulateurs, ainsi qu'une forte dimension d'agressivité (27).

2.5.3 Troubles thymiques

Ils occupent une place importante chez ces adolescents. Contrairement aux autres symptômes évoqués qui, comme nous l'avons précisé, sont relativement aspécifiques, la « dépression limite » quant à elle, comporte plusieurs spécificités.

Le ralentissement psychomoteur est rare, on retrouve aussi une désadaptation grave du sujet à sa réalité externe et interne ou bien encore la qualité d'identification et de verbalisation des affects (dont l'intensité est importante) qui renvoie à « *des sentiments de vide, des peurs d'abandon, voire une autocondamnation plutôt qu'à une tristesse.* » (27,29)

Ce sentiment de vide intérieur va également sous-tendre des conduites de mise en danger : abus de substances, automutilations. Et c'est précisément ce sentiment (vide intérieur) qui différencie ces sujets des patients déprimés non borderline (28).

On retrouve de plus des distorsions spécifiques des perceptions interpersonnelles (27) avec la nette tendance à interpréter le comportement des autres en termes d'abandon, de rejet, pouvant aller jusqu'à s'exprimer dans le cadre de mécanismes pseudo-délirants.

2.5.4 Troubles du comportement

Il s'agit là d'un véritable *modus operandi* pour les adolescents au fonctionnement limite. Ces troubles du comportement de types impulsifs sont bien souvent un motif de consultation aux urgences, le risque étant comme nous l'illustrerons plus tard, de ne pas tomber dans le piège de l'urgence (30). Ces symptômes représentent la principale modalité d'interaction de ces sujets au plan interpersonnel. Réalisant au maximum un tableau d'allure psychopathique (31), l'agitation qu'il faut alors prendre en charge constitue un piège diagnostique qui peut nous faire omettre de prendre en charge l'enfant ou l'adolescent dans sa globalité. Ainsi, le risque peut être de prendre régulièrement un adolescent en charge pour des passages à l'acte récurrents et d'omettre une prise en charge plus adaptée à défaut d'un diagnostic d'état-limite et de l'éclairage qui l'accompagne.

Ces troubles du comportement vont être schématiquement de deux types. On peut distinguer les passages à l'acte, au double tropisme auto et hétéro-agressif. Comme le décrivent Gicquel et al. (27) : « *Les gestes autoagressifs, uniques ou multiples, isolés ou combinés, vont des automutilations aux tentatives de suicide sans omettre les épisodes d'ivresses aiguës, les accès boulimiques ou tout autres conduites à risque pour ne citer que ces quelques illustrations. Les actes hétéroagressifs renvoient à des épisodes de colères, à des accès de violence ou bien à des vols sans que cette énumération ne soit exhaustive tant la variété des actes peut être étendue.* » Kernberg souligne, en outre, la dimension pérennisante d'une ligne de force du fonctionnement de ces sujets, à savoir le clivage (24). Séparant le bon du

mauvais, le penser et l'agir, l'interne et l'externe, ce clivage empêche donc ces sujets à élaborer autour de leurs passages à l'acte.

Les conduites de dépendance, sont également extrêmement polymorphes. On retrouvera de nombreux symptômes s'exprimant dans de nombreux champs de conduites : usage de toxiques ou d'alcool, addictions comportementales, trouble des conduites alimentaires. Ils s'expriment aussi sur le plan de la sexualité : multiplicité des partenaires, pratiques impulsives et chaotiques. Tous ces comportements sont à l'image du reste du tableau clinique : globalement à risque, aux conséquences potentiellement graves, ces conduites sont considérées comme les « prothèses externes » (27) au sens narcissique pour les adolescents au fonctionnement limite. Nous pouvons également préciser que ces conduites, notamment l'usage de toxique constituera un facteur pronostic négatif prépondérant (32)

2.5.5 Symptômes psychotiques

D'allures psychotiques ou parapsychotiques, ces symptômes sont classiquement brefs et labiles. On retrouve ici des expériences paranoïaques, des épisodes d'états confusionnels ou encore d'hallucinations visuelles plutôt qu'auditives et de pensée bizarre. Notons également qu'il est difficile de les rattacher à un syndrome psychotique délirant, marquant ainsi leur caractère atypique caractéristique de ces symptômes dans le cadre d'une organisation limite.

2.5.6 Modalités relationnelles

L'étude de ce point particulier du tableau clinique est un élément capital pour pouvoir mettre en corrélation un tableau clinique de type borderline chez un adolescent avec un diagnostic d'état-limite. Il est nécessaire d'introduire alors la notion d'anacritisme. Signifiant littéralement « s'appuyer sur », il s'agit de la relation d'objet que l'adolescent peut parvenir à mettre en place. Nous pouvons également assimiler l'anacritisme à ce que Bergeret appelait la menace dépressive ou la dépressivité (20).

Les travaux de Mélanie Klein notaient l'incapacité de l'adolescent « borderline » à accéder à une position dépressive par incapacité à concevoir la perte d'une relation symbiotique avec sa mère. Il faut également différencier une relation anaclitique d'une position schizo-paranoïde qui évoque une fusion totale. Cette position anaclitique induit sur les relations de l'adolescent, qui se font sur un fond d'angoisse, une alternance de sentiments d'abandon et d'appétence affective massive et inassouvie. Fusion et rejet se succèdent donc provoquant l'effondrement des bases d'une relation stable.

Comme nous venons de le voir, la symptomatologie des états-limites est excessivement polymorphe. La grande variété des symptômes inter et intra-individuels pourra constituer un écueil diagnostique important. En effet, d'un point de vue synchronique, l'expression du trouble va très largement différer d'un sujet à un autre mais d'un point de vue diachronique, l'expression du trouble chez un individu donné va connaître de nombreux remaniements modifiant l'expression symptomatique. Signalons par ailleurs que cette variation syndromique a récemment été mise en évidence du point de vue de l'évolution du trouble, et montre une tendance à une diminution naturelle de l'intensité symptomatique au décours d'une prise en charge adaptée (32).

Cependant, un tel diagnostic chez un sujet adolescent ne saurait se contenter d'un simple catalogue de symptômes. Bien que nécessaire, il n'est en aucun cas suffisant. Ce syndrome est sous-tendu par de nombreux aspects d'inspiration psychanalytique que nous allons maintenant nous efforcer de décrire. Ces symptômes vont alors bénéficier d'un éclairage psychopathologique permettant d'entrevoir le sens d'une clinique sans sens apparent.

2.6 Validité clinique du trouble de la personnalité borderline

Les troubles de la personnalité borderline existent chez environ 10 à 15 % des adolescents (études américaines et françaises) (33–35). Le pic de fréquence se situe autour de 14 ans, puis il décroît pour réaugmenter à la fin de l'adolescence.

Les troubles avec l'intensité la plus sévère sont le plus souvent retrouvés à la fin de l'adolescence. Le trouble de la personnalité borderline serait également le plus fréquent des troubles de la personnalité chez l'adolescent (36) et les filles sont beaucoup plus atteintes que les garçons (18 % versus 10 % dans l'étude de Chabrol).

2.6.1 Trouble de la personnalité limite chez l'enfant

Les enfants limites ont d'abord été décrits comme des enfants souffrant de psychose bénigne ou d'une forme particulière de psychose, à la limite de la névrose, forme particulièrement réactionnelle à l'environnement (travaux de M. Mahler, A. Freud, Geleerd). C'est Ekstein qui, le premier, a utilisé le terme de borderline, par ressemblance à la structuration de personnalité de l'adulte.

Ces descriptions restaient des cas isolés et c'est dans les années 1980 que l'on a vu se développer des études qui recherchaient des critères diagnostics valides. Aux Etats-Unis, Bemporad (37) a individualisé cinq critères diagnostiques : une fluctuation de fonctionnement entre un fonctionnement névrotique et psychotique, cette fluctuation étant due à des facteurs environnementaux, une difficulté à gérer l'angoisse, une grande difficulté à différencier la réalité et l'imaginaire, des difficultés à établir des relations avec les pairs, un manque de contrôle de soi (difficultés à gérer la colère, besoin de gratification immédiate).

Ces troubles sont très souvent associés à une histoire d'abus sexuels ou de maltraitance, des symptômes neurologiques non spécifiques, et à un développement dysharmonique. En France, R. Misès a créé une entité diagnostique appelée pathologies limites de l'enfance (38) ; il met l'accent sur l'absence de configuration œdipienne structurante et l'absence de processus anti objectaux que l'on retrouve dans la psychose, la présence de mécanismes de défenses archaïques, une dépressivité, une capacité de différenciation vis à vis de la mère présente mais associée à des angoisses d'abandon très importantes. Il situe l'origine de ce trouble dans des

défaillances précoces de l'étayage maternel, et dans un échec à l'élaboration de la position dépressive.

Actuellement, la littérature américaine suggère la création d'un nouveau concept, proche de celui développé par R. Mises, de dysharmonie de l'enfance, dans lequel pourraient s'inclure les pathologies limites ; il s'agit du « Multicomplex Developmental Disorder » (39). Ce nouveau concept, qui souhaite répondre à des exigences de clarté et de rigueur scientifique, n'est cependant qu'un point de départ à des recherches sur l'évolution de ce type de pathologie. Le concept de pathologies limites chez l'enfant est donc, actuellement, en pleine évolution.

2.6.2 Validité du trouble de la personnalité chez l'adolescent

Depuis de très nombreuses années existent des descriptions de cas cliniques d'adolescents borderlines. Initialement décrits par des psychanalystes, puis par des psychiatres et pédopsychiatres les adolescents borderlines ont suscité de nombreux débats et polémiques. L'adolescence est en effet une période au cours de laquelle les passages à l'acte, l'impulsivité, la dépressivité sont extrêmement fréquents et donnent aux adolescents une présentation « borderline-like » qui prête à confusion. Jusqu'à encore récemment certains auteurs ne reconnaissaient pas l'existence d'un trouble de la personnalité borderline à l'adolescence. La symptomatologie observée n'était, selon eux, qu'une forme plus sévère de l'expression développementale normale de l'adolescence.

Cependant, des auteurs de plus en plus nombreux décrivaient, chez des adolescents, un certain nombre de traits pathologiques qui évoquaient le trouble décrit chez l'adulte. Ainsi, Geleerd, en 1958, décrit un groupe d'enfants et d'adolescents caractérisés par une perturbation du Moi et de son développement, et par une relation d'objet à la mère pathologique. Masterson, en 1973 (40), démontre la stabilité du caractère pathologique du trouble à l'adolescence. Il décrit un syndrome composé de cinq caractéristiques cliniques : des conduites d'acting-out, des difficultés dans les processus de séparation d'avec les parents, un historique d'une structuration du

caractère de type narcissique, des parents avec des personnalités borderlines, et des troubles de la communication familiale.

O. Kernberg a décrit initialement les personnalités borderlines chez l'adulte. Le diagnostic à l'adolescence lui paraît plus difficile, parce que l'adolescent lors de cette période, présente une symptomatologie fluctuante et évolutive. Chez l'adolescent, il prône comme critère diagnostique central celui du trouble de l'identité associé au maintien du reality testing qui permet de différencier les adolescents borderlines des adolescents psychotiques (41).

O. Kernberg décrit des adolescents caractérisés par des affects instables marqués par la rage, la colère, la peur. Les relations familiales sont intenses avec une idéalisation ou une dévalorisation extrême de l'image parentale. Les adolescents présentent un faible niveau de tolérance à la frustration, les vécus dépressifs et les pertes sont très mal supportés. Enfin, ces adolescents peuvent présenter des épisodes psychotiques transitoires même s'ils gardent une épreuve de réalité conservée (42).

Vella et al ont défini six critères diagnostiques caractérisant ces adolescents : des relations interpersonnelles intensément perturbées, une altération (différente d'une absence) de l'épreuve de réalité pouvant être le fait de biais de sélection de la cohorte étudiée, une angoisse intense, des conduites impulsives, des symptômes fluctuants de type névrotiques, et enfin un développement dysharmonique ou présentant des distorsions (43).

Plusieurs types d'études ont permis de valider, de manière rigoureuse, le diagnostic de personnalité borderline à l'adolescence. Les premières études ont validé l'utilisation chez l'adolescent d'outils diagnostics habituellement utilisés chez l'adulte. Actuellement, il existe aux Etats-Unis plusieurs outils diagnostiques qui, comparés aux critères diagnostiques du DSM IV-R, présentent une sensibilité supérieure à 75 % et une bonne fiabilité inter-juges. Il s'agit du D.I.B. (Diagnostic interview for Borderlines), échelle établie en 1981 par Gunderson consistant en un entretien semi-structuré (44). Cette échelle fut remaniée en 1989 par Zanarini (45) : le DIB-R. L'autre outil est le I.P.D.E. (International Personality Disorder Examination) validé par Garnet aux Etats Unis également (46). Enfin, le T.A.T (Thematic Apperception Test) a prouvé sa très bonne sensibilité (33).

Plus récemment, en France, l'équipe de Chabrol a utilisé deux outils diagnostiques non encore validés chez l'adolescent (34) : le DIB-R et le STCPD (Screening Test for Comorbid Personality Disorders). Le DIB-R avait été validé en France uniquement chez l'adulte (35). Leur étude, même si elle extrapole le fait que ces deux outils n'ont pas encore été validés chez l'adolescent, en France, a cependant prouvé deux choses. Premièrement, le DIB-R a une très bonne fiabilité inter-juges. Deuxièmement, on peut utiliser le STCPD comme le DIB : ces deux outils présentent une très bonne corrélation. Chabrol propose donc l'utilisation du STCPD, outil très rapide (auto questionnaire) pour dépister les troubles borderlines. Ceci permet donc d'étudier des échantillons de grande échelle.

Toutes ces études ont donc prouvé que les adolescents borderlines se distinguaient des autres adolescents sur des critères quantitatifs et qualitatifs. Le trouble de la personnalité de type borderline est maintenant une entité diagnostique validée chez l'adolescent.

2.7 Eclairage psychopathologique du trouble

Comme nous l'avons déjà expliqué, c'est la concordance d'une expression syndromique de symptômes nécessairement accompagnés de soubassements psychopathologiques qui va permettre la validité du diagnostic. Nous pouvons faire un parallèle avec la pratique médicale où le diagnostic clinique s'accompagne toujours d'un diagnostic étiologique. Cette *étiologie* psychiatrique est la résultante de travaux variés décrivant plusieurs concepts que l'on peut retrouver dans une organisation limite.

Nous allons tenter de mettre en évidence l'étiologie relationnelle qui représente les soubassements d'un état-limite. En effet, il s'agit là avant tout d'un trouble de la relation. Mais qu'est ce qui définit une relation ?

En psychanalyse, la relation est ce qui lie deux sujets. Mais pour aller plus loin dans cette définition, d'un point de vue mathématico-logique, une relation définit le lien entre deux ou plusieurs éléments (47). Deux écoles de pensée nous proposent un abord différent et complémentaire de la relation : l'école psychanalytique avec sa

relation d'objet, et l'école systémique ayant étudié les interactions des différents éléments constituant les systèmes. Cette interaction constituant le mode d'expression en lien à la fois avec les représentations internes d'un sujet et avec son environnement par le biais de la communication.

2.7.1 La relation d'objet et l'espace transitionnel

Pour aborder ce sujet, introduisons la notion de relation d'objet. La relation d'objet est, en psychanalyse, le rapport du sujet avec les objets qui constituent le monde dans lequel il vit. Ce monde est d'essence tout autant interne qu'externe. Ce qui rend la notion d'objet à la fois aussi vaste et ambiguë que difficile à définir et ambivalente. D'où les diverses approches et réflexions chez les théoriciens de cette notion. Dans « Le vocabulaire de la psychanalyse » (48) de Laplanche et Pontalis, la relation d'objet est définie comme le résultat complexe d'une certaine organisation de la personnalité, d'une appréhension plus ou moins fantasmatique des objets et de types privilégiés de défenses. Aussi, chaque sujet va développer des modalités différentes de relation qui vont se baser sur sa structuration interne mais aussi sur le monde qui l'entoure. De ce fait, l'origine d'une pathologie psychiatrique peut être due aux mécanismes internes du sujet mais aussi à son environnement.

Les théories de la relation d'objet admettent, dès le départ, un état relationnel de l'enfant comme le dit Racamier dans l'inceste et l'incestuel (11). Il n'y aurait donc pas de stade sans objet, mais simplement une distinction à opérer entre la relation de l'adulte et celle présente au départ. Cette distinction varie suivant les différents théoriciens de la relation d'objet.

Mélanie Klein comprend l'enfant comme d'emblée en relation avec sa mère. L'enfant ne conçoit pas sa mère comme objet total, comme une personne cohérente, indivisible, mais il la clive en objets partiels. Ainsi, lors de la tétée, le nourrisson n'a de relation qu'avec l'objet partiel qu'est le sein (9). Ce clivage de l'objet n'existait pas chez Freud (49), mais Mélanie Klein intègre le clivage dans un processus particulier au psychisme primitif, nommé position schizo-paranoïde qui peut se retrouver chez l'adulte psychotique et en particulier dans l'identification projective.

Au cours de sa maturation, l'enfant va progressivement se dégager des objets partiels pour concevoir la présence de l'objet total ou encore du sujet, et du manque intrinsèque propre à chacun par le biais de l'objet « a » (50). C'est à ce stade que l'on peut parler de position dépressive. Le sujet peut concevoir la présence de ce manque, de cet objet « a » présent chez l'autre.

Enfin, Donald Winnicott oppose la relation d'objet primitive, à l'utilisation de l'objet, plus élaborée, et qui suppose une vie propre à l'objet, ce qui ne serait pas le cas dans la relation du jeune enfant. Le concept éclairant cette distinction se nomme objet transitionnel : il s'agit par exemple du doudou, que l'enfant investit, comme *ni moi ni non moi* (14).

La notion d'objet transitionnel de Winnicott nous permet d'aborder une autre théorie développée dans ses travaux. Il s'agit de l'espace transitionnel. Premier point qui nous permettra d'aborder la relation entre sujets.

Le développement des capacités de pensée et de créativité se fait par l'accès à la transitionnalité telle que décrite par Winnicott (10). Cette aire transitionnelle permet la création d'un espace entre le sujet et l'autre, où l'on ne se pose pas la question de ce qui appartient à l'un ou à l'autre, sous un halo d'illusion d'une continuité (19). Cet espace intermédiaire permet au sujet de diminuer l'écart entre la réalité interne et la réalité externe, et ainsi de diminuer la dépendance à l'objet externe.

Or durant l'enfance de ces adolescents limites, on observe une absence d'objets transitionnels, ou encore une apparition retardée. Le sujet s'interdit l'utilisation des objets transitionnels pour dépasser les désillusions et éviter de dépendre de l'objet concret et du double risque auquel il expose le sujet : l'intrusion ou l'abandon (19). L'entourage, notamment la mère, est souvent peu sensible à la fonction de ces objets transitionnels et change, lave ces objets, tandis qu'elle maintient avec l'enfant une relation basée sur l'emprise (51) et empreinte d'une séduction narcissique (11) qui lorsqu'elle est distordue ou prolongée provoque l'apparition de la pathologie. L'enfant est en permanence dans une nécessité de capter l'attention de l'entourage, il prend peu plaisir aux activités ludiques et est en difficulté dans sa capacité d'être seul en présence de l'objet.

2.7.2 Relation d'objet anaclitique

L'adjectif anaclitique qualifie une chose ayant un rapport avec une inclinaison en arrière. Ce terme a été introduit en psychanalyse par R. Spitz (52) dans le sens de s'appuyer sur pour décrire un type de relation d'objet : pour vivre l'enfant a besoin de s'appuyer - au sens strict et métaphorique - sur sa mère. Ce concept s'est basé sur ses observations de nourrissons privés de leur mère. Dans ce sens, il est à rapprocher de la notion d'hospitalisme.

Par la suite, ce terme va être repris par plusieurs auteurs. Pour Mélanie Klein (9), l'anaclitisme définit une modalité de relation d'objet que l'on pourrait situer entre la position schizo-paranoïde et la position dépressive. Dans une telle relation, le sujet parvient dans une certaine mesure à se dégager des objets partiels mais ne parvient pas pour autant à avoir conscience de l'autre comme un objet total. Ceci va avoir pour conséquence que le sujet va cliver les objets (31,48). Ainsi, il va les séparer en bon objet et en mauvais objet et constitue la ligne de défense la plus primitive contre l'angoisse. Par ce même mécanisme, le sujet va également se cliver en un bon moi et un mauvais moi (53). On distingue alors le clivage horizontal, ou clivage de l'objet, et le clivage vertical ou clivage du moi (24). Suite à un défaut de structuration, le sujet limite présente alors une mauvaise intégrité de son moi. C'est ce défaut d'intégrité qui explique cette relation particulière au sujet limite et son besoin de s'étayer ou de s'appuyer sur l'autre pour préserver son intégrité mais qui peut dans le même temps être perçu comme une menace. C'est cela qui peut expliquer l'alternance dépendance-rejet que l'on observe dans les états-limites. On peut imaginer un moi oblique, instable, qui va alors devoir s'appuyer sur les objets l'entourant pour ne pas s'effondrer. Cependant, le sujet est également poreux et peut rapidement être envahi par l'autre. « *Trop loin, on n'est pas assez soutenant. Trop près, on devient dangereux* » (28).

L'anaclitisme marque de son sceau le fonctionnement des états-limites par le mécanisme essentiel qu'est le clivage. Il permet de plus de mettre en évidence la membrane poreuse que constitue le moi de ces sujets. Ceci va être un terreau fertile aux difficultés liées à la réalité interne et externe comme l'illustre Jeammet (54) et va

constituer également un facteur de susceptibilité aux conduites addictives en tant que palliatif narcissique (24).

2.7.3 Réalités externe et interne, un paradigme paradoxal de l'adolescence

Au cours de la seconde étape du processus d'autonomisation-individuation qu'il va connaître, l'adolescent va être confronté à un paradoxe qui constitue par là-même un paradigme de la construction identitaire et, dans certains cas, un moteur du passage à l'acte et au recours à la violence. Dans « une logique de la communication » P. Watzlavick définit le paradoxe comme une contradiction qui vient au terme d'une déduction correcte. Cette définition exclut donc tous les faux paradoxes basés sur une erreur cachée. A titre d'exemple, citons celui de l'homme qui dit de lui-même « je suis un menteur ». La conclusion logique de cette affirmation est que cet homme est effectivement un menteur s'il dit la vérité, et vice versa. Dans le cas d'un adolescent, le développement de la personnalité est pris dans ce dilemme que pour être soi, il faut se nourrir des autres et que dans le même temps, il faut se différencier des autres.

« Comment être soi si pour être soi, il faut à la fois être comme l'autre et se différencier de l'autre ».(18) Selon P. Jeammet, cette formule est sous-tendue par l'articulation subtile et précaire qui se produit entre la réalité interne et la réalité externe.

La réalité interne correspond au domaine de l'affect, des émotions. Elle se base sur des facteurs fondamentaux qui sont de deux ordres. D'une part les mécanismes neurobiologiques qui sont propres à tous les organismes vivants. Chez l'animal, ces mécanismes dits instinctuels sont des fonctions liées à la survie, comme l'alimentation et la reproduction. D'autre part, une fonction spécifiquement humaine qui va venir moduler ces instances de l'ordre de l'affect. Il s'agit de la conscience réflexive ou encore la conscience que le sujet a de sa propre conscience et de la représentation qu'il se fait de ce que les autres pensent de lui. La conscience réflexive peut agir en quelque sorte comme un modulateur de ces affects primaires. Et c'est par l'accession au langage et par là même à l'élaboration que le sujet devient capable au

cours de ce processus d'individuation d'acquérir un moi suffisamment protégé des menaces auxquelles il pourrait être confronté (18).

La réalité externe quant à elle est soumise au domaine du percept qui correspond également à deux ordres. Les perceptions sensitivomotrices vont être des perceptions relevant du domaine archaïque, c'est-à-dire de la relation entre le nourrisson et sa mère. Puis, au cours de son évolution, le sujet va de plus en plus avoir conscience de l'autre, en tant que sujet, tout autant source de satisfaction que de danger (15). Ceci va alors être au cœur de la dialectique que connaît le sujet entre investissement et contre investissement. C'est la qualité de l'adaptation de l'environnement aux appétences de l'enfant qui va permettre que celui-ci n'ait pas à sentir trop tôt et trop massivement un écart entre lui et son environnement, ou encore entre l'affect et le percept (18). Il s'agit là d'un moment clé du développement préalable aux enjeux de l'adolescence. Et ce sera de plus le reflet de la qualité du lien que l'individu va créer avec ses objets d'attachement.

Selon D. Winnicott, (14) l'enfant crée l'objet à condition que celui-ci soit déjà là et suffisamment adéquat. Ce qui est le fondement de la « mère suffisamment bonne » capable de fournir une satisfaction du désir et une capacité à attendre ce désir. C'est ainsi que se développe la qualité secure de l'attachement selon les termes de Bowlby (55). L'enfant acquiert confiance dans la survenue de la satisfaction et confiance dans l'objet lui même, fondement de ce qui sera appelé, suite aux travaux de D. Wildöcher, les assises narcissiques (56).

Chez l'adolescent limite, on retrouve fréquemment des figures d'attachement insecure. Soit par l'absence de satisfaction, soit par l'attente intolérable pour obtenir ces satisfactions, souvent dues à un milieu carençant dans la prime enfance. Et il s'agit là du lien de la violence, de la destructivité et des conduites agressives.

2.7.4 La destructivité, une défense identitaire

Le phénomène de destructivité va, comme nous l'avons évoqué, nourrir la plupart des troubles externalisés de l'adolescent état-limite mais aussi dans une certaine mesure, nourrir son angoisse.

Nous avons évoqué plus tôt que l'angoisse peut être désubjectivante pour le sujet et peut renvoyer à un sentiment d'impuissance. Que faire face à une menace, qu'elle soit interne ou externe ? Le sujet peut craindre pour l'intégrité de son moi du fait de la mauvaise différenciation entre les réalités externes et internes et peut également ressentir un sentiment d'impuissance faute d'un appareil psychique suffisamment mature permettant une élaboration. Dans ces situations, l'agir et plus particulièrement la destructivité est une réponse toujours possible (15). Etre actif face à la menace est un comportement commun à tous les êtres vivants, et l'être humain n'échappe pas à cette règle. Or, ces comportements, du fait de la conscience réflexive, ont un effet renforçateur car il renvoie au sujet un sentiment de redevenir acteur de sa vie, de renforcer une identité incertaine, voire menacée.

Dans le cadre du trouble psychiatrique, ce sentiment que confère la destructivité, sentiment proche de la toute puissance, va rendre compte de l'adhésion du patient à ses troubles. Ceci est bien illustré par les comportements de scarification des adolescents. P Jeammet l'illustre par cet exemple (15) : « *Demandez à des jeunes filles qui se scarifient, pourquoi elles le font : elles hésitent, disent que c'est elles et pas elles, que c'est plus fort qu'elles, mais, en fin de compte, ce qui revient comme un leitmotiv c'est : ça me soulage* ». Face à une menace d'effondrement, un acte de vie reste toujours possible : détruire. Ces adolescents, dont l'essentiel de la clinique se trouve dans le passage à l'acte déclarent souvent « *je n'ai pas choisi de naître* ». On pourrait rajouter en complément cette proposition : « *mais je peux choisir de mourir* ».

La question de la naissance appelle la question de la filiation. La double proposition que l'on évoquait montre le désir de ces patients d'affirmer leur différence avec ceux qui leur ont donné la vie, ainsi que le pouvoir de refuser ce dont ils ont hérité et qu'ils n'ont pas choisi. Détruire, y compris soi même, devient une modalité propre aux êtres humains pour manifester leur volonté d'exister et leur capacité de sortir de l'impuissance et demeurer agents de leur propre vie (18).

Ce lien avec la question de la filiation nous met sur la piste d'une approche transgénérationnelle. Comme nous l'évoquions plus tôt, la crise d'adolescence implique au moins deux acteurs qui sont l'adolescent lui même et le couple parental. Cette clinique de l'agir peut donc se comprendre par le biais d'une approche

familiale. Racamier le décrivait dans ses écrits et supposait que l'agir pouvait être perçu comme le fruit d'une relation incestuelle (11).

2.7.5 Les relations incestuelles

Avant tout, une relation incestuelle est à différencier de l'inceste, qui est la consommation charnelle d'une relation entre apparentés. Bien que possible, le continuum incestuel-inceste n'est pas non plus systématique. La relation incestuelle est un mode de relation particulier entre un parent et un enfant se limitant au domaine des représentations et pouvant conduire à différents symptômes tels que les troubles du comportement, les conduites addictives et à la consommation de l'inceste.

Selon Racamier (11), l'incestuel est le fruit d'une séduction narcissique qui connaîtra une évolution prolongée. Comme nous l'évoquions plus tôt, la séduction narcissique est une étape naturelle de la relation qu'entretient la mère avec son bébé. Cependant, si elle est peu adaptée ou trop prolongée, cela aura pour conséquence de refuser à l'enfant de pouvoir accéder à la première étape du processus de séparation-individuation. La mère va alors en quelque sorte refuser l'accession au statut de sujet à l'enfant, l'enfant ayant une fonction trop importante de venir nourrir le moi de sa mère. L'incestuel est donc un climat dans lequel souffle le vent de l'inceste sans qu'il y ait inceste. Et il est également le funeste dérapage d'une séduction narcissique distordue (11).

L'enfant ne pourra alors pas être investi par sa mère comme un sujet. Il sera uniquement investi comme un objet incestuel. Il est fait pour briller et non pour vivre à son compte. L'objet incestuel, selon Racamier est donc fortement impersonnalisé, l'autonomie va lui être refusée. Dans une relation de ce type, l'enfant sera alors hautement manipulable, utilisé comme porte parole ou comme arme de combat par la mère incestuelle à l'encontre de membres de la famille ou de personnels soignants. Cette emprise relationnelle est illustrée par deux injonctions que l'on peut retrouver dans de telles familles. « *Si tu m'aimes, tu me crois* » et « *Si tu ne me crois pas, tu me trahis et si tu me trahis, tu me détruis : je meurs* » (11). Privé de son statut de sujet, l'enfant incesté devient alors l'enjeu et l'arme de la guerre qui va se dérouler au sein des familles et des institutions. Privé de sa capacité de penser, l'agir va devenir le

mode privilégié d'expression des pulsions. Dans une douleur et une rage intense, l'enfant réalise qu'il a été utilisé, parasité et disqualifié. C'est dans les moments où un tel constat est fait que se produisent des crises de violences explosives qui vont alors être due à une confusion entre fantasme et agir.

La relation incestuelle est de plus étroitement liée aux concepts évoqués plus tôt. En effet, les limites liées au corps se trouvent très estompées, brouillées ou effacées. Ceci nous ramène aux troubles de la différenciation de la réalité interne et externe et à l'anaclysisme. La destructivité quant à elle peut être mise en lien avec la clinique de l'agir développée par Racamier. Enfin, les modalités familiales sont fortement affectées par l'incestuel. Didier Anzieu avait déjà identifié des variantes pathologiques des fonctionnements familiaux par l'étude des fantasmes concernant l'enveloppe corporelle et familiale (57) sans pour autant noter ce caractère incestuel. La perte des perspectives est généralisée (58). Dans le cadre de la famille, le climat incestuel va aboutir à un brouillage des générations aboutissant à des organisations chaotiques.

Comme nous l'avons vu à plusieurs reprises, la famille est un élément essentiel qui évolue en toile de fond dans un grand nombre de processus favorisant l'apparition de troubles psychiatriques. L'école systémique a réalisé de nombreux travaux sur les organisations familiales qui peuvent favoriser la toxicomanie, l'anorexie mentale, les troubles du comportement et les états-limites.

2.8 Organisation systémique des familles

Nous l'avons déjà souligné, la famille joue un rôle majeur dans le développement du sujet. Que se soit lors de sa prime enfance, ou plus tard, au cours de son adolescence, chaque sujet est issu d'une famille bien que dans certains cas, la famille puisse être remplacée par une institution, sanitaire ou éducative. Sans être spécifiques à tel ou tel trouble, les études systémiques ont pu mettre en évidence certaines caractéristiques de fonctionnement fréquemment retrouvées dans les familles de toxicomanes, d'anorexiques mais aussi d'états-limites (59).

2.8.1 *La cécité familiale*

Ce point est quasi constant dans nombre de troubles psychiatriques. Il correspond à la latence qui va séparer l'apparition du trouble et la reconnaissance du trouble en tant que tel par la famille du sujet et le recours au système de soins. Cette latence, pouvant parfois durer plusieurs années est comme une sorte de scotome familial donné à voir au thérapeute (59). En effet, une telle divulgation du trouble dérange car elle induit de nouveaux rapports entre le jeune et sa famille menaçant la stabilité du système (60). Il n'est pas rare de rencontrer des familles qui alertées par l'école ou toute autre structure extérieure s'étonnent de cette façon : « *c'est curieux, à la maison, c'est un vrai ange* » ou encore « *on ne savait pas, on n'avait rien vu* ». Ceci explique également qu'une demande de soins émane souvent d'un tiers extérieur à la famille. Le trouble ayant pour fonction essentielle de garantir un équilibre au fonctionnement familial.

2.8.2 *Les pathologies familiales*

Troubles psychiatriques ou somatiques, la fréquence des pathologies chez des membres de la famille est très fréquente et atteint même 50% des familles ayant consulté (59). On peut retrouver des états dépressifs avec parfois tentatives de suicides ou suicides aboutis, alcoolisme, conduites toxicomaniaques, et également des affections somatiques sévères et invalidantes. Dans le cas qui nous intéressera plus tard, les conduites de délinquance dans le cadre d'un trouble des conduites sont aussi à mettre en lien avec l'organisation familiale. Il existe de plus des correspondances notables sur le plan chronologique entre l'évolution des troubles du patient et l'aggravation d'une pathologie d'un des membres de la famille. Au sein de la fratrie, la présence d'une pathologie telle que la toxicomanie, de délinquance, de tentatives de suicides ou encore de troubles du comportement alimentaire peut atteindre 56% (59). Le rôle du patient désigné peut alors se déplacer de l'un à l'autre permettant ainsi de modifier le système sans rien changer. La fonction du symptôme est ici encore la même : garantir l'homéostasie familiale. On remarque alors assez fréquemment que l'amélioration de l'un correspond à l'aggravation de l'autre.

2.8.3 Les mythes familiaux

Le mythe familial est un concept élaboré par Ferreira (61) pour désigner un discours unitaire assignant à chacun des membres de la famille des rôles rigides. Toute mise en question du mythe est perçue comme menaçante pour l'équilibre de la famille. Un mythe familial peut alors être compris comme un équivalent au niveau systémique d'un mécanisme de défense au niveau individuel. Plusieurs mythes familiaux sont décrits dans « le toxicomane et sa famille » (59) sans pour autant, comme le précisent les auteurs être spécifiques de la toxicomanie.

Le premier d'entre eux est le mythe de la bonne entente familial. Les membres de la famille tentent alors de décrire un équilibre idyllique avant la révélation du trouble. Ce mythe est assez banal dans nombre de troubles psychiatriques parmi lesquels on retrouve la schizophrénie et l'anorexie mentale. Un autre mythe fréquemment retrouvé est celui de la folie. Ainsi, un trouble du comportement alimentaire peut venir soulager une dépression maternelle et une pathologie limite peut prendre le relai d'un trouble similaire chez un aîné ou fournir un investissement plus acceptable aux parents que des conduites de délinquance. Enfin, citons le mythe d'expiation. Le patient prenant alors à son compte la culpabilité familiale, en plus de la sienne et hérite alors de la souffrance des générations antérieures tel un coupable consentant (61). Véritable bouc émissaire, il hérite de tous les péchés et de toutes les inquiétudes avant d'être propulsé sur le devant de la scène.

Chacun de ces exemples a pour caractéristique de cacher ce qui se trouve derrière. En effet, il est bien compliqué d'aborder une dépression maternelle quand sa fille présente un état de dénutrition avancé ou encore d'aborder un axe transgénérationnel quand les troubles du comportement du patient sont si bruyants qu'ils occultent tout le reste. L'ultime rempart étant « la bonne entente » qui peut être ramenée à chaque fois que la famille va se sentir menacée par un travail psychothérapeutique. Cependant, l'abord transgénérationnel est un élément essentiel dans l'approche systémique et permet de mettre en évidence de nombreuses transgressions.

2.8.4 Les transgressions et le travail transgénérationnel

L'abord transgénérationnel des familles permet de mettre en évidence la multiplicité des phénomènes de répétitions (59). Comme le remarquait Racamier, il n'est pas rare que l'incesté devienne incesteur à son tour (11). Outre la transgression incestuelle, on retrouve des récurrences en lien avec la délinquance ou la psychopathie (60) et qui représente pour certaines familles un mode privilégié de fonctionnement. L'organisation familiale est alors conditionnée par l'évolution des symptômes, la survenue d'acte transgressifs et réciproquement. Ces événements sont souvent marqués par le sceau du secret et leur divulgation constitue un axe thérapeutique primordial.

2.8.5 Les équivalents incestuels

Nous l'avons déjà abordé à plusieurs reprises, l'incestuel, est un climat retrouvé dans de très nombreuses familles au fonctionnement perturbé. Ces équivalents sont de plusieurs ordres et peuvent s'exprimer par des objets incestuels, la toxicomanie intra veineuse et la seringue en constituent un très bon exemple. On peut également retrouver un climat particulier au décours d'une affection somatique grave où, dans un mouvement régressif, le sujet va devenir l'objet d'une attention parentale inadéquate du point de vue de l'âge du patient. Enfin, l'incestuel peut devenir une arme privilégiée dans des familles où les barrières générationnelles ont volé en éclats et favoriser des alliances et des conflits où le concept de génération perd de son sens.

2.8.6 Axiomatique de la communication

L'étude du fonctionnement familial constitue un point central de la mise en évidence du diagnostic. Pour ce faire, plusieurs éléments sont à prendre en compte. Tout d'abord, chaque famille va mettre en place un mode particulier de communication qui va obéir à plusieurs axiomes. Les axiomes de la communication sont dérivés de leur définition issue des mathématiques de la Grèce antique consistant en « *une proposition évidente et qui n'a nul besoin de preuve.* » (47).

L'école de Palo Alto a donc pu mettre en évidence cinq axiomes dans la communication humaine (47) qui sont :

On ne peut pas ne pas communiquer, tout comportement étant communication. Elle peut alors s'exprimer dans un message mais aussi dans une attitude ou une interaction.

Toute communication présente deux aspects : le contenu et la relation, tels que le second englobe le premier et par suite est une métacommunication. Le contenu représentant les données de la communication et le second la façon dont il faut l'entendre. Un même contenu peut alors revêtir deux sens différents selon la relation que l'on entretient. Il s'agit aussi de l'ordre logique de la relation. En passant à l'ordre logique supérieur, on peut alors communiquer sur une relation. L'objet de la relation sera alors explicité par un contenu et une relation. Il s'agit là de la métacommunication ou encore le fait de communiquer sur la communication.

La nature d'une relation dépend de la ponctuation des séquences de communications entre les partenaires. Cet axiome peut être expliqué par l'étude de la suite de Bolzano. En modifiant la ponctuation des séquences d'une suite mathématique ($S=a-a+a-a+a-a\dots$), on peut parvenir à trois résultats différents qui sont 0, +a ou -a. L'exemple le plus simple illustrant cet axiome est celui de l'enfant qui déclare « c'est pas moi qui a commencé ».

Les êtres humains usent de deux modes de communication : digital et analogique. Le langage digital possède une syntaxe logique très complexe et très commode, mais manque d'une sémantique appropriée à la relation. Par contre, le langage analogique possède bien la sémantique, mais non la syntaxe appropriée à une définition non-équivoque de la nature des relations.

Tout échange de communication est symétrique ou complémentaire, selon qu'il se fonde sur l'égalité ou la différence. Dans le premier cas, les partenaires adoptent un comportement en miroir, chacun tentant de minimiser les différences avec l'autre. Dans le second cas, deux positions sont possibles, la position haute et la position basse. La différence est ici le postulat de cette relation.

Dans le cadre des états-limites, ces axiomes peuvent dans certains cas connaître une expression pathologique que nous détaillerons plus tard dans le texte.

Comme nous l'avons illustré, les états-limites sont une entité qui, même si son expression symptomatique est assez facilement identifiable, est sous tendue par de très nombreux concepts psychopathologiques rendant l'expression clinique aspécifique. Bien qu'il ne soit pas nécessaire que le sujet présente l'ensemble des mécanismes que nous avons décrits, on comprend bien que la clinique des symptômes doit obligatoirement être complétée par l'analyse du fonctionnement du sujet et de son fonctionnement familial. Le double niveau de lecture que nous évoquions plus tôt, à la fois dimensionnel et catégoriel, apparaît alors très utile à tout âge et indispensable dans le cadre de l'adolescence pour évoquer un trouble de la personnalité qui par définition à cet âge de la vie est en pleine évolution.

Pour illustrer cela, nous nous proposons de faire l'observation d'une jeune fille qui a été suivie dans nos services au cours de son adolescence avant de mettre en évidence les éléments permettant d'évoquer un état-limite.

3 Observation clinique - discussion diagnostique

Pour illustrer la théorie développée, voici les éléments cliniques concernant une jeune fille qui a été prise en charge depuis ses 12 ans jusqu'à ses 16 ans au sein du Centre de Soins pour Enfants et Adolescents, service de psychiatrie infanto-juvénile du CHRU de Brest.

3.1 Antécédents

Katrina, qui porte le nom d'un ouragan, a été hospitalisée pour la première fois en 2010 pour des troubles du comportement. Il s'agissait là du premier contact avec les soins, et elle n'avait pas encore à ce jour d'antécédent de suivi spécialisé. Cependant, l'interrogatoire retrouve une durée d'évolution ancienne de ces troubles. En effet, des troubles du comportement existent depuis la maternelle et on retrouve des éléments évoquant de l'intolérance à la frustration, une hétéroagressivité à l'égard des autres enfants et des professeurs, des bizarreries et des comportements de fugue s'exprimant exclusivement en dehors du cercle familial.

En 2008, Katrina, alors âgée de dix ans, se rend en classe avec un couteau pour « se défendre au cas où », projetant ensuite d'aller voler un cheval dans un centre équestre qu'elle a l'habitude de fréquenter et de fuguer avec.

Suite à cet épisode, un recueil d'information préoccupante (RIP) est adressé aux services sociaux par l'école : une aide éducative en milieu ouvert est alors préconisée mais ne sera pas mise en place suite aux réticences de la famille à l'intervention d'un tiers et à la reconnaissance des troubles de leur enfant.

D'un point de vue plus général (sur le plan biographique), Katrina est issue d'une grossesse désirée, sans complications, et est née à terme ; le développement psychomoteur de Katrina est sans particularité, avec une acquisition normale de la marche et du langage. La scolarité s'est quant à elle déroulée sans particularités, avec notamment l'absence de redoublement.

Au niveau familial, on retrouve de nombreux antécédents psychiatriques familiaux. Le grand père maternel de Katrina est décédé par suicide voici bientôt 25

ans, et sa grand mère est suivie depuis de nombreuses années pour une dépression chronique avec un diagnostic de trouble bipolaire également évoqué.

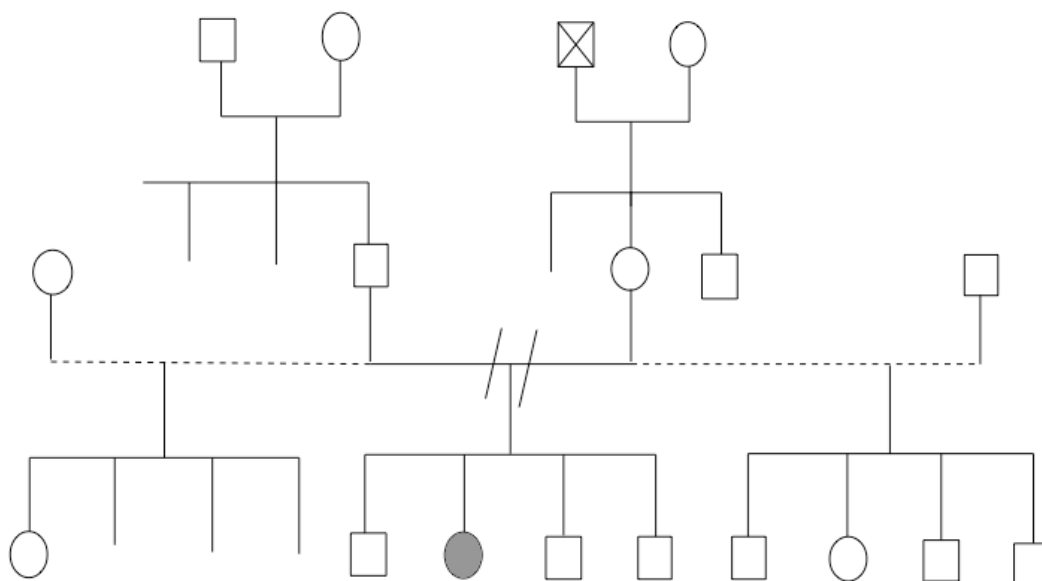
Toujours du côté maternel, un trouble bipolaire et des conduites addictives ont été mis en évidence chez un oncle, associé à une personnalité psychorigide et impulsive. Il existe aussi une notion d'abus sexuel chez la mère durant son enfance et la divulgation d'un acte similaire par une des sœurs aînées de Katrina peu de temps avant sa première hospitalisation.

Enfin, au sein de la fratrie, sa demi-sœur a été suivie durant son enfance pour un motif non précisé et son demi-frère a souffert de troubles obsessionnels compulsifs qui évolueront au début de l'âge adulte vers une schizophrénie.

Au niveau social, il existe des antécédents de placement éducatif chez les quatre enfants de la première union de sa mère. La famille est issue d'une recomposition avec de multiples demi-frères et sœurs du côté paternel comme maternel, et une organisation complexe que nous proposons de maintenant aborder.

3.2 Biographie

Katrina est la deuxième enfant d'une famille recomposée, elle a trois frères avec lesquels elle s'entend bien, surtout avec les deux plus jeunes, dont elle aime s'occuper. Son père est carreleur, sa mère travaille comme agent d'entretien. La mère de Katrina a quatre enfants d'une précédente union, qui ont été placés durant leur enfance. Ils sont à présent indépendants et en bon contact avec leur mère, l'un d'entre eux vient régulièrement vivre au domicile maternel avec Katrina et ses frères.



Son père a également quatre enfants d'une union antérieure, Katrina ne connaissant que l'ainée. Lors de notre première rencontre avec Katrina en Septembre 2010, il existe un contexte de séparation parentale depuis plusieurs mois, ayant entraîné un changement de collège pour Katrina pour sa rentrée en cinquième, du fait d'un déménagement. Le mode de garde des enfants se fait semble-t-il à l'amiable entre les parents, en alternance chez le père et chez la mère.

Le fonctionnement familial est par ailleurs décrit par les services sociaux comme peu contenant et insécurisant. Il existe de plus une indifférenciation de la place de chacun induisant un climat incestuel (11), aucun interdit n'étant de plus posé quant à la sexualité. L'organisation de sa famille est une source importante d'entropie générée par les allers et venues de ses membres, ainsi que de leurs positionnements changeants et paradoxaux.

3.3 Histoire de la Maladie

3.3.1 *Première hospitalisation*

3.3.1.1 **Présentation aux urgences**

La première hospitalisation de Katrina a eu lieu en Septembre 2010, et a duré quatre mois.

Le contexte d'hospitalisation est le suivant : trois semaines après la rentrée de Katrina en cinquième, dans un nouveau collège du fait de la séparation parentale et du déménagement, celle-ci est conduite aux urgences par ses parents pour une majoration des troubles du comportement. Il existe en effet une multiplication des passages à l'acte depuis la rentrée à type d'autoagressivité et d'hétéroagressivité au collège essentiellement, se manifestant par des coups de poing dans les murs, bris de vitres, violence sur des camarades, associés à des conduites de mises en danger : fugues du collège avec errance, Katrina peut aussi monter dans les arbres, suscitant une grande inquiétude. Il existe un doute sur des scarifications au niveau des bras. Cette description contraste avec celle des parents au domicile, qui ne notent aucun trouble à la maison.

Concernant le contexte de séparation parentale évoluant depuis plusieurs mois, les parents annoncent à ce sujet qu'ils souhaitent reformer le couple.

Lors de l'entretien aux urgences, seule en présence du médecin, Katrina verbalise très peu, elle présente un faciès figé et le regard est évitant. Elle dit être triste, acquiesçant lorsqu'on lui demande si elle a des idées suicidaires, répondant oui à la question d'un scénario précis mais qu'elle refuse de livrer. Elle ne souhaite pas non plus évoquer les événements récents la conduisant ce jour aux urgences.

Katrina évoque cependant le décès d'un arrière-grand-père du côté maternel il y a un an, ainsi que la « perte » de certains de ses professeurs qu'elle semblait beaucoup investir car « ils s'occupaient d'elle ». Lorsque le médecin lui propose d'écrire ce qu'elle ne parvient pas à dire, Katrina note alors sur une feuille « j'aurais

aimé être adoptée par un de mes professeurs », demandant au médecin de garder le secret.

Une hospitalisation est alors proposée et malgré l'accord de Katrina, les parents l'acceptent avec réticence, reconnaissant une souffrance chez leur fille tout en minimisant les troubles qu'elle présente.

3.3.1.2 Hospitalisation complète

Rapidement, la prise en charge en hospitalisation de Katrina va devoir faire face à de nombreux passages à l'acte. Alternant entre crises clastiques et tentatives de suicide par divers moyens (strangulation essentiellement), Katrina se livre à une mise en acte quasi permanente de ses affects. Survenant le plus souvent sous le regard des soignants et des autres enfants, ils vont nécessiter des mises en chambre d'isolement afin de parvenir à la protéger et à diminuer les stimuli. La verbalisation autour de ces passages à l'acte s'avère alors extrêmement difficile. Ceux-ci semblent initialement la soulager d'une tension interne majeure, mais elle récidive à de nombreuses reprises, sans réelle explication.

Katrina présente également au cours de l'hospitalisation des malaises avec des pertes de connaissance inexpliquées sans cause organique retrouvée. Elle pourra alors se relever immédiatement après ses malaises pour retomber et se relever encore.

Durant l'hospitalisation, Katrina fait également la révélation de deux agressions sexuelles qu'elle aurait subies au cours de l'été, avec des hommes rencontrés sur Internet. Une enquête pénale est initiée, avant que Katrina ne revienne par la suite sur ces déclarations tout en demeurant très floue et évasive sur les circonstances exactes des faits qu'elle rapporte. La fluctuation du discours sera un argument avancé par les enquêteurs pour arrêter leurs investigations, convaincus d'être face à une fabulatrice.

Le contact va cependant relativement s'améliorer durant ce séjour. Malgré tout, le visage reste figé, le regard fixe, le discours spontané demeure pauvre. Elle semble avoir peu d'affects et exprime très peu de demandes. Elle est en recherche permanente d'une proximité physique, dans un collage à l'autre, envers les soignants.

La distance affective qu'elle aura avec les jeunes garçons du service va également poser problème. En effet, Katrina va tomber amoureuse à plusieurs reprises.

Dans le même temps, elle va également évoquer toute une lignée de symptômes classiquement associés à un fonctionnement psychotique et qui évolueraient depuis environ un an. Katrina fera alors part de la présence d'hallucinations intra psychiques se majorant le soir et dans les moments d'angoisse. Ces « voix », menaçantes, lui intimeraient ses multiples passages à l'acte dans une sensation de contrôle à distance. Elle explique n'en avoir jamais parlé auparavant du fait d'un sentiment de honte.

3.3.1.3 Un climat familial délétère

Une autre difficulté importante va se présenter au décours de cette hospitalisation. En effet, l'alliance thérapeutique avec les parents s'avère très compliquée à mettre en place. A la phase initiale de son hospitalisation, un entretien familial sera réalisé en présence de sa mère et son positionnement vis à vis de la situation de sa fille reste très ambivalent. Elle parvient à reconnaître dans une certaine mesure les troubles présentés par sa fille mais reste dans une forme de déni quand à leur intensité. De plus, elle se montre extrêmement réticente à l'introduction d'un traitement médicamenteux.

Quelques heures plus tard, un événement inattendu et qui peut d'une certaine façon illustrer le conflit parental et la différence de positionnement entre ses deux parents, le père de Katrina fait irruption à l'hôpital dans le but de faire sortir sa fille de l'unité et se montre très menaçant envers les soignants, verbalement et physiquement, présentant un état d'agitation psychomotrice inquiétant. Une intervention des gendarmes va alors être nécessaire pour contrôler la violence de cette situation.

Dans les suites de cet épisode, une ordonnance de placement provisoire (OPP) est délivrée par le Juge des enfants, décidant du maintien de Katrina à l'hôpital. Apprenant cette décision, la jeune fille se dit apaisée par le fait de rester hospitalisée et demande une mise à distance de sa famille.

Par la suite, les parents acceptent finalement les entretiens familiaux et sont

reçus de manière régulière par le médecin, ce qui permet de renouer le dialogue et d'instaurer des visites médiatisées puis des visites à domicile de Katrina.

3.3.1.4 Evolution

Katrina sort finalement du service après quatre mois d'hospitalisation, hébergée en semaine en famille d'accueil et se rendant les week-ends chez ses parents. Un traitement a été instauré, comprenant dans un premier temps un inhibiteur de la recapture de la sérotonine et un antipsychotique à visée sédatrice et anti impulsive et a permis d'apaiser la symptomatologie qui était désormais mieux acceptée par ses parents. Pour accompagner cette sortie d'hospitalisation, un suivi à domicile sera mis en place auprès de la famille d'accueil et assuré par les infirmiers du service HAD et des entretiens individuels et familiaux sont réalisés visant à une prise de conscience des troubles et une alliance plus satisfaisante.

Cependant, les visites à domicile vont être rapidement arrêtées du fait d'un vécu intrusif dans la famille d'accueil, l'assistante familiale s'estimant remise en cause et jugée par l'intervention de l'infirmière.

Malgré tout, les consultations régulières auprès de Katrina, accompagnée de l'assistante familiale, et auprès de ses parents, sont poursuivies, permettant notamment un apaisement relatif de la symptomatologie, un maintien dans la famille d'accueil et une reprise de la scolarité.

3.3.2 Seconde hospitalisation

Ce second épisode débute en Octobre 2011 et va s'étaler sur un total de six mois, émaillé de sorties multiples de l'hôpital décidées par le médecin, puis de retours en hospitalisation souvent quasi-immédiats à la suite d'un nouveau passage à l'acte de Katrina à l'extérieur et parfois même le jour de sa sortie.

3.3.2.1 Contexte initial de l'épisode

Alors que Katrina est relativement stabilisée suite à la première hospitalisation, et qu'un retour dans sa famille se profile avec une audience auprès du Juge des enfants prévue dans le courant du mois d'Octobre, elle est alors hospitalisée à la suite de nouvelles révélations inquiétantes, d'ordre sexuel, suivies d'une recrudescence de passages à l'acte, au collège et également dans la famille d'accueil. Il n'est rapporté aucun trouble chez ses parents lors des permissions les week-ends.

Lors de l'audience, Katrina fait part de sa volonté de rester en famille d'accueil. Elle a pu paradoxalement témoigner à maintes reprises lors des consultations de suivi de son sentiment de mal-être en famille d'accueil, pouvant être à l'origine de gestes autoagressifs (scarifications, tentative de strangulation) voire hétéroagressifs (menace avec un couteau) à l'encontre de celle-ci. Katrina relate ainsi un de ces passages à l'acte : « J'ai pris un couteau pour aller dans ma chambre, la famille d'accueil me l'a pris et a appelé les pompiers. Je voulais me le planter dans le bras parce que j'en ai marre de rester dans ma famille d'accueil ». Elle explique par la suite ne pas se plaire dans sa famille d'accueil car celle-ci, d'après elle, ne s'occupe pas suffisamment d'elle.

L'audience statue sur un maintien en famille d'accueil ; ses parents, blessés que leur fille n'ait pas demandé, comme elle s'était engagée à le faire, la levée du placement, refusent alors de continuer à l'accueillir pendant les week-ends, de manière réactionnelle et transitoire. Dès lors, les passages à l'acte de Katrina sont incessants, au collège, en famille d'accueil mais aussi dans l'unité d'hospitalisation.

3.3.2.2 Prise en charge des passages à l'acte

Les nombreux passages à l'acte durant son hospitalisation tentent d'être régulés par des mises en isolement répétées, ce qui interroge l'équipe soignante, car elle peut se mutiler et se frapper à l'intérieur même de la chambre d'isolement, ce qui nécessite alors une contention.

Comme lors de l'hospitalisation précédente, Katrina se nourrit des mouvements institutionnels (62), et sollicite continuellement les soignants dans une demande d'attention permanente, verbalement ou par son comportement, les malaises réapparaissant. Il est noté des moments très régressifs autour de la toilette et du coucher où elle se recroqueville dans ses doudous volumineux, en demandant aux soignants une attention maternelle de petit enfant.

Par ailleurs, elle fait régulièrement au cours de l'hospitalisation des révélations inscrites sur des bouts de papier, qu'elle adresse au médecin, souvent à caractère sexuel où elle dit s'être mise en danger, ou encore avoir abusé de ses deux jeunes frères. Ces révélations apparaissent très peu crédibles, remontant en général à la prime enfance.

Afin de pouvoir cadrer sa prise en charge, un contrat de soins est mis en place, comportant la mise en isolement systématique en dehors des temps où elle se rend à des activités thérapeutiques auxquelles elle participe avec plaisir, se montrant adaptée et volontaire ou à des séances de psychomotricité dont elle revient apaisée et détendue.

Il est instauré une séance de lecture d'histoires le soir, moment privilégié que Katrina partage avec un soignant, permettant d'apaiser les angoisses autour du coucher.

3.3.2.3 Rémission temporaire des symptômes

Les relations de Katrina avec sa famille oscillent entre ténacité et rejet de la part des parents, qui ont cependant pris de la distance par rapport aux troubles de leur fille, Katrina ayant finalement pu de nouveau se rendre en permission les week-ends chez eux.

Progressivement, on note un espacement des passages à l'acte. Elle sortira finalement de l'unité d'hospitalisation temps plein pour retourner vivre chez ses parents, le placement en famille d'accueil ayant été levé dans les suites du renoncement de l'assistante familiale. Un hôpital de jour est mis en place au sein du service du Centre de soins, Katrina se rendant à trois activités thérapeutiques par

semaine, associé à la reprise du suivi ambulatoire.

3.3.3 Hospitalisations séquentielles

3.3.3.1 Situation initiale

Au courant de l'automne 2012, après une période où les séjours en hospitalisation complète étaient pourtant devenus moins fréquents, Katrina présente de nouveau une flambée de ses troubles du comportement. Là encore, on note un état d'agitation psychomotrice difficilement canalisable qui peut rapidement s'étendre par moments au reste du service. Ce séjour, contemporain d'une décompensation schizophrénique de son demi-frère, durera deux mois. Encore une fois, un cadre d'hospitalisation très strict va être mis en place. En effet, le fonctionnement de Katrina l'amène à refuser les sollicitations des soignants et ne communique que par le passage à l'acte.

De plus, la situation s'est dégradée au domicile et on peut alors observer un état d'épuisement parental qui va aboutir à un haut niveau d'expression d'émotions négatives à son encontre associé à une attitude de rejet de la part de sa mère. L'adhésion aux soins devient également précaire et la prise en charge sera alors l'objet de vives critiques.

3.3.3.2 Remise en place des soins au long cours

Durant ce séjour, une prise en charge en hôpital de jour Winnicott adolescent sera tentée. Hélas, Katrina fera preuve d'une telle inventivité dans les crises clastiques au cours d'une semaine d'observation que sa prise en charge sera rendue impossible.

C'est dans ce contexte, après un retour à domicile très progressif au début de l'année 2013 que va être imaginé un projet de soins s'articulant autour d'hospitalisations séquentielles à raison de trois jours par mois, assortis à un accueil de jour au sein de l'unité d'hospitalisation temps plein. Ce projet, visant à soulager une souffrance familiale exprimée via une agressivité importante et à raccourcir des

temporalités difficilement élaborables pour Katrina va constituer un cadre de soin qui s'avère difficile à tenir.

La scolarité de Katrina est alors totalement en panne et dans une dynamique assez régressive, elle recherche alors une exclusivité dans la relation qu'elle entretient avec sa mère. De plus, la relation de dépendance à l'institution est alors majeure si bien que Katrina se rend de plus en plus souvent aux urgences pédiatriques pour des motifs divers et variés. La répétition de ce comportement va produire deux effets. D'une part, au niveau familial, apparaît une attitude parentale de plus en plus rejetante, ses parents refusant de venir chercher leur fille lorsqu'ils sont appelés par le service des urgences. D'autre part, et probablement animé par un sentiment d'abandon, le service des urgences pédiatriques va alors devenir le théâtre des exubérances comportementales de Katrina. Ainsi, le passage à l'acte et les velléités autoagressives vont devenir le seul média de communication entre Katrina et les services de soin. Ses passages aux urgences vont alors être marqués par des fugues du service pour se rendre sur le toit du bâtiment en faisant craindre aux soignants le pire, Katrina pouvant par la suite se vanter du nombre d'intervenants qu'elle a alors mobilisé, et par des crises d'agitation extrêmes. Au cours de ces crises, plusieurs soignants seront même blessés et il sera assez coutumier de faire intervenir auprès d'elle jusqu'à dix personnes, parfois même les forces de l'ordre pour parvenir à administrer une sédation à Katrina et à la contenir.

Cette modalité relationnelle va alors se pérenniser dans une instabilité majeure qui va rapidement épuiser les équipes soignantes. Les demandes de Katrina sont très vite reléguées au second plan si bien que les troubles du comportement deviennent la priorité dans ses prises en charge répétées aux urgences.

Systématiquement, suite au refus de ses parents de venir la chercher aux urgences, Katrina est alors transférée dans l'unité d'hospitalisation. Conséquence de son comportement ou objet de sa demande via ses passages à l'acte, le rapport à l'institution devient donc délétère pour Katrina.

De ce fait, l'organisation des soins telle qu'elle avait été envisagée en premier lieu s'avère alors très difficile à tenir pour l'institution pédopsychiatrique. Chaque

acteur de cette prise en charge ayant des revendications qui entravent le bon fonctionnement de l'accompagnement de Katrina.

3.3.3.3 Une alliance familiale difficile à conserver

Sur le plan familial, l'alliance s'avère alors très précaire. Dans une attitude ambivalente, la mère de Katrina peut alors se montrer agressive face à l'impression d'inefficacité de la prise en charge avant de disqualifier totalement les soins, déclarant à plusieurs reprises vouloir mettre un terme aux hospitalisations séquentielles de la même manière que pendant ces moments d'apaisement, notamment avant cette dégradation, où la mère pouvait aussi remettre en question la pertinence de notre offre de soins, surtout l'été. Les services d'urgences vont également se sentir dépassés par les comportements que Katrina met en place. Cet état de sidération aura pour conséquence que la seule réponse possible sera de l'ordre de la coercition. Enfin, au sein du service de pédopsychiatrie, le constat des allers et venues incessantes de Katrina et la nécessité de prévenir des très nombreux passages à l'acte (fugues, scarifications, intoxications médicamenteuses alléguées ou avérées) va faire perdre de vue le sens de cette prise en charge et nourrir à l'encontre de la pédopsychiatrie un sérieux contentieux.

3.3.3.4 Un recours aux thématiques sexuelles et de mort bien « rodé »

Enfin, la question de la sexualité n'est pas en reste. Régulièrement, Katrina peut s'introduire des corps étrangers dans le vagin. Bijoux, clés USB et même parfois des lames de rasoir, ou encore rien du tout malgré le fait d'avoir alerté tout le monde. Cet épisode va quasi systématiquement arriver au terme d'une hospitalisation séquentielle et va faire l'objet d'une confidence personnelle au médecin du service amenant à la décision de l'accompagner aux urgences gynécologiques afin d'objectiver la présence ou non du dit objet et de le retirer, le sens de ces événements relevant d'une quête attentionnelle médiée par une destructivité latente.

La multiplication des passages à l'acte et la grande variété des comportements vont fortement nuire à la mise en place d'un espace de parole. Aussi, la verbalisation

va s'avérer extrêmement pauvre de même que la capacité à élaborer, chez elle comme chez les soignants. Pour seule cause invoquée, Katrina fera part du décès d'une de ses nièces, à un âge très précoce de la vie ce qui n'est pas sans rappeler le décès de son grand père ou la perte de ses professeurs au début de sa prise en charge. Là encore, Katrina évoque sa jeune nièce, son désir de la rejoindre d'une manière très désaffectivée, pouvant générer en contre attitude une impression d'inauthenticité des affects et d'imperméabilité au discours.

Cette situation clinique illustre bien la difficulté dans la prise en charge de ces adolescents. Le discours cédant sa place à un mode de communication non verbal et extrêmement bruyant. De plus, ce mode de relation induit une escalade symétrique difficilement évitable si bien qu'il semble que plus le soignant tente de se montrer cadrant et autoritaire, plus les comportements deviennent dangereux et inversement. La surenchère comportementale induisant une réponse autoritaire contreproductive.

3.3.3.5 Le paroxysme des passages à l'acte

Ce fonctionnement va malheureusement se perpétuer d'une manière dramatique. Après une année à tenter de stabiliser ces comportements en posant un cadre strict mais bienveillant et en limitant l'attention accordée aux comportements pour privilégier une verbalisation par le biais des ateliers médiatisés, Katrina réalise un passage à l'acte d'une gravité sans précédent et se précipite du toit d'un bâtiment de l'hôpital de la Cavale Blanche.

Katrina ayant alors passé quinze ans, elle relevait alors du service d'urgences psychiatrique adulte et ne pouvait plus se rendre aux urgences pédiatriques comme elle en avait pris l'habitude. Encore une fois, il s'agit d'un passage à l'acte « sans cause apparente » mais se produisant tout de même à un moment de changements importants dans la vie de la jeune fille.

S'en suivra une période de convalescence et de rééducation où Katrina va encore une fois mettre à mal les différents services et institutions l'accompagnant par ses mises en danger.

Suite à cet épisode, la situation semble alors enkystée dans le fonctionnement décrit précédemment. Katrina se présentant de manière itérative aux urgences et induisant une réponse autoritaire des équipes soignantes et répétant les passages en hospitalisation complète, séquentielle ou intercurrente.

Suite à ce passage à l'acte et à l'extrême inquiétude et au sentiment d'être démuni face à ces passages à l'acte répétés des soignants, un protocole de prise en charge a été élaboré aux urgences. Ce protocole permet alors un cadre très strict dans les possibilités de réactions soignantes, pouvant également autoriser une réponse « préventive » face à une crise d'agitation. Paradoxalement, il peut alors être possible de prendre en charge une agitation avant même sa survenue. Paradoxe que nous pourrions illustrer dans la suite de notre propos.

Après avoir présenté cette situation clinique, nous proposons maintenant de discuter la question du diagnostic. Si notre réflexion s'encrera dans le matériel clinique décrit ci-dessus, elle s'appuiera également sur les éléments théoriques développés plus haut.

3.4 Discussion diagnostique

La description du cas clinique de Katrina est assez édifiante du point de vue de l'intensité et de la variété des troubles. De ce fait, plusieurs diagnostics ont été évoqués au cours de sa prise en charge tels qu'une dépression réactionnelle, un trouble névrotique sévère ou encore une entrée dans la psychose dans un contexte de psychotraumatisme. La certitude diagnostique a également été compliquée par l'âge auquel Katrina a été suivie, contemporain de l'adolescence. Les hypothèses diagnostiques devaient donc être évoquées avec une grande prudence.

Pour tenter de répondre à la question du diagnostic de cette jeune fille, nous allons tout d'abord évoquer les différentes hypothèses que nous avons envisagées au cours de la prise en charge.

3.4.1 Diagnostics différentiels

3.4.1.1 Syndrome dépressif

Un épisode dépressif peut être envisagé, cependant la notion de cassure dans la symptomatologie actuelle est difficile à repérer. Katrina a été confrontée au décès d'un membre de sa famille puis à une séparation parentale, suivie d'un déménagement avec l'entrée dans un nouveau collège, tous constituant un événement fragilisant pouvant inaugurer ou majorer une symptomatologie dépressive latente.

Il existe des troubles du sommeil avec des réveils nocturnes et une prise de poids, les résultats scolaires du deuxième et troisième trimestre de son année de sixième sont en baisse, coïncidant avec la séparation parentale. Les troubles du comportement, existant certes depuis la petite enfance, sont en aggravation récente et pourraient être envisagés comme des conduites de lutte contre les affects dépressifs, à considérer comme des défenses maniaques.

Le reste du tableau clinique peut entrer dans le cadre d'une symptomatologie dépressive de l'enfant et de l'adolescent mais nous paraissent cependant être d'un autre ordre : en effet, la présentation de Katrina se caractérise par une pauvreté d'expression, une amimie, la thymie est sur un versant dépressif, avec un sentiment de vide prédominant, elle présente un ralentissement idéo-moteur, une anesthésie affective et une absence totale de projection dans l'avenir, associés à des idées suicidaires.

Ainsi, un diagnostic de dépression masquée évoluant depuis plusieurs mois, voire années, récemment aggravée à la faveur d'événements déstabilisants de l'environnement, et se manifestant au premier plan par des troubles du comportement ne peut être formellement éliminé, bien que l'ensemble du tableau clinique nous oriente vers un autre diagnostic.

Il nous semble que cette dépression masquée serait à envisager comme facteur précipitant, révélateur et aggravant d'un possible trouble de personnalité sous-jacent.

Un traitement antidépresseur par ISRS (inhibiteur sélectif de la recapture de

sérotonine) a d'ailleurs été prescrit dans un premier temps, puis arrêté devant l'absence d'amélioration notable.

3.4.1.2 Trouble névrotique

La symptomatologie présentée par Katrina au cours de l'hospitalisation peut également faire évoquer un trouble névrotique sévère. En dehors des passages à l'acte, souvent spectaculaires et sous le regard soignant, Katrina apparaît comme une jeune fille calme, attentive au discours et au regard porté sur elle.

Dans l'unité, elle recherche la proximité constante des adultes et supporte mal de se retrouver seule. Elle présente de multiples malaises avec des pertes de connaissance inexpliquées, les bilans somatiques s'avérant à chaque fois normaux. Ces manifestations conversives pseudohystériques permettent à Katrina de mobiliser l'entourage soignant autour d'elle, survenant en particulier quand celui-ci s'occupe d'un autre enfant.

Cependant, ces manifestations conversives ne semblent pas entrer uniquement dans le cadre d'un fonctionnement névrotique, malgré la dimension nette d'adresse à l'autre. En effet, lorsqu'elle se retrouve seule, Katrina est en proie à des angoisses de vide profondes, non mentalisables, qu'elle parvient à maintenir à distance uniquement en présence de l'autre, qui vient véritablement la « béquiller » psychiquement. Dans les cas où l'autre n'est pas là et l'angoisse trop intense, le passage à l'acte survient, souvent destructeur.

Ces éléments nous orientent vers la particularité de la relation d'objet que Katrina a mis en place et doivent faire penser à l'anaclitisme, la recherche d'une « béquille psychique » étant un des éléments centraux de cette position particulière. Cependant, plusieurs éléments sont encore à mettre en évidence pour la différencier d'une psychose.

3.4.1.3 Entrée dans la psychose

Ainsi, la nature profonde des angoisses, la pauvreté du discours, des affects, la

répétition des passages à l'acte, non critiqués et non élaborables, comme modalité de résolution des conflits internes dans l'agir, questionnent la personnalité sous-jacente et notamment une entrée dans la psychose.

Il existe des antécédents psychiatriques du côté maternel dans la famille de Katrina : son grand-père est décédé par suicide, une pathologie schizophrénique n'ayant pu être précisée ; la possibilité d'un trouble bipolaire a été formulé chez sa grand-mère ainsi que chez un oncle ; un de ses demi-frères a présenté des troubles obsessionnels compulsifs très invalidants durant l'enfance, et qui ont par la suite évolué vers une schizophrénie.

Durant son hospitalisation, Katrina n'a pas présenté de syndrome délirant à proprement parler, mais des hallucinations auditives isolées intrapsychiques, qu'elle évoque en cours d'hospitalisation sans en avoir jamais parlé avant et qui vont disparaître rapidement, en quelques jours. Ceci interroge quant à la véracité de celles-ci. De plus, ces expériences étaient la plupart du temps vécues le soir, au moment du couché et donc à un moment propice à l'angoisse et à la solitude. Une double origine de ces hallucinations peut donc être envisagée. D'une part, elles se rattachent à une angoisse difficilement élaborable du fait de la pauvreté de sa conscience réflexive mais également à sa recherche du soignant, ces hallucinations ayant été traitées par un temps d'accompagnement du couché, notamment par la lecture d'une histoire.

Katrina n'est pas non plus apparue dissociée, bien qu'un doute existe sur des troubles du cours de la pensée transitoires à type de barrages, les réponses très courtes donnant parfois l'impression d'un arrêt dans les idées.

Les capacités cognitives de Katrina paraissent préservées, la scolarité s'est jusque-là bien déroulée, d'autre part, Katrina se montre adaptée et plutôt à l'aise dans la réalisation des tests projectifs lors du bilan psychologique, faisant appel à une cognition normale.

Les études montrent que 4% des schizophrénies débutent avant l'âge de quinze ans et seulement 0,1% avant l'âge de dix ans (63). Il est donc rare d'observer des formes constituées de la pathologie avant la fin de l'adolescence, d'autant plus que l'adolescence est une période de vulnérabilité où des symptômes psychotiques, passagers et en général peu bruyants, peuvent être présents.

Les cliniciens s'accordent à l'heure actuelle autour d'un repérage le plus précoce possible de ces symptômes, associé à une évaluation globale du fonctionnement mental du sujet dans le but d'un dépistage et d'une mise sous traitement si celle-ci s'avère nécessaire, avant l'éclosion symptomatique classique. Une réduction de la durée de psychose non traitée est recherchée, les études ayant montré que sa prise en charge précoce améliorerait de manière significative le pronostic fonctionnel de la maladie (64).

Pour Katrina, le diagnostic retenu est celui de fonctionnement limite répondant d'après la CIM-10 au « trouble de la personnalité borderline » (F60.3) (65). Dans la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent, ce diagnostic correspond selon l'axe I à celui de « pathologie limite avec prédominance des troubles de la personnalité » (3.1), dans l'axe II les diagnostics suivants sont retenus : « Carences affectives précoces (22.0) », « Carences socioéducatives (22.2) » et « Enfant actuellement placé (25.1) » (66).

3.4.2 Diagnostic de trouble de la personnalité borderline

Nous avons d'ores et déjà pu mettre en évidence la grande variété symptomatique des troubles que présente Katrina. De ce point de vue, un syndrome borderline tel que nous l'avons décrit plus tôt peut être évoqué par la particularité de l'expression du trouble présenté par Katrina. Mais pour pouvoir valider ce diagnostic, une étude dimensionnelle de la clinique est nécessaire.

3.4.2.1 Relation anaclitique

Nous l'avons déjà évoqué, la relation d'objet que Katrina a mis en place est empreinte du sceau de l'anaclitisme. Cependant, une distinction avec une relation schizo-paranoïde que l'on rencontrerait dans une psychose est à préciser.

Dans les deux cas, le sujet est régulièrement à la recherche du soignant. Mais dans le cas qui nous intéresse, Katrina n'est pas dans une recherche de relation symbiotique ou fusionnelle. Certes, les moments de solitude sont propices à l'angoisse ce qui l'amène à rechercher une relation et la frustration est bien souvent

quasi-intolérable et fait écho à une menace pour l'intégrité narcissique. En revanche, une trop grande proximité va être menaçante et va susciter un rejet pouvant à son tour générer de la violence. Ce mécanisme est une des origines possibles des passages à l'acte et des crises d'agitation de Katrina. Cette relation qui s'exprime sur le mode du tout ou rien la fait osciller entre un besoin irrépressible de l'attention dans le but de venir nourrir un narcissisme défaillant mais un certain degré de différenciation entre le sujet et l'objet génère une réaction violente comme lorsque l'on tente de coller entre eux les deux pôles identiques d'un aimant.

Il apparaît donc assez clairement que de naviguer dans une telle relation peut être très compliqué, tant pour les soignants que pour la famille. La juste distance étant sans cesse en mouvement et que le moindre écart appelle à des réactions violentes.

Le cas particulier des passages à l'acte de Katrina constitue un point particulier de la clinique.

3.4.2.2 Clinique des passages à l'acte

Entre crises clastiques, hétéroagressivité, autoagressivité, scarifications et mises en danger, les comportements destructeurs de Katrina semblent sans limites. Les théories de Jeammet (18) sur la destructivité permettent d'apporter un sens à ces passages à l'acte qui en semblent dénués et dont le sujet n'a en général que bien peu de choses à en dire. Entre les « parce que », les « je ne sais pas » ou encore les « je m'ennuyais », les réponses de Katrina quand on l'interroge sur les raisons de ses comportements renvoient les soignants entre consternation et sidération. L'absence de sens apparent du moins dans son discours est réellement déconcertante. A ce sujet, Jeammet déclare que « *la destructivité, c'est la défense du pauvre* » (15).

Nous pouvons faire l'hypothèse que ceci serait dû à la perception des réalités internes et externes de Katrina. Lors de l'apparition des premiers troubles du comportement, Katrina a été confrontée pour la première fois à un monde étranger, dans ce cas précis, il s'agissait du collège. Et elle était privée de sa mère pour affronter ce moment. Les probables défaillances de son étayage précoce ne lui permettaient alors pas de faire face seule à ces situations et c'est pourquoi on

observait les comportements de fugues pour retrouver sa mère, pour retrouver la personne qui lui permettait de penser ou encore qui lui prêtait une pensée. Cet exemple est assez révélateur du mécanisme que l'on peut retrouver dans l'ensemble des passages à l'acte de Katrina au sein de sa famille ou au sein de l'institution. L'institution devenant dans ce cas un équivalent psychodramatique de l'organisation familiale.

Face à ces situations angoissantes, où elle n'a que peu de prises, détruire ou se détruire est une alternative toujours possible. Mais cette alternative est illusoire, et les conséquences ne sont jamais envisagées.

Les mécanismes psychiques que l'on peut rencontrer dans les états-limites nous permettent d'apporter un sens à cette clinique qui pourrait en être dépourvue. Le « tout ou rien » relationnel constituant un mode d'expression de l'anaclitisme et les passages à l'acte apparaissant comme un mécanisme de défense externalisé. Il s'agit là des principaux éléments s'articulant autour d'une clinique externalisée, barrant l'accès au sujet et aux soignants à la réalité interne et aux processus intra psychiques.

Un dernier point reste encore à explorer. Comme nous le signalions, la relation maternelle impliquée dans certains troubles du comportement nous amène à envisager la structure familiale de Katrina et des modalités communicationnelles mises en place au prisme des particularités liées aux organisations limites.

3.4.2.3 Éléments diagnostics des modes de communication

L'étude des modalités de communication familiale constitue un point central de la mise en évidence du diagnostic. Nous avons détaillé plus tôt des éléments de fonctionnement familial évocateurs des troubles psychiatriques.

Du point de vue de la communication, Katrina et les personnes qui interagissent avec elle mettent en place des expressions pathologiques. Par son mutisme, ou lors des crises conversives qu'elle présentait, Katrina tentait alors de faire part d'un refus de communiquer, témoignant alors d'un mal être qu'elle ne pouvait pas cacher. De plus, lors des entretiens cliniques, il était très difficile d'évoquer les différents épisodes qu'elle mettait en place, ses difficultés

d'élaboration, son manque de conscience de la réalité interne rendait impossible sa capacité à métacommuniquer. Enfin, Katrina éprouve des grandes difficultés à aller d'un mode relationnel à un autre avec son interlocuteur. De ce fait, les interactions au sein de l'institution étaient majoritairement de type symétrique, rendant quasi impossible d'éviter une escalade se soldant par des passages à l'acte, ce qui contrastait avec la relation complémentaire que l'on peut observer lorsqu'elle est en présence de sa mère. Katrina restant alors dans une position basse, la position haute étant monopolisée par sa mère.

3.4.2.4 Une organisation familiale propice à l'éclosion du trouble

On ne peut pas parler ici d'un lien de cause à effet, l'objet de notre propos n'étant pas de mettre en évidence une causalité familiale linéaire. Les principes de l'école systémique prennent en compte la causalité circulaire (47) qui peut être compris par analogie aux modèles endocrinologiques et au principe du feedback. La production de cortisol est soumise à la sécrétion de l'ACTH qui elle-même dépend du taux sanguin de cortisol. Il en va de même dans un système familial et le symptôme du patient désigné aura alors pour rôle d'en maintenir l'homéostasie.

Dans les protocoles de thérapies familiales de l'école de Milan (67,68), Mara Selvini sépare la thérapie en deux moments : l'ici et maintenant et l'abord transgénérationnel. Il s'agit donc d'une approche diachronique et synchronique.

La fonction du symptôme dans la famille de Katrina se comprend alors selon plusieurs axes.

3.4.2.5 Eclairage synchronique

Dans l'ici et maintenant, il vient satisfaire la relation de séduction narcissique qui existe entre Katrina et sa mère qui nous décrit une jeune fille aimante, l'aidant dans les tâches ménagères, s'occupant de ses petits frères et dont la présence est nécessaire au bon fonctionnement du foyer. L'interaction majoritairement complémentaire que l'on peut alors observer répond aux injonctions de la séduction narcissique : Katrina a alors le choix entre penser et agir pour et comme sa mère ou

être conférée au mutisme ou être l'objet d'un discours rejetant quand cela n'est pas le cas.

De plus, nous avons pu supposer des liens entre l'intensité des troubles de Katrina et la situation au sein de sa fratrie. Lors de l'hiver 2011-2012, son demi frère a été hospitalisé pour une décompensation schizophrénique ce qui a pu provoquer une sorte de compétition pour le rôle de patient désigné, qui est dans ce cas l'objet de l'attention maternelle. Sur cette période, Katrina réalisait de nombreux passages à l'acte dans l'espoir de se faire hospitaliser et d'attirer ainsi des faveurs maternelles tournées vers un autre membre de la famille. Enfin, lorsque son demi frère s'est installé dans sa famille, tout le fonctionnement a été modifié et Katrina a dû laisser sa chambre pour permettre l'hébergement de son demi frère. A cette période, la fonction de Katrina dans la famille devenant intolérable et ne pouvant plus se satisfaire de la séduction narcissique qu'elle entretenait avec sa mère, une période d'hospitalisation particulièrement longue et compliquée s'est imposée malgré son côté iatrogène.

Pour finir, nous évoquons plus tôt le facteur protecteur du trouble psychiatrique au sein d'une famille. La représentation de la maladie est très paradoxale dans la famille de Katrina. Sur certains aspects, la maladie est l'objet d'un déni massif, notamment en ce qui concerne les troubles somatiques. La mère de Katrina exerce un métier physique et pénible qui occasionne de nombreux troubles musculo-squelettiques et de lombalgies qui étaient majorés par la situation familiale. Or, un arrêt maladie ou une mise en invalidité semblait inacceptable car il risquait d'être synonyme de faiblesse pour une personne qui se présentait comme une matriarche, chef de famille et mère de huit enfants. Aussi, il était plus commode d'accepter un congé parental pour enfant malade qui, bien que nécessaire à un moment donné, avait pour conséquence néfaste de satisfaire une demande d'attention de la part de Katrina et ne lui laissant pas d'autres choix que d'être « malade », le cas contraire signifiant laisser sa mère souffrir, voire peut être même mourir. La fonction de la maladie devenait aussi acceptable quand elle était confrontée à la délinquance des frères de Katrina. La relation avec la justice constitue un sentiment de faillite parental à l'origine d'une souffrance. Pour venir pallier à cela, la maladie constitue alors un objet d'investissement acceptable et dont la cause pourrait venir d'ailleurs, protégeant par là même le narcissisme parental.

Nous voyons alors bien le possible rôle d'un trouble psychiatrique dans l'organisation actuelle de cette famille. Tantôt objet d'un déni puis d'un investissement acceptable, sa fonction deviendrait même un élément central de l'intégrité familiale, sa disparition pouvant occasionner une menace majeure de déstabiliser la famille dans son ensemble. L'analyse transgénérationnelle nous permet de mettre en évidence que ce phénomène n'est pas nouveau et pourrait être le fruit d'un fonctionnement qui semble se transmettre d'un membre à un autre et d'une génération à une autre.

3.4.2.6 Eclairage diachronique

Nous en avons eu un aperçu dans la description clinique, notamment à la vue du génogramme : la famille de Katrina est impressionnante de complexité. Bien que relativement taboue et difficile d'accès, quelques éléments de l'histoire familiale ont pu nous parvenir.

Au cours d'un entretien, Katrina a un jour évoqué la situation de ses sœurs, qui plus jeunes, ont présenté des troubles moins intenses mais très similaires à ceux de Katrina. Chacune des sœurs semblait alors se passer le flambeau de ce qui semble être la place assignée aux filles de cette famille : celle des troubles du comportement et du rôle d'assistante maternelle.

De plus, le passé de la mère de Katrina, bien qu'assez secret, présente d'étranges similitudes. Durant sa jeunesse, elle a aussi présenté des troubles du comportement et certains membres de la fratrie ont eu des ennuis avec la justice, un de ses frères, souffrant également de toxicomanie a même été condamné à une peine de prison pour des vols et des violences. Il semble alors que cette organisation aux liens complexes entre trouble mental et délinquance ne soit pas nouveau et se perpétue entre les générations.

La question des antécédents familiaux s'étend également aux grands parents, avec la suspicion diagnostique de schizophrénie chez le grand père maternel et de trouble bipolaire chez sa grand-mère, mais a toujours fait partie du pendant tabou de la maladie familiale. Certaines choses ne se disent pas, et d'autres se laissent deviner.

Certaines déclarations laissent supposer que Katrina ainsi que sa mère et ses demi sœurs auraient été victimes d'attouchements sexuels. Bien que jamais avérés et très peu évoqués, ces événements laissent planer un climat incestueux sur une famille où la relation de séduction narcissique entre les femmes qui la composent semble être le mode privilégié d'interaction.

Le discours transgénérationnel est quoi qu'il en soit un secret jalousement gardé mais très largement sous entendu. Des choses sont à réparer et la maternité semble en être le moyen ultime comme le laissent entendre les revendications à maternité de Katrina. L'enfant en bas âge semble même être le médicament le plus à même de pallier aux défaillances qui se transmettent d'une génération à l'autre. Les travaux de Serge Lebovici ont introduit le concept de mandat transgénérationnel (69). Un mandat transgénérationnel implique les conflits de la mère avec les grands-parents. On sait combien souvent un bébé fait l'objet d'un transfert maternel sur le grand-père maternel. Cette transmission intergénérationnelle explique de nombreux cas de sévices dont sont victimes les bébés.

Dans la famille de Katrina, les enfants en bas âges sont très nombreux et font toujours l'objet d'un investissement intense. Les petits frères de Katrina représentent de forts objets d'attachement. De plus, le décès d'une des jumelles de sa demi sœur à l'hiver 2011 après quelques jours de vie a été vécu comme un drame pour l'ensemble des membres de la famille et particulièrement pour Katrina. Enfin, la naissance d'un enfant semble être ce qui va venir tout régler. A plusieurs reprises, Katrina faisait part d'un désir de maternité et pouvait même se mettre en danger sur le plan sexuel. Quand on la questionne sur sa représentation de la maternité, il apparaît que Katrina se représente un enfant comme un synonyme de la guérison.

Nous avons pu donc mettre en évidence dans le cas particulier de Katrina que l'expression symptomatique de ses troubles rentre bien dans le cadre d'un trouble de la personnalité borderline. L'analyse dimensionnelle, sur le plan individuel et familial peut nous renseigner sur le sens de cette clinique qui semble ne pas en avoir. Sans avoir mis en évidence l'origine du trouble, les enseignements que cette analyse clinique nous apporte sur sa fonction constituent un matériel clinique et thérapeutique indispensable pour la prise en charge des états-limites.

La question à laquelle nous allons tenter de répondre est de trouver comment traiter un sujet dont la fonction de son trouble est si importante pour l'homéostasie de son environnement. Plusieurs éléments de prise en charge vont alors apparaître, sur le plan médicamenteux mais surtout sur le plan psychothérapeutique dont les moyens et les lieux de soins peuvent être aussi variés que l'expression clinique de l'état limite.

4 Eléments de prise en charge

La prise en charge d'un sujet limite peut souvent être le reflet de la complexité de sa psychopathologie. Face à un trouble dont l'instabilité psychique et comportementale, les équipes soignantes vont devoir tenter de s'adapter au mieux aux situations proposées par ces adolescents pour parvenir à conserver un lien soumis au clivage et à la destructivité.

Pour évoquer cette prise en charge, nous allons développer dans un même temps les stratégies thérapeutiques envisageables et des vignettes cliniques concernant la prise en charge de Katrina dont nous avons déjà illustré le parcours de soins et les hypothèses diagnostiques qui nous évoquent un trouble de la personnalité borderline.

4.1 Prise en charge médicamenteuse

4.1.1 Revue de la littérature

La littérature disponible concernant la prise en charge du trouble chez les adolescents est malheureusement très limitée. Quelques essais randomisés évaluant l'intérêt de différentes molécules dans le traitement des troubles de la personnalité borderline sont disponibles. Cependant, ayant été réalisés chez des patients adultes, ces résultats sont à prendre avec une réserve indispensable pour nous faire envisager les applications possibles chez l'adolescent.

Trois études ressortent alors dans l'évaluation du traitement médicamenteux. Une étude de 2001 testant l'efficacité du divalproate de sodium contre un placebo a montré la supériorité du divalproate de sodium sur le placebo (70). Cependant, les auteurs précisent que l'échantillon étudié dans cette étude préliminaire (n=16) est insuffisant pour conclure à une efficacité significative. Un autre essai, concernant l'usage de fluoxétine et olanzapine en monothérapie ou en association (71), présente les mêmes faiblesses que l'étude précédente. Enfin, la fluvoxamine semble ($p>0.05$) montrer une efficacité dans la labilité de l'humeur par rapport au placebo mais n'a aucune supériorité dans les symptômes impulsifs (72).

D'une manière générale, aucune des chimiothérapies étudiées n'a pu démontrer une efficacité significative dans le traitement du TPB (73). On ne retrouve que des tendances à l'amélioration qui peut alors poser la question de l'utilité d'une prise en charge médicamenteuse seule. De plus, l'absence de données dans le cas de l'adolescence constitue un frein majeur à l'alternative médicamenteuse chez l'adolescent qui devra alors être envisagée uniquement dans le cadre des affections intercurrentes du trouble de la personnalité. L'utilisation d'un traitement sédatif anxiolytique peut alors être envisagée sur une courte période. Un traitement antipsychotique à visée anti-impulsive bénéficie de l'AMM chez l'adolescent. Les antidépresseurs, comme vu précédemment, semblent pouvoir être une aide à la prise en charge en cas de syndrome dépressif associé. La seule classe médicamenteuse qui semble pouvoir avoir une utilité supérieure par rapport aux autres classes est celle des

thymorégulateurs (74) mais ici encore, l'utilisation au long court du divalproate ou du valpromide chez un adolescent semble discutable étant donné leurs effets indésirables sur la neuroplasticité.

4.1.2 Thérapeutiques médicamenteuses envisagées chez Katrina

Au cours de la prise en charge de Katrina, de nombreux traitements auront été instaurés. Dans un premier temps, nous avons mis en place un traitement par escitalopram en réponse à l'hypothèse d'un syndrome dépressif. Rapidement, les troubles du comportement présenté par Katrina vont nous imposer le recours à une sédation plus importante. Successivement, des traitements neuroleptiques sédatifs seront mis en place : La cyamémazine sera utilisée en première intention à une dose équivalente à 45mg par jour. Devant un manque d'efficacité et face aux difficultés que nous avons rencontré au sein de l'institution pour nous montrer suffisamment contenant, la cyamémazine sera remplacée par la loxapine en association au diazepam (15mg par jour) puis par la suite par la lévomépromazine.

Concernant le traitement de fond, l'antidépresseur sera rapidement arrêté au profit d'un traitement par risperidone (traitement bénéficiant d'une AMM chez l'adolescent) à 4mg par jour. Par la suite, des traitements thymorégulateurs seront introduits en réponse à l'instabilité thymique de Katrina : aripipazole (15mg par jour), puis valpromide (600mg par jour). Le dernier traitement reçu par Katrina était l'amisulpride (800mg par jour) mais sera stoppé suite à la découverte d'une hyperprolactinémie modérée associée à une galactorrhée.

Paradoxalement, l'arrêt des traitements de fond va correspondre à une période d'accalmie des troubles de Katrina et nous n'avons plus envisagé de nouveau traitement en relai de l'amisulpride, ne constatant pas de modifications cliniques suite à cet arrêt.

La prise en charge médicamenteuse de Katrina illustre parfaitement les données retrouvées dans la littérature. Les diverses classes médicamenteuses nous ont montré le même manque d'efficacité dans la pratique que ce qui a été décrit dans les études évoquées plus tôt. De plus, avec ou sans traitement de fond, nous n'avons pas constaté de différence marquante dans l'évolution du trouble. La dysthymie est restée

stable dans le temps, et les moments d'expériences psychotiques de même que les passages à l'acte se rapportaient à des moments d'angoisse non élaborable.

Cependant, les traitements sédatifs vont être régulièrement utilisés au cours de sa prise en charge et ce pour plusieurs raisons. Premièrement, ils seront les seuls traitements investis par Katrina, ainsi que par sa famille. Deuxièmement, les traitements sédatifs sont malheureusement conservés face aux pressions des acteurs des différents environnements dans lesquels Katrina évolue, que ce soit pour la maintenir dans sa scolarité, permettre la poursuite de l'hébergement par une assistante familiale ou même apaiser une équipe soignante dont tous les acteurs peuvent parfois se sentir dépassés par l'intensité des troubles de Katrina. De plus, la clinique de Katrina la renvoie à des angoisses inélaborables et donc l'utilité des anxiolytiques ne s'en trouve que majorée. Enfin, et c'est peut-être là l'effet le plus néfaste du recours à un traitement sédatif, il est devenu le média de « passages à l'acte » de la part des soignants eux-mêmes comme lors de passages aux urgences, point particulier que nous aborderons plus tard.

Pour conclure, la prise en charge médicamenteuse ne doit en aucun cas constituer l'alternative principale à la prise en charge d'un adolescent en général et d'un adolescent borderline en particulier. Le manque de preuves suffisantes dans les études disponibles et l'absence d'évaluation chez l'adolescent constituant les deux principaux freins pour envisager cette modalité thérapeutique. Cependant, comme nous l'avons vu dans cette partie, se dégager de l'usage des traitements psychotropes s'avère être une tâche ardue.

L'élément principal de la prise en charge des adolescents limites s'articule autour de l'institution et des environnements dans lesquels évolue le jeune patient. Nous allons maintenant aborder les éléments de traitement non médicamenteux qui s'articulent autour de la prise en charge institutionnelle et psychothérapeutique, la prise en charge des épisodes intercurrents lors des passages aux urgences, et du travail nécessaire pour garantir le maintien à domicile et la prévention des épisodes d'agitation.

4.2 Prise en charge non médicamenteuse

Il s'agit là de l'axe principal de la prise en charge d'un adolescent borderline. Comme nous avons pu le voir au long de notre travail, la clinique de ce trouble est constituée par de très nombreuses facettes intriquées les unes dans les autres dont leur expression peut varier en fonction du temps et en fonction des interactions du sujet avec ses différents environnements. La difficulté principale que nous pouvons rencontrer se trouve dans la discontinuité de sa prise en charge thérapeutique que l'agir du patient va induire. La façon de pouvoir utiliser cette discontinuité comme un axe de travail thérapeutique constitue une des pistes majeures pour suivre de tels patients dans la durée.

4.2.1 *La discontinuité thérapeutique*

Ce que nous appelons discontinuité correspond à ce que mettent en place les patients et leur entourage pour lutter contre la prise en charge. Pour la définir, nous pouvons l'illustrer avec un parallèle avec la psychopathologie du travail. Y. Clot décrit le travail comme la réunion de plusieurs aspects (75). Dans un premier temps, on trouve le travail prescrit, qui correspond à la tâche demandée par un employeur ou correspondant à une fiche de poste. Puis, vient le travail effectif, qui va être ce que le travailleur aura compris du travail prescrit et qui est conditionné par sa propre conception de son travail et enfin vient le travail réel qui englobe le travail effectif ainsi que tout le temps passé par un travailleur pour ne pas travailler.

En parallèle, on peut retrouver les mêmes éléments dans un « travail » psychothérapeutique. A noter que l'étymologie du mot travail vient du latin *tripalium* qui désignait un instrument de torture, on peut alors deviner la lutte, consciente ou inconsciente, que va exercer le patient contre sa prise en charge.

Lors de ce travail psychothérapeutique, nous retrouverons alors la prescription : médicamenteuse, comportementale, demande émanant des soignants et autres intervenants du milieu éducatif. La part effective, elle, va correspondre à la compréhension de la prescription de la part du patient et de son entourage ainsi que ce qui va leur sembler acceptable. Enfin, la part réelle va englober tout ce qui reste. On peut retrouver ici les disqualifications de la famille à l'égard de la prise en charge, la

haute destructivité du jeune patient et ses passages à l'acte conduisant à une hospitalisation via les urgences psychiatriques quand le patient est attendu le lendemain en hospitalisation programmée.

En conséquence, cette discontinuité thérapeutique conduit au fait que les soignants n'obtiennent que très rarement ce à quoi ils s'attendaient et que la prise en charge semble évoluer en dents de scie avec de nombreux mouvements venant perturber une prise en charge que l'on pourrait à priori avoir tendance à s'imaginer comme une sorte de courbe continue, se dirigeant vers l'amélioration.

L'enjeu thérapeutique principal se situe alors dans le fait de réussir à se servir de cette discontinuité comme un outil de soins. La difficulté est alors représentée par l'identification de ces facettes intriquées et par le risque d'une dérive thérapeutique pouvant s'avérer dangereuse. Nous allons donc décliner la prise en charge non médicamenteuse de l'adolescent limite autour du rôle de l'institution, du travail psychothérapeutique au sein de l'institution et en dehors, et enfin la place des prises en charge en urgences qui dans les états-limites en général et dans le cas particulier de Katrina constitue une des pièces centrales de l'édifice.

4.2.2 Place de l'institution dans la prise en charge des états-limites

Le premier rôle de l'institution se trouve dans l'établissement du diagnostic. Comme nous l'avons vu plus tôt, il sera assez aisé d'identifier le syndrome caractérisant un trouble de la personnalité borderline et son cortège de symptôme mais la psychopathologie sous-jacente, individuelle et familiale sera mise en évidence par une équipe maîtrisant ces différents aspects.

Cependant, la place d'une institution psychiatrique ne saurait se limiter à l'identification du trouble et à l'orientation du jeune vers différentes structures éducatives ou lieux de soins. Elle va également agir comme un prisme diffractant permettant alors de séparer les mouvements de vie et les mouvements de mort (76).

4.2.2.1 Mouvements de vie et mouvements de mort

Les adolescents limites, comme nous l'avons vu portent en eux le sceau de la destructivité : désorganisation psychique, auto-sabotage, dépression ou au contraire idéalisation massive, menaces suicidaires, violences qui renvoient en permanence à des questions concernant la vie et la mort (76). Pour M. Botbol, la place de l'institution est alors fondamentale dans les phénomènes d'intrication-désintrication et de liaison-déliaison des mouvements de vie et des mouvements de mort.

Dans sa deuxième théorie des pulsions (77), Freud notait que la pulsion de mort apparaissait souvent intriquée dans la pulsion de vie. Cependant, il semble que les adolescents que nous avons à prendre en charge peuvent exprimer des mouvements de morts indépendamment des mouvements de vie. L'institution, par son pouvoir de régression va alors exacerber ce phénomène de désintrication mais aura également la tâche de réintriquer mouvements de vie et mouvements de mort (76).

Cependant, en exacerbant les mouvements de vie et de mort des adolescents, l'institution et ses soignants s'exposent alors à des phénomènes de résonance entre la pathologie des patients et les failles de la structure de soins (76). Cela peut conduire à des excès dans les investissements et désinvestissements, une violence exacerbée des affects tant du côté des patients que des soignants. L'élaboration et le travail de ces différents mouvements peut alors constituer un des principaux leviers d'une thérapie médiée par l'institution (19).

Dans le cas clinique qui nous intéresse, l'institution a vécu de très nombreux épisodes illustrant cette désintrication des mouvements de vie et de mort avec leur lot de résonance qui rejaillissait sur l'équipe. Katrina pouvait se montrer comme une jeune fille plutôt agréable, investie dans les activités qui lui étaient proposées et induisant un contre-transfert positif chez l'équipe soignante. Mais très rapidement, elle faisait souvent étalage de la destructivité inhérente à son trouble : crises clastiques, passages à l'acte auto-agressifs, ces épisodes allaient induire des contre-investissements du côté institutionnel pouvant aller du déni au rejet.

Plusieurs épisodes viennent particulièrement illustrer ces phénomènes. Lors d'une de ses hospitalisations séquentielles, Katrina avait introduit certains de ses

traitements personnels afin de réaliser une intoxication médicamenteuse. Il ne s'agissait pas ici du premier épisode du genre. En effet, elle avait déjà réussi à s'introduire dans la pharmacie de l'unité et à subtiliser des médicaments qu'elle avait prétendu avoir consommé. En référence aux épisodes précédents, nous avons supposé que la prise médicamenteuse n'était pas avérée illustrant le déni que l'institution peut mettre en place pour se défendre de tels passages à l'acte. Cependant, il semblait bien que Katrina ait ingéré une dose importante de neuroleptiques et sera transférée aux urgences médicales pour une surveillance constante où seront constatés une sédation et un allongement du segment QT sur son électrocardiogramme.

Cet épisode, n'a malheureusement que très peu fait l'objet d'un travail d'élaboration approprié. Il a bien sûr été évoqué en équipe mais le mécanisme de déni restait bien souvent hermétique à tout questionnement. La seule réponse acceptable pour l'équipe soignante était un renforcement du cadre institutionnel et des conditions d'admission pour Katrina. Mais une réponse de ce genre saurait-elle être qualifiée de thérapeutique ? En effet, cet appel à une réalité externe toute puissante, à un règlement faisait office de loi s'expose à deux risques. Premièrement, un tel passage à l'acte juridique de ce genre signifie souvent le retrait et la fin des soins (76). Et deuxièmement, la loi appelée à la rescousse apparaît chez un adolescent en difficulté comme une arme supplémentaire venant servir le désir d'emprise qu'il entretient avec les objets qui l'entourent (78).

Suite à cet épisode, la mère de Katrina s'est d'ailleurs interrogée sur l'utilité des soins pour sa fille et de la pertinence des hospitalisations séquentielles. Cela a eu pour conséquence un retrait vis à vis des soins qui a conduit à un arrêt temporaire de la prise en charge en hospitalisation séquentielle.

Malgré l'arrêt des hospitalisations séquentielles, certaines activités thérapeutiques furent cependant préservées du rejet. Cela vient souligner l'importance du tiers et de la médiation dans une relation thérapeutique.

4.2.2.2 L'importance du tiers et des médiations thérapeutiques

Apporter du tiers est le fondement de nombreuses approches thérapeutiques dont les activités à médiations sont une approche particulièrement utile dans la prise en charge d'adolescents en difficultés (79). Dans l'approche systémique, le recours à une communication triangulaire est un des moyens utilisables pour rendre le langage thérapeutique (4). Il est donc primordial de pouvoir faire circuler la parole pour transformer les actions en quelque chose qui peut prendre sens et survivre à la destructivité.

Pour des adolescents dont la réalité interne représente une menace et dont les capacités d'élaboration en sont donc limitées, le recours au langage analogique, ou encore non verbal est un moyen efficace de parvenir à l'introduction du tiers. A. Gourbil (80) a déjà pu montrer dans sa thèse l'efficacité des médiations corporelles dans un groupe de jeunes adolescentes. Cet atelier représentait alors un lieu d'expression dans lequel le cadre se montrait suffisamment contenant et rassurant et qui a pu renforcer le narcissisme des adolescentes y ayant participé.

Le recours aux activités à médiations nous permet de voir des patients qui vont investir certains soignants auxquels ils vont leur exhiber leur autonomie (76). Dans le cas de Katrina, la pratique du sport et plus particulièrement du football constituait l'atelier qui a su le plus se pérenniser dans le temps et constituer un lien thérapeutique stable. Elle pouvait alors se montrer autonome vis à vis du soignant l'accompagnant ce qui avait une action narcissisante pour tous et les transgressions restaient alors dans le cadre du règlement footballistique.

Avec l'activité thérapeutique, il s'agit de rendre le lien tolérable par l'interposition d'un objet médiateur entre le patient et le soignant, soulevant la question de la juste distance (81). C'est ce qui peut permettre de réguler les mouvements d'investissements massifs qui contrebalancent des vécus abandonniques que l'on rencontre souvent chez ces jeunes patients. Pour parvenir à une action thérapeutique qui peut se prolonger dans le temps, il est également nécessaire de travailler en lien avec l'extérieur. L'institution possède également ce rôle central de connecteur entre les différents intervenants d'une prise en charge et qui est représenté par le travail en réseau.

4.2.2.3 Le travail en réseau, la poursuite des soins sur l'extérieur

L'enjeu ici est de pouvoir conserver un bénéfice thérapeutique en dehors des temps d'hospitalisations ou d'activités à médiations. De nombreux acteurs vont alors être sollicités pour parvenir à assurer cette stabilité (82). La famille, les services éducatifs, l'institution psychiatrique, les services d'urgence comme ceux de la justice vont tous être sollicités dans le parcours de l'adolescent. Cependant, la propension à catégoriser les usagers pour mieux les orienter vers des champs de compétences définis et la nature transgressive des comportements de ces adolescents conduisent chacune de ces institutions à renvoyer sur les autres (82). La circulation de la communication entre ces différents services doit impérativement accompagner la circulation de l'adolescent entre ces structures afin d'éviter une échappatoire trop tentante lorsque les intervenants vivent un sentiment d'échec de la prise en charge et de rejet vis à vis du patient.

L'objectif est de pouvoir raccourcir des temporalités difficilement appréhendables pour l'adolescent et d'apporter une discontinuité « en continu » qui va constituer une réponse à l'expression isolée de la pulsion de vie. En effet, son expression désintriquée conduit à des phénomènes d'investissement massif (76) et toute séparation sera alors vécue comme un arrachement. Il est donc nécessaire de pouvoir tempérer les phénomènes d'investissements par un désinvestissement suffisant en multipliant et raccourcissant les temporalités et en diversifiant les intervenants.

Le travail avec ces intervenants est ce qui permet la poursuite des soins en dehors des services d'hospitalisation. Les apports de thérapies familiales fournissent certains éléments susceptibles de garantir une collaboration efficace entre ces différents acteurs. L'un de ces éléments est de parvenir à mettre la famille en position de co-thérapeute (4,59).

Dans le cas de Katrina, de nombreux intervenants ont malheureusement abandonné la prise en charge pour différentes raisons. La prise en charge en famille d'accueil n'a pas pu se poursuivre de même que sa prise en charge en hôpital de jour du fait de la destructivité de la jeune fille. Pendant un moment, seul subsistait la famille et plus particulièrement sa mère avec qui l'alliance thérapeutique s'est avérée

bien fragile. Cependant, l'utilité d'un lieu de parole lui étant dédié a permis de l'associer aux soins de Katrina. De plus, elle conservait une certaine latitude dans l'organisation des temps de soins, en décidant assez unilatéralement l'arrêt des hospitalisations séquentielles, où encore l'arrêt ou la poursuite de telle ou telle activité thérapeutique. Lui permettre de prendre ces décisions ont permis de conserver cette alliance fragile qui permettait de contrer les phénomènes de clivage que présentait Katrina.

Katrina bénéficiait alors d'un dispositif comprenant des hospitalisations séquentielles assorties à des activités à médiations auxquelles un certain pouvoir décisionnel était concédé à sa famille qui pouvait à certains moments décider de manière unilatérale de mettre un terme aux hospitalisations ou à certaines activités moins investies que d'autres. Cette association a pu permettre l'arrivée de nouveaux intervenants dans la prise en charge. Suite à des initiatives familiales pour trouver un lieu d'accueil autre que l'hôpital, une collaboration a été initiée avec l'association Don Bosco qui a permis le retour de Katrina dans une démarche éducative narcissisante.

Malgré tout cela, Katrina n'a cessé tout au long de cette prise en charge de consulter régulièrement les services d'urgences pour des raisons diverses et variées si bien qu'ils sont devenus les lieux privilégiés de l'expression de sa destructivité et de ses passages à l'acte.

4.2.2.4 Place des services d'urgences dans la prise en charge des états-limites

Les passages aux urgences à répétitions d'adolescents limites peuvent sembler être des échecs d'une prise en charge et également être source de rejet de la part des soignants. Cependant, le passage à l'acte et les consultations en urgence font partie intégrante du parcours de soins de ces adolescents.

La question d'un soin adapté et opérant apparaît alors comme problématique. Les urgences ont certes une vocation de soin à part entière mais elles sont aussi l'opportunité d'une accroche pour l'adolescent (83). Les adolescents qui y sont rencontrés s'inscrivent difficilement dans le parcours de soin de manière régulière et

les ruptures sont fréquentes. Certains d'entre eux utilisent même la consultation en urgence de façon itérative ; dans ces cas là, on remarque souvent que l'une des caractéristiques communes de ces adolescents est alors leur accompagnement par l'ASE (aide sociale à l'enfance) (83). On peut ainsi émettre l'hypothèse d'un défaut des liens entre les institutions socio-éducatives et sanitaires (82,83), pourtant indispensables pour un travail partenarial en amont et pouvant viser à diminuer les situations de crises conduisant à l'urgence.

Les urgences trouvent alors leur place dans une logique de circulation qui accompagne les mouvements de vie et de mort que subit l'adolescent limite. Pour lutter contre les défaillances de sa réalité interne, il cherche alors à s'appuyer sur la réalité externe. Cependant, il est vrai que le pouvoir désintriquant de l'institution (76) aura tendance à majorer ces recours aux urgences ainsi que le caractère bruyant de ces consultations. Comme nous l'avons déjà illustré plus tôt, le recours à une loi, un protocole ou encore un règlement conduit l'adolescent dans une majoration de ses pulsions d'emprises décuplant ainsi sa destructivité. Le cadre de prise en charge doit bien évidemment être suffisamment contenant et il a été montré que les services d'urgences psychiatriques sont les plus à même de fournir ce cadre (83) car ils possèdent un savoir faire avec ce type de trouble qui est caractéristique de leur spécialité.

A titre d'exemple, deux passages aux urgences de Katrina sont assez paradigmatiques des dangers d'un recours à la loi légitimant l'emprise que l'on peut constater du côté patient mais aussi du côté soignant.

Au moment où Katrina a eu 15 ans, elle dépendait dorénavant du service d'urgences adultes et non plus des urgences pédiatriques qu'elle avait fréquenté de manière itérative durant les premières années de sa prise en charge. Ce règlement, quasi unanimement reconnu du passage de pédiatrie vers la médecine d'adulte semble anodin. Cependant, il est possible qu'il ait été vécu d'une façon tout à fait différente pour Katrina. Les urgences pédiatriques étaient un lieu qu'elle connaissait bien, et qu'à sa manière, elle était parvenue à investir. Au jour de ses 15 ans, elle se voyait alors refuser l'accès à ce lieu faisant office de point de repère dans sa réalité externe. Comme nous l'illustrons dans la partie consacrée à la psychopathologie, le seul choix qui lui apparaissait alors était de détruire. Il est alors possible que ce passage

symbolique vers les urgences adultes, qu'elle n'avait pas choisi et que nous n'avions peut être pas assez préparé et anticipé, ait été à l'origine de sa précipitation du toit du bâtiment pour affirmer son emprise sur sa propre vie.

Le deuxième épisode, bien qu'assez distant du premier dans le temps en est pourtant une des conséquences. Suite à la précipitation de Katrina, qui avait bien naturellement choqué profondément l'ensemble des soignants, un « protocole Katrina » a été mis en place définissant la conduite à tenir en cas d'agitation ou de présentation sur le toit de l'hôpital. Un jour, au décours d'une hospitalisation séquentielle, la décision de la conduire aux urgences chirurgicales a été prise suite à l'ingestion d'un corps étranger. L'infirmière psychiatrique, ayant pourtant avertie les urgences et préparé sa venue, a été tenue à distance alors que le protocole mettait en avant cette présence accompagnante et contenant pour Katrina. A l'arrivée dans le box de consultation l'équipe des urgences chirurgicales a mis en place une contention physique et une sédation chimique après avoir écarté l'infirmière psychiatrique. L'épisode s'étant déroulé dans une grande violence de part et d'autre et faisant suite à la prescription du praticien de garde sous couvert du protocole sus-cité. Outre des considérations déontologiques qui ne sont pas du ressort de notre sujet, cet événement nous interpelle sur la loi d'airain de la réalité externe (76) venant rigidifier le cadre de soins d'une manière extrême. Pour se prémunir d'un épisode qui aurait pu être grave, on a peut-être fait pire. L'éviction du tiers présent ce jour-là est aussi un défaut de la prise en charge qui aurait pu prévenir un passage à l'acte chez une patiente qui était de toute façon calme au moment de l'épisode.

La place des urgences est donc centrale dans la prise en charge d'adolescents limites. C'est aussi le lieu le plus exposé à la destructivité de ces patients et donc potentiellement un des lieux les plus mis à mal. Cela peut être du aux carences d'intervenants non psychiatriques, qui ne sont pas forcément formés à ce type de situation, ce qui justifie par là même le recours à un intervenant psychiatrique. De plus, il faut savoir se méfier d'un cadre trop rigide, risquant paradoxalement de provoquer des passages à l'acte chez le jeune mais aussi de la part du personnel soignant.

Quoi qu'il en soit, les urgences sont aussi le reflet de la discontinuité des soins, qui peut assurer la continuité du lien thérapeutique qu'il est primordial de construire au cours de la prise en charge des adolescents limites.

Le passage à l'acte fait toujours partie du parcours de ces adolescents à tel point qu'il constitue une véritable carte de visite pouvant leur donner une image excessivement négative. Mais la prise en charge cohérente de ces épisodes constitue sans doute le meilleur traitement au long cours des troubles du comportement. Cependant, la prise en charge de l'adolescent seul peut ne pas être suffisante. Tout comme le travail de réseau ou le cadre institutionnel, le travail auprès des familles est primordial pour pouvoir parvenir à un changement durable

4.2.3 Prise en charge familiale

Les approches concernant la famille sont très nombreuses. Du simple entretien médical au travail psychothérapeutique, plusieurs écoles ont tenté de fournir des éléments destinés à entrevoir les diversités de fonctionnement des familles. Dans cet exposé, nous allons nous référer plus particulièrement aux méthodes de thérapies systémiques dont le postulat fondamental est un travail basé sur les modes de communication et d'interactions mises en place.

4.2.3.1 Avant propos

Comme nous l'avons déjà évoqué plus tôt, chaque famille possède un fonctionnement propre avec ses croyances et ses mythes. L'hypothèse est que le symptôme du patient désigné est ce qui permet de conserver l'homéostasie du système (59,60). Plusieurs éléments vont pouvoir nous orienter sur la piste d'un travail possible avec la famille. Leff et Vaughn avaient déjà montré que le niveau d'expression émotionnelle des familles de sujets schizophrènes était significativement plus élevé que chez des familles dites saines (84). Cela était d'autant plus vrai au niveau des expressions d'émotions négatives. On sait aujourd'hui que l'accompagnement des familles de sujets psychotiques est un facteur pronostic favorable pour l'évolution du trouble et il en va de même pour de nombreux autres

troubles comme les troubles du comportement alimentaire, la toxicomanie ou les états-limites.

Avant de pouvoir débiter une thérapie familiale, il est important que les membres d'une famille puissent saisir la fonction que chacun peut jouer dans le fonctionnement global sans pour autant qu'ils ne se voient attribué une responsabilité répondant à un modèle de causalité linéaire. La perception d'une causalité circulaire (16) et la prise de conscience de dysfonctionnements familiaux vont être les deux préambules à l'initiation d'un travail auprès de la famille.

Pour nous y aider, il existe des questionnaires destinés à évaluer le niveau de fonctionnement d'une famille. Parmi eux, on peut citer le Family Assesment Device (FAD) (85), qui a récemment été traduit et validé en langue française (86). Il s'agit d'un questionnaire comprenant 60 items, ainsi que sa version simplifiée à 12 items qui explore les champs du fonctionnement familial comme la résolution de problèmes, la communication, les rôles de chacun, l'expression et l'investissement affectif, le contrôle des comportements et le fonctionnement général. Il a été mis en évidence un score significativement perturbé chez les familles d'adolescents limites (86).

La réalisation d'un questionnaire de ce type peut alors permettre, au cours d'une restitution auprès des membres de la famille, de mettre en évidence certaines divergences de point de vue et ainsi fournir de la matière pour débiter la thérapie.

4.2.3.2 Exemple d'une approche systémique

L'approche psychothérapeutique que nous allons décrire s'inspire des méthodes de M. Elkaïm. Bien qu'il s'agissait ici d'un protocole expérimental au moment de sa présentation (87), il nous fournit quelques éléments intéressants pour aborder la question d'un travail auprès des familles. « *Dans ce type d'approche, nous avons choisi arbitrairement de recadrer comme «protecteur» le symptôme de l'adolescent en insistant dès la première séance sur les avantages pour l'homéostasie familiale que présentent les diverses fonctions de ce symptôme.* » (87) Le symptôme dans ce type de famille est donc à considérer comme un pseudo-changement créé par

un système soumis à des pressions importantes incitant à la transformation, mais dont les règles rigides empêchent toute modification de l'homéostasie.

Au début de la psychothérapie, plusieurs étapes sont à mettre en place afin que la famille puisse effectuer des changements qui modifieront l'homéostasie de leur système. Avant toute chose, il est primordial de pouvoir comprendre les différentes fonctions du symptôme ou du moins les principales. Dans la base théorique que nous proposons, de même que dans le cas clinique, nous avons pointé que les symptômes des adolescents limites pourraient avoir une fonction particulière vis à vis de la délinquance d'autres membres de la famille. Ces symptômes pourraient alors fournir un objet d'investissement plus acceptable pour les parents qu'un rapport à la loi.

La seconde étape consiste à recadrer le symptôme du patient désigné dans le contexte familial global. Il sera alors expliqué comme un acte de protection pour le système familial (68). Il est de plus nécessaire de recadrer positivement ce symptôme comme un rôle que le patient choisit spontanément d'assumer pour pouvoir éviter une connotation péjorative du trouble (87).

Par cet acte de protection, le patient désigné traite les membres de sa familles en « *objets de soins* » et non en « *sujets* » (87). Proposition est alors faite à la famille de prendre la relève du patient désigné. Il est alors offert aux parents une alliance pour les aider à faire ce qu'ils faisaient déjà, mais en tentant de créer un contexte qui puisse leur permettre de trouver des solutions à des tentatives qu'ils estimaient alors inefficace. De ce fait, les parents sont placés en position de co-thérapeute et c'est ce qui peut poser les bases d'une alliance thérapeutique satisfaisante.

Une des dernières étapes du travail préalable est la prescription paradoxale. Il s'agit ici d'une méthode développée par Jay Haley et reprise par l'école de Palo-Alto (47,88) qui consiste à prescrire le symptôme présenté par le patient désigné. Il est alors implicitement proposé à la famille de n'effectuer aucun changement pour le moment étant donné que le symptôme est peut-être encore nécessaire pour le moment. La suite du travail peut alors consister en des « négociations de tâches » (87) contractualisant avec les membres de la famille des actions précises. Par là même, le but est plus de favoriser la communication au sein du système au cours de la négociation plutôt que la réalisation de la dite tâche bien que son accomplissement

puisse venir étayer dans la réalité externe un travail d'élaboration que la famille effectue en commun. Une autre possibilité consiste en la prescription de rituels tels que Watzlawick les a décrits (4). Cela fait écho à ce que nous développons au début de l'exposé où nous émettions l'hypothèse que les rituels ont tendance à perdre de leur valeur dans une société moderne. Il cite alors comme exemple celui d'une famille dans laquelle les troubles du comportement que présentait un des enfants persistaient malgré la prescription de traitements sédatifs. Il a alors été conseillé à la famille de se réunir au complet dans les toilettes de la maison et de jeter les traitements du jeune et de tirer la chasse d'eau en déclarant « *tu n'es peut-être pas malade après tout. Tu es peut-être simplement méchant* » (4). La famille ainsi réunie accomplissait un acte rituel dans lequel chacun de ses membres renonçait à recourir à une médication pour les troubles du comportement. Le thème de la méchanceté est ici une spécificité de la famille citée en exemple et dans laquelle ce thème faisait partie de la mythologie familiale.

Dans le cas clinique, il existe un exemple où une attitude paradoxale a pu induire un changement. Il s'agit du moment où le traitement neuroleptique de fond par Amisulpride de Katrina fut interrompu en raison d'une galactorrhée. Katrina nous avait ce jour relayé une inquiétude de sa mère concernant cet effet indésirable. Il a été décidé de l'interrompre et aucune nouvelle molécule ne fut alors envisagée. Après avoir signifié à Katrina que ce traitement allait être stoppé, nous lui avons donné comme consigne de transmettre nos remerciements à sa mère pour nous avoir alerté. De ce fait, ce qui aurait alors pu être perçu par la mère comme une preuve de l'insuffisance des soins proposés fut un moyen de la conforter dans une position haute de co-thérapeute. Quand Katrina nous a demandé quel nouveau traitement elle allait recevoir, nous lui avons rappelé que malgré les précédents traitements ses troubles avaient jusque-là persisté, soulignant qu'elle n'en avait peut-être tout simplement pas besoin, mis à part les traitements sédatifs qui étaient les seuls investis par Katrina et sa famille. Suite à cet épisode, s'en est suivi un moment d'apaisement relatif de sa symptomatologie ainsi que des relations avec la famille.

Dans cet exemple, nous pouvons voir comment la validation d'une plainte parentale et une attitude paradoxale peuvent avoir un certain effet sur l'expression symptomatique du trouble de Katrina. Dans tous les cas, un tel travail s'effectue pas à

pas et les changements ne peuvent malheureusement n'être que temporaires. Cependant il s'agit d'une approche intéressante permettant au mieux de s'assurer d'une bonne alliance thérapeutique. Aussi, il nous paraît opportun de s'en inspirer dans le cadre des relations que nous pouvons entretenir avec les familles.

Nous venons de voir que la considération de l'ambiance familiale est très importante dans la prise en charge d'un trouble psychiatrique en général et dans le trouble de la personnalité borderline en particulier. Ce travail est possible par la réalisation d'échelles telles que le FAD ou encore par une attitude d'inspiration systémique qui peut être thérapeutique. Quoi qu'il en soit, le traitement d'un adolescent présentant un état-limite doit comporter l'ensemble des éléments que nous avons exposés au fil de ces pages, ce traitement étant sans cesse remis en question par une clinique instable.

5 Conclusion

Au cours de ce travail, nous avons montré comment le trouble de la personnalité borderline a émergé de la nosographie actuelle. Même si son diagnostic peut être validé dans le cadre de l'adolescence, sa simple description symptomatique s'avère ne pas être suffisante.

Un travail anamnestique est alors indispensable et pourra mettre en évidence les multiples influences qui sous tendent un tel trouble. Aussi, la connaissance des concepts de réalité externe et de réalité interne et de la destructivité (54) ou encore de la relation d'objet anaclitique (48) constituent des éléments précieux pour mettre en lumière le sens de troubles du comportement sans sens apparent. De plus, l'instabilité symptomatique qui en découle est une des pierres angulaires de l'identification d'un trouble de la personnalité borderline chez un adolescent dont on peut dire que son trouble est alors stable dans l'instabilité même.

Nous avons également insisté sur les possibles implications familiales d'un tel trouble. Etant donné que l'expression et l'intensité du trouble d'un enfant ou d'un adolescent est la résultante d'une psychopathologie individuelle qui s'exprime dans le cadre du milieu familial et social dans lequel il évolue. La recherche et l'étude d'une ambiance incestuelle en constituent un des principaux points. Le fait de se voir refuser le statut de sujet confère l'adolescent à une destructivité qui reste malheureusement un des seuls moyens à sa disposition d'affirmer son droit à une existence indépendante et de pouvoir mener à bien la seconde étape du processus d'autonomisation-individuation qui se retrouve très largement entravé par les injonctions d'une ambiance incestuelle. Sans vouloir ôter à l'inceste (à différencier de l'incestuel) toute l'horreur qu'il représente et les traumatismes qu'il engendre, c'est peut-être bien plus l'incestuel qui rend fou.

Mais l'ambiance familiale ne se résume pas à la seule problématique incestuelle. Les apports de l'école systémique nous fournissent de précieux éléments susceptibles de nous orienter dans cette quête anamnestique complexe et hasardeuse tels que l'exploration des mythes familiaux, le rôle du symptôme dans l'homéostasie familiale ou encore les phénomènes transgénérationnels. La clinique ne se superposant jamais tout à fait à la théorie.

La prise en charge des états-limites à l'adolescence est également très complexe et nécessite de prendre en compte de nombreux aspects. La prescription de psychotropes associée à une prudence nécessaire est souvent à envisager. Nous retiendrons que l'utilisation des thymorégulateurs semble être la plus efficace. Les traitements sédatifs constituent quand à eux un recours très fréquent et dont il est difficile de se passer, et ce malgré les effets indésirables qu'ils vont induire. La principale fonction du traitement sédatif va alors être de tenter de maintenir l'adolescent dans son milieu. Qu'il s'agisse de sa famille, d'assistants familiaux ou d'éducateurs spécialisés, l'intensité des troubles et leur expression dans la réalité externe constituent bien souvent un facteur d'épuisement des accompagnants.

La fonction de l'institution vise à une réorganisation d'un fonctionnement délétère pour tous. Nous avons vu en quoi le cadre thérapeutique va permettre une diffraction des pulsions de vie et des pulsions de mort et comment la discontinuité de la prise en charge permet de négocier des temporalités souvent difficiles à appréhender chez l'adolescent limite.

Mais ce pouvoir diffractant est aussi une source potentielle de danger en cela qu'il va favoriser l'expression de la pulsion de mort dans des lieux spécifiques tels qu'un service d'urgence. Le traitement principal des troubles du comportement aux urgences ne consiste peut-être pas tant en un travail en amont visant à réduire la fréquence de ces passages que dans l'attitude à adopter face à un adolescent limite lors de ces passages. Aussi avons nous envisagé l'hypothèse que l'essentiel du traitement des passages aux urgences doit se dérouler aux urgences.

Ce point particulier des passages aux urgences nous permet d'entrevoir le rôle réintriquant des pulsions de vie et de mort que va aussi jouer l'institution. Que l'introduction du tiers se fasse par l'utilisation de médiation ou par la multiplicité des lieux et des intervenants, il permet de négocier les mouvements de transfert dont l'intensité qu'il peut présenter est aussi massive que le rejet qu'il va susciter. L'essentiel de la relation thérapeutique va alors résider dans un transfert savamment dosé, à base de ni trop, ni trop peu au risque de se retrouver dans un dangereux anaclitisme.

L'adoption d'une position tierce au sein des familles est aussi un des éléments de prise en charge sur lequel nous avons voulu insister. Cette position permet alors de réguler la communication intrafamiliale et de favoriser une alliance thérapeutique satisfaisante.

Enfin, le cas clinique présenté dans cet exposé se distingue par la densité des situations auxquelles Katrina a pu nous confronter. C'est en cela qu'il nous a paru judicieux de le présenter étant donné qu'il regroupe une grande diversité de situations cliniques nous ayant permis une réflexion autour du trouble de la personnalité borderline dans la pratique quotidienne.

En conclusion, nous pouvons dire que les états-limites à l'adolescence sont des troubles qui peuvent être difficiles à appréhender et à prendre en charge. Le terme qui vient illustrer cette difficulté pourrait alors être qualifié de multiplicité. A une multiplicité de symptômes va alors correspondre en miroir une multiplicité de prises en charge.

6 Bibliographie

1. Kounen J. D'autres mondes, voyage au coeur du shamanisme Shipibo. Film. Eurozoom. 2004.
2. Castel P-H. La Fin des coupables, suivi de Le Cas Paramord. Paris : Les Éditions d'Ithaque. 2012.
3. Saint-André S, Richard Y, Le Guen A, Lazartigues A. Nouvelles familles, nouvelles personnalités de base : nouvelles offres de soins ? Neuropsychiatr Enfance Adolesc. déc 2008;56(8):494-505.
4. Watzlawick P, Folon, Wiener-Renucci J, Bansard D. Le langage du changement. Édition : 1re. Paris: Seuil; 1986.
4. Bateson G. Naven, a survey of the problems suggested by a composite picture of the culture of a New Guinea tribe drawn from three points of view. Stanford, Calif. : Stanford University Press; 1958.
6. Gauchet M. La redéfinition des âges de la vie. Paris : Gallimard. 2004.
7. Anatrella T. Interminables adolescences : Les 12-30 ans. Édition : 11e. Paris: Cerf; 1988.
8. Delion P. Tout Ne Se Joue Pas Avant 3 Ans. Paris : Albain Michel. 2008.

9. Klein M, Sausse SK, Derrida M. Psychanalyse d'enfants. Paris: Payot; 2005.
10. Winnicott D-W. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris: Payot; 1989.
11. Racamier P-C. L'inceste et l'incestuel. Paris: Dunod; 2010.
12. Gauchet M. La Démocratie contre elle-même. Paris: Gallimard; 2002.
13. Saint-André S. "Autour de la crise chez l'adolescent confié" organisé par Muta'Jeunes. Adolescents difficiles, des identités en crise. Brest; 2011.
14. Winnicott DW, Monod C, Pontalis J-B. Jeu et réalité. Paris: Gallimard; 2002.
15. Jeammet P. Se détruire pour exister, un paradoxe humain. La difficulté de prendre soin de soi. Médecine Mal Métaboliques. sept 2012;6. pp. 38-44.
16. Elkaïm M. Si tu m'aimes, ne m'aime pas. Édition : Ed. augm. Paris: Seuil; 2001.
17. Perret A. L'adolescence comme « moment limite ». Entre rupture et continuité. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. juill 2013;6. pp. 19-23.
18. Jeammet P. La violence à l'adolescence : une défense identitaire. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. nov 2002;50(6-7). pp. 34-41.
19. Botbol M, Papanicolaou G, Balkan T. Une « psychothérapie par l'environnement ». Enfances Psy. 2000;12(4):96.

20. Bergeret J. La dépression et les états-limites. Paris : Payot. 1975.
21. Fustier P. Les corridors du quotidien: Clinique du quotidien et éducation spécialisée en institution. Paris : Dunod; 2014.
22. Chassaing J-L. Faut-il en faire cas ? Présentation d'un texte historique des « états-limites ». Rev Lacanienne. 1 nov 2011;10(2):pp. 5-8.
23. Stern A. Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. Psychoanal Q. (7): pp. 67-89.
24. Kernberg O. Borderline personality organization. J Am Psychoanal Assoc. juill 1967;15(3):pp. 41-85.
25. Gunderson JG, Singer MT. Defining borderline patients: an overview. Am J Psychiatry. janv 1975;132(1):pp. 1-10.
26. American psychiatric association. DSM III. 1980.
27. Gicquel L, Pham-Scottez A, Robin M, Corcos M. États-limites à l'adolescence : diagnostic et clinique. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. août 2011;59(5):pp. 16-22.
28. Corcos M. La terreur d'exister : fonctionnements limites à l'adolescence. Paris: Dunod; 2009.

29. Bergeret J. 12 - Les États-Limites et leurs Aménagements. Psychologie pathologique (10e édition). Paris: Elsevier Masson; 2008.
30. Duverger P, Picherot G, Champion G, Dreno L. Turbulences aux urgences pédiatriques. Agitation de l'enfant et de l'adolescent. Arch Pédiatrie. juin 2006;13(6):pp. 19-22.
31. Chaine F. États limites. Encyclopedie Medico Chirurgicale. Paris: Elsevier; 1999.
32. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. Am J Psychiatry. mai 2012;169(5):pp. 76-83.
33. Westen D, Ludolph P, Silk K, Kellam A. Object relations in borderline adolescents and adults: developmental differences,. Adolesc Psychiatry. 1990;(17):pp. 60-84.
34. Chabrol H, Montovany A, Chouicha K, Mullet E, Callahan S. Frequency of borderline personality disorder in a sample of french High school students. Can J Psychiatry. 2001;(46):pp. 7-9.
35. Chaine F, Guelfi JD, Monier C, Brun A, Seunuvel F. Diagnostic clinique et évaluation standardisée de la personnalité boderline. Encéphale. 1995;(21):pp. 47-56.

36. Johnson C, Tobin D, Enright A. Prevalence and clinical characteristics of borderline patients in a eating disordered population, *J. Clin. Psychiatry* 1989, 50, 9-15. *J Clin Psychiatry*. 1990;(50):pp. 9-15.
37. Bempoard JR, Smith HE, Hanson G. Borderline syndromes in childhood: criteria for diagnosis. *Am J Psychiatry*. 1982;139:pp. 596-602.
38. Misès R. Classification des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent : présentation générale. *Neuropsychiatr Enfance*. 1990;38:pp. 23-39.
39. Ad-Dab'Bagh Y, Greenfield B. The multiple and complex evolution of the childhood borderline syndrome construct. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(8):pp. 54-64.
40. Masterson J. The borderline adolescent. *Adolesc Psychiatry*. 1973;2:pp. 40-68.
41. Kernberg O. The diagnosis of borderline conditions in adolescence. *Adolesc Psychiatry*. 1978;6:pp. 298-312.
42. Kernberg P. Personality disorder. *Textb Child Adolesc Psychiatry*. 1991;11.
43. Vella RM, Gottlieb EH, Gottlieb H.P. Borderlines syndromes in childhood: a critical review. *Adolesc Psychiatry*. 1983;pp. 31-48.
44. Gunderson JG, kolb JE, Austin V. The diagnostic interview for borderline patients. *Am J Psychiatry*. 1981;(138):pp. 896-903.

45. Zannarini MC, Gunderson JG. The revised interview for borderline. *J Personal Disord.* 1983;(3):pp. 8-10.
46. Garnet KE, Levy KN, Mattanah J-JF. Borderline personality disorder in adolescents: ubiquitous or specific? *Am J Psychiatry.* 151(9):pp. 13-80.
47. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. *Pragmatics of Human Communication.* 1st éd. W. W. Norton & Company; 1967.
48. Pontalis J-B, Laplanche J, Lagache D. *Vocabulaire de la psychanalyse.* Édition : 3e. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2004.
49. Freud S. *Deuil et mélancolie.* Paris: Payot; 2011.
50. Lacan J. *Séminaire, tome 4 : la Relation d'objet.* Paris: Seuil; 1998.
51. Misès R. *Les pathologies limites de l'enfance.* Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 1999.
52. Spitz RA. *De la naissance à la parole : La Première année de la vie.* Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2002.
53. Estellon V. *Les états limites.* Édition : 3e édition. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2014.

54. Jeammet P. Réalité externe et réalité interne : importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence. Rev Française Psychanal. 1980;vol. 44, n° 3-4:pp. 481-522.
55. Bowlby J. Attachement et perte. Volume 1, L'attachement. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2002.
56. Widlöcher D. Traits psychotiques et organisation du Moi. In : Problématiques de la psychose. Excerpta Medica Foundation. Amsterdam. 1971. pp. 179-187
57. Anzieu D. Le Moi-peau. Édition : 2e. Paris: Dunod; 1995.
58. Racamier P-C. Le Génie des origines : Psychanalyse et psychoses. Paris: Payot; 1992.
59. Angel P, Geberowicz B, Sternschuss-Angel S, Bergeret J, Elkaïm M. Le toxicomane et sa famille.Paris. Editions universitaires. 1983.
60. Elkaïm M. Système familial et système social. Cah Crit Thérapies Fam Prat Réseaux. 1979;(1).
61. Ferreira AJ. FAmily myth and homeostasis. Arch Gen Psychiatry. 1 nov 1963;9(5):4.pp. 57-63.
62. Masson C. Psychodrame et institution. Thèse Doctorat Médecine : Brest. Université de Bretagne Occidentale. Faculté de Médecine; 2012.

63. Goëb J-L. Le concept de schizophrénie infantile est-il pertinent ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* juill 2004;162(6):pp. 511-3.
64. Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *Am J Psychiatry.* oct 2005;162(10):pp. 785-804.
65. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Paris : Elsevier Masson; 1993.
66. Misès R. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. 2012.
67. Caillé P. Familles et thérapeutes : Lecture systémique d'une interaction. Édition : 4e édition. Paris: ESF Editeur; 2006.
68. Palazzoli MS, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM. Les jeux psychotiques dans la famille. Édition : 2ème éd. Paris: ESF Editeur; 1996.
69. Lebovici S. Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste : Les interactions précoces. Édition : Nouvelle. Paris: Bayard Jeunesse; 2003.
70. Hollander E, Tracy KA, Swann AC, Coccaro EF, McElroy SL, Wozniak P, et al. Divalproex in the treatment of impulsive aggression: efficacy in cluster B personality disorders. *Am Coll Neuropsychopharmacol.* juin 2003;28(6):pp. 86-97.

71. Zannarini MC, Frankenburg FR, Parachini EA. A preliminary, randomized trial of fluoxetine, olanzapine, and the olanzapine-fluoxetine combination in women with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. juill 2004;65(7):pp. 3-7.
72. Rinne T, van den Brink W, Wouters L, van Dyck R. SSRI treatment of borderline personality disorder: a randomized, placebo-controlled clinical trial for female patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. déc 2002;159(12):pp. 48-54.
73. Guideline Watch: Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder. APA Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Comprehensive Guidelines and Guideline Watches. 1^{re} éd. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
74. NICE. CG78 Borderline personality disorder (BPD): full guideline.
75. Clot Y. Le travail à coeur : Pour en finir avec les risques psychosociaux. Paris: Editions La Découverte; 2010.
76. Botbol M, Eberle H. Mouvements de vie, mouvements de mort en institution psychiatrique pour adolescent. In *Idées de vie, idées de mort : la dépression en question chez l'adolescent*. Masson. Paris; 2004.
77. Freud S. Au-delà du principe de plaisir. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2010.

78. Botbol M. Quelle loi pour faire tiers en psychiatrie de l'adolescent. *Nervure*. 2003;16(1)pp. :2-20.
79. Lecoutre C, Botbol M, Mammari N. Quelle place pour les médiations thérapeutiques dans la « psychothérapie par l'institution » ? *Prat Psychol*. mars 2006;12(1):pp. 17-29.
80. Gourbil A. Les médiations corporelles chez l'Adolescent : Thèse Doctorat Médecine : Brest. Université de Bretagne Occidentale. Faculté de Médecine; 2013
81. Saint-André S, Richard Y, Doukouré M, Caraes P, Porchel G, Lazartigues A. Activités à médiation : de l'occupational au thérapeutique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. mai 2011;59(3):pp. 69-75.
82. Saint-André S. Les adolescents difficiles : enjeux de l'interdisciplinarité. *Soins Psychiatr*. 2013;(289):pp. 16-20.
83. Chatagner A, Raynaud J-P. Adolescents et urgences pédopsychiatriques : revue de la littérature et réflexion clinique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. janv 2013;61(1):pp. 8-16.
84. Vaughn C, Leff J. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *Br J Soc Clin Psychol*. juin 1976;15(2):pp. 57-65.

85. Miller I, Bishop D, Epstein N, Keitner G. A psychometric study of the McMaster family assesment device in psychiatric, medical and non-clinical sample. J Fam Psychol APA. 1990;3(4)pp. 9-31.
86. Speranza M, Fabian G, Revah-Levy A. The french version of the Family Assesment Device. Can J Psychiatry. 2012;57(8):pp. 1-9.
87. Elkaïm M. Une approche systémique de quelques cas d'anorexie mentale. Cah Crit Thérapies Fam Prat Réseaux. 1979;(1).
88. Haley J. Tacticiens du pouvoir : Jésus-Christ, le psychanalyste, le schizophrène et quelques autres. Édition : 3e d. Paris: ESF Editeur; 1984

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE

FACULTE DE MEDECINE ET
DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST

<u>DOYENS HONORAIRES</u>	:	Professeur H. FLOCH
		Professeur G. LE MENN (†)
		Professeur B. SENECAIL
		Professeur J. M. BOLES
		Professeur Y. BIZAIS (†)
		Professeur M. DE BRAEKELEER
<u>DOYEN</u>		Professeur C. BERTHOU

PROFESSEURS EMERITES

CENAC Arnaud	Médecine interne
GIOUX Maxime	Physiologie
LAZARTIGUES Alain	Pédopsychiatrie
YOUINOU Pierre	Immunologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES EN SURNOMBRE

LEJEUNE Benoist	Epidémiologie, Economie de la santé & de la prévention
SENECAIL Bernard	Anatomie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

BOLES Jean-Michel	Réanimation Médicale
FEREC Claude	Génétique
JOUQUAN Jean	Médecine Interne
LEFEVRE Christian	Anatomie
MOTTIER Dominique	Thérapeutique
OZIER Yves	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 1^{ERE} CLASSE

BRESSOLLETTE Luc	Médecine Vasculaire
COCHENER - LAMARD Béatrice	Ophtalmologie
COLLET Michel	Gynécologie - Obstétrique
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc	Pédiatrie
DE BRAEKELEER Marc	Génétique
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine & Santé au Travail
DUBRANA Frédéric	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
FENOLL Bertrand	Chirurgie Infantile
FOURNIER Georges	Urologie
GILARD Martine	Cardiologie
GOUNY Pierre	Chirurgie Vasculaire
KERLAN Véronique	Endocrinologie, Diabète & maladies métaboliques
LEHN Pierre	Biologie Cellulaire
LEROYER Christophe	Pneumologie
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
LOZAC'H Patrick	Chirurgie Digestive
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
MARIANOWSKI Rémi	Oto. Rhino. Laryngologie
MISERY Laurent	Dermatologie - Vénérologie
NONENT Michel	Radiologie & Imagerie médicale
PAYAN Christopher	Bactériologie – Virologie; Hygiène
REMY-NERIS Olivier	Médecine Physique et Réadaptation
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie - Hépatologie
SARAUX Alain	Rhumatologie
SIZUN Jacques	Pédiatrie
TILLY - GENTRIC Armelle	Gériatrie & biologie du vieillissement
TIMSIT Serge	Neurologie
WALTER Michel	Psychiatrie d'Adultes

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 2^{EME} CLASSE

ANSART Séverine	Maladies infectieuses, maladies tropicales
------------------------	---

BAIL Jean-Pierre	Chirurgie Digestive
BEN SALEM Douraied	Radiologie & Imagerie médicale
BERNARD-MARCORELLES Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
BERTHOU Christian	Hématologie – Transfusion
BEZON Eric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
BOTBOL Michel	Psychiatrie Infantile
CARRE Jean-Luc	Biochimie et Biologie moléculaire
COUTURAUD Francis	Pneumologie
DAM HIEU Phong	Neurochirurgie
DEHNI Nidal	Chirurgie Générale
DELARUE Jacques	Nutrition
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
GIROUX-METGES Marie-Agnès	Physiologie
HU Weigo	Chirurgie plastique, reconstructrice & esthétique ; brûlologie
LACUT Karine	Thérapeutique
LE GAL Grégoire	Médecine interne
LE MARECHAL Cédric	Génétique
L'HER Erwan	Réanimation Médicale
NEVEZ Gilles	Parasitologie et Mycologie
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie - Hépatologie
PRADIER Olivier	Cancérologie - Radiothérapie
RENAUDINEAU Yves	Immunologie
RICHE Christian	Pharmacologie fondamentale
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et Médecine Nucléaire
STINDEL Eric	Biostatistiques, Informatique Médicale & technologies de communication
UGO Valérie	Hématologie, transfusion
VALERI Antoine	Urologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIEN LIBERAL

LE RESTE Jean Yves	Médecine Générale
---------------------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

LE FLOC'H Bernard	Médecine Générale
--------------------------	-------------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DE HORS CLASSE

AMET Yolande	Biochimie et Biologie moléculaire
LE MEVEL Jean Claude	Physiologie
LUCAS Danièle	Biochimie et Biologie moléculaire
RATANASAVANH Damrong	Pharmacologie fondamentale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DE 1ERE CLASSE

DELLUC Aurélien	Médecine interne
DE VRIES Philine	Chirurgie infantile
DOUET-GUILBERT Nathalie	Génétique
HILLION Sophie	Immunologie
JAMIN Christophe	Immunologie
MIALON Philippe	Physiologie
MOREL Frédéric	Médecine & biologie du développement & de la reproduction
PERSON Hervé	Anatomie
PLEE-GAUTIER Emmanuelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
QUERELLOU Solène	Biophysique et Médecine nucléaire
SEIZEUR Romuald	Anatomie-Neurochirurgie
VALLET Sophie	Bactériologie – Virologie ; Hygiène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DE 2EME CLASSE

ABGRAL Ronan	Biophysique et Médecine nucléaire
BROCHARD Sylvain	Médecine Physique et Réadaptation
HERY-ARNAUD Geneviève	Bactériologie – Virologie; Hygiène
LE BERRE Rozenn	Maladies infectieuses-Maladies tropicales
LE GAC Gérald	Génétique
LODDE Brice	Médecine et santé au travail

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS STAGIAIRES

LE ROUX Pierre-Yves	Biophysique et Médecine nucléaire
PERRIN Aurore	Biologie et médecine du développement & de la reproduction
TALAGAS Matthieu	Cytologie et histologie

MAITRE DE CONFERENCES - CHAIRE INSERM

MIGNEN Olivier

Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES MI-TEMPS

BARRAINE Pierre

Médecine Générale

CHIRON Benoît

Médecine Générale

NABBE Patrice

Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES

BERNARD Delphine

Biochimie et biologie moléculaire

FAYAD Hadi

Génie informatique, automatique et traitement
du signal

HAXAIRE Claudie

Sociologie - Démographie

LANCIEN Frédéric

Physiologie

LE CORRE Rozenn

Biologie cellulaire

MONTIER Tristan

Biochimie et biologie moléculaire

MORIN Vincent

Electronique et Informatique

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

BALEZ Ralph

Médecine et Santé au travail

AGREGES DU SECOND DEGRE

MONOT Alain

Français

RIOU Morgan

Anglais

de LASSAT de PRESSIGNY (Gildas) – **Etats limites à l'adolescence. Spécificité et enjeux diagnostiques et thérapeutiques à partir d'un cas clinique**

Th. Méd. : BREST 2014

RESUME :

La problématique des états limites et des troubles de la personnalité pose la question de la validité diagnostique chez l'enfant et l'adolescent. Le trouble de la personnalité borderline a été évoqué dans la nosographie depuis 1884 avant d'être officiellement inclus dans les classifications à partir du DSM-III.

L'évocation de ce trouble chez un adolescent doit nécessairement articuler une approche catégorielle et une approche dimensionnelle qui permet d'explorer les soubassements psychopathologiques validant un tel diagnostic.

Ce travail reprend l'historique du trouble et des différents concepts qui s'y rattachent avant de les illustrer dans un cas clinique et d'aborder la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse du trouble de la personnalité borderline.

MOTS CLES

ETATS LIMITES, ADOLESCENCE, TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ, VALIDITÉ DIAGNOSTIQUE, PRISE EN CHARGE

JURY :

Pr. M. Botbol

Pr. M. Walter

Pr. J-D. Dewitte

Dr. S. Saint-André

DATE DE SOUTENANCE :

22 Octobre 2014

ADRESSE DE L'AUTEUR :

Gildas de LASSAT . 5, Place de la liberté 29200 Brest

gildas.delassat@gmail.com

