

LES ÉTATS LIMITES CHEZ L'ENFANT

Dr. Brun-Barassi L.
Cours I.U.F.M.

I. Le concept d'état limite.

Les états cliniques, à la frontière entre névrose et psychose, sont qualifiés par le terme **d'état-limite** ou de **borderline**. On retrouve, en effet, la notion de frontière, ce qui est à côté de la norme habituelle de la névrose, de la psychose, ce qui est en marge, qui est à la limite comme son nom l'indique. La question était de savoir si l'on pouvait individualiser, spécifier la notion d'état-limite comme une entité clinique spécifique avec ses caractéristiques sémiologiques et psychopathologiques propres. Certains auteurs parlent d'états limites prépsychotiques ou prénévrotiques. Le suffixe pré introduit la notion non seulement d'un état frontière mais aussi d'un état qui présage l'évolution possible vers un état névrotique ou psychotique. De nombreux travaux ont été réalisés chez les adultes sur ce concept d'état-limite, chez l'enfant la question a été également réfléchi et notamment par R. Misès qui a beaucoup écrit à ce sujet.

Rappel historique.

Le terme de borderline a été le premier utilisé aux Etats-Unis à la fin du XIXème, début du XXème siècle pour caractériser des problèmes physiques survenant sur une problématique psychologique. Ceci montre la parentalité qu'il y a, et que certains auteurs défendent, du lien qui existe avec la psychosomatique et la possibilité de manifestations psychosomatiques dans les états limites.

En Europe, à la même époque, les auteurs individualisent des tableaux cliniques qui se caractérisent par une sémiologie d'apparence névrotique mais dont l'évolution dans le temps en font des pathologies très invalidantes faisant penser à des évolutions psychotiques. La question étant de savoir si ce sont des formes de faibles intensité, intermittentes, d'évolution lente de la schizophrénie ou s'il s'agit d'entités différentes. La question reste en suspend à l'heure actuelle et varie en fonction des orientations cliniques et théoriques de chacun.

Du point de vue psychanalytique, le terme de borderline est utilisé aux Etats-Unis en 1935-1936, pour décrire des patients pouvant bénéficier de cure classique, comme dans les états névrotiques, mais qui établissent au sein des mécanismes transférentiels une relation qui n'est pas d'ordre de la névrose mais de l'ordre du fonctionnement psychotique, c'est-à-dire un transfert massif avec une oscillation entre des périodes d'attachement majeur et des périodes de repli majeur. Les borderline seront alors exclus de la cure classique par les psychanalystes et vont conduire à des aménagements de la cure analytique.

II. Clinique et psychopathologie des états-limites.

1. Clinique.

Malgré les divergences théoriques, on retrouve un consensus quand à la clinique des états-limites. Ils sont très déconcertants du point de vue sémiologique car on peut y inclure toute la sémiologie psychiatrique, c'est d'ailleurs le reproche essentiel. On retrouve fréquemment :

- une **angoisse massive**, souvent explosive se manifestant par des crises,
- une **intolérance à la frustration**,
- des **passages à l'acte répétés** (auto ou hétéro-agressif),
- des **conduites de dépendance** (TCA, toxicomanie...),
- une **instabilité émotionnelle**,
- un **vécu d'insécurité**,
- un **défaut d'estime de soi**, une **faille narcissique**,
- une **hyperesthésie affective** (qui conduit à des difficultés dans les relations).

Les décompensations anxieuses sont d'évolution relativement favorable, en un temps limité, notamment par le séjour institutionnel. C'est aussi **une des caractéristiques des états-limites. Souvent, la prise en charge institutionnelle permet un amendement rapide de la sémiologie clinique du fait du cadre posé par l'institution.** Malgré l'hétérogénéité clinique on peut dire que les états-limites sont stables dans leur instabilité : ils ont de multiples manifestations mais ils sont constants dans leurs symptômes.

2. Psychopathologie.

Au niveau psychopathologique, on retrouve plus d'unité :

- la relation d'objet est intériorisée sur un mode chaotique,
- une grande dépendance à autrui qui se manifeste soit dans l'attachement, soit dans rejet avec un passage à l'acte avec le passage de l'un à l'autre,
- une instabilité majeure avec des sujets qui en demandent toujours plus et qui sont toujours insatisfaits,
- une grande instabilité dans les relations affectives avec de ruptures successives.
- les fonctions du Moi sont altérées, on a souvent rapproché les états-limites de ce qui est décrit dans le faux-self (donc des patients ayant une bonne adaptation en apparence, même de parfaite adaptation au réel, mais qui sont peu authentiques, dans une espèce de mimétisme par rapport aux attentes que peut avoir le milieu d'eux avec une annulation du vécu profond),
- les pulsions primaires sont vécues de façon très instable, on retrouve de grandes difficultés à gérer ces pulsions que ce soit dans l'agressivité ou dans l'amour,
- des difficultés dans l'élaboration des processus secondaires (pensée, jugement, adaptation au réel).

Les différents auteurs n'ont pas la même perception quant aux états-limites, on cite pour exemple deux références américaines sur la notion d'état-limite :

- **Kohut** qui considère l'état-limite comme une *organisation* et non pas comme une structure. Le terme permet une certaine souplesse, une réversibilité de quelque chose qui n'est pas définitivement fixé dans le fonctionnement du sujet. Il insiste sur l'inaptitude à gérer l'estime de soi. C'est le père de la notion de *Soi grandiose*, c'est-à-dire que ce sont des sujets qui ont besoin d'être repérés par rapport à une représentation d'eux-mêmes qui est grandiose ce qui explique leur sentiments d'insatisfaction, de limites par rapport à ce qu'ils pensent qu'ils pourraient être.
- **Kernberg** aborde les états-limites dans une théorie générale de la personnalité les situant dans une position intermédiaire entre névrose et psychose. Il souligne la fragilité identitaire et décrit ce qu'on appelle *le syndrome d'identité diffus de Kernberg* qui correspond à un sujet tellement envahi par l'angoisse qu'il en perd toute identité. L'école française de psychanalyse, et notamment Bergeret, va reprendre cette hypothèse.

Les études américaines réalisées sur le sujet ont montré, par ailleurs, le rôle étiologique des carences affectives précoces à la période du processus de séparation et individuation. Materson, en particulier décrit des angoisses d'abandon qui sont proches des angoisses de séparation de l'enfance.

En France, c'est essentiellement Bergeret qui a réalisé de nombreux travaux sur le sujet. Il considère l'état-limite comme un état intermédiaire entre névrose et psychose et développe une hypothèse pathogénique. Bergeret évoque un traumatisme désorganisateur précoce qui survient, pour lui, en période anale. Ce traumatisme conduit à une sorte d'arrêt du développement libidinal qui empêche le sujet à aborder la problématique oedipienne et donne une pseudo latence précoce. Les choses se prolongent jusqu'à un second traumatisme (rupture, carence, parentalité, deuil, mariage, etc) qui peut éventuellement entraîner une décompensation (anxieuse ou dépressive avec des aménagements possibles du côté du caractère ou du pôle pervers). Actuellement, l'idée est de penser que ces aspects ne sont pas cloisonnés mais qu'il peut exister un mode préférentiel de fonctionnement. Green, lui, considère l'état-limite comme en deçà des angoisses de castration avec des patients qui alternent entre des angoisses de séparation et de angoisses d'intrusion. D. Widlöcher privilégie, comme Kohut, le terme d'organisation et insiste sur le recours massif aux mécanismes projectifs (qui sont transitoires dans l'état-limite et non pas fixés de façon définitive), aux mécanismes de clivage, à l'idéalisation qui sont des mécanismes de défense caractérisant la psychose mais que l'on peut retrouver transitoirement dans les états-limites.

III. Données épidémiologiques.

Les états-limites concernent 1 à 2 % de la population générale et 15 % des consultations de psychiatrie. Il ne faut pas négliger les co-morbidités car les états-limites sont proches d'autres troubles. On retrouve une co-morbidité fréquente avec les troubles des conduites alimentaires (TCA), les toxicomanies et certains troubles de la personnalité (histrionique, schizotypique).

Les états dépressifs des états-limites sont différenciés de la mélancolie par l'absence de culpabilité. Ces sujets expriment, par ailleurs, un sentiment d'ennui, d'insatisfaction que l'on ne retrouve pas forcément dans les états dépressifs majeurs.

Les états-limites débutent à l'adolescence avec souvent, une stabilisation en milieu de vie avec parfois une bonne réalisation personnelle. C'est un point capital, leur évolution positive possible. Dans la biographie, on remarque une grande vulnérabilité avec une labilité émotionnelle.

Classification :

La **CIM 10** reconnaît l'état-limite qu'elle classe dans les personnalités émotionnellement labiles et différencie le type impulsif et le type borderline. De même, le **DSM IV** identifie la personnalité borderline.

La **CFTMEA** catégorise l'état-limite également dans les troubles de la personnalité : dysharmonie évolutive, pathologie narcissique, dépression chronique, abandonnisme. Le second axe repère les carences affectives sociales et culturelles, les négligences et les mauvais traitements ce qui permet de relier la pathologie à l'histoire.

Il semble que le foisonnement actuel des états-limites soit en lien avec l'évolution actuelle de la société où l'on constate un amenuisement des limites et des repères ainsi qu'une valorisation narcissique à tout prix pendant l'enfance qui donne des fragilités narcissiques.

On considère à l'heure actuelle, les états-limites comme des organisations évolutives qui se modifient dans le temps et qui peuvent fonctionner sur un mode prévalent de fonctionnement.

IV. Les pathologies limites de l'enfance (R. Mises).

Depuis que l'on a mieux individualisé ce cadre nosologique (depuis une quinzaine d'années environ), on constate que ces symptômes sont les plus fréquents parmi les enfants qui consultent. Ces troubles avaient été envisagés par divers auteurs mais sous des terminologies variées : on parlait parfois de pathologies limites mais aussi de pathologies narcissiques, de pathologies anaclitiques, de dysharmonie évolutives, de personnalité en faux-self et de personnalité schizoïde. On inclut également dans ce cadre certains enfants victimes de sévices, de carences affectives, ou encore les enfants décrits comme abandonniques. On constate, en effet, que derrière ces références à des terminologies qui valorisent les données étiologiques, l'étude psychopathologique fait que beaucoup de ces cas entre dans le cadre des pathologies limites : ce sont des **sujets qui n'arrivent pas à se névrotiser, qui restent en marge d'un processus de névrotisation.**

Ces enfants présentent, dans un certain nombre de cas, des manifestations, des symptômes des mécanismes de la série névrotique. On retrouve des manifestations anxieuses, obsessionnelles, phobiques, hystériques cependant l'enfant ne peut accéder véritablement au conflit oedipien. Ces enfants n'entrent pas dans une configuration oedipienne structurante. Les conflits spécifiques de la névrose sont contournés et les

conflits de la phase de latence ne sont pas abordés non plus ; ils ne mettent pas en place les mécanismes qui préparent les révisions de l'adolescence.

Les enfants présentant une pathologie limite ne sont pas à risque de rupture psychotique au cours de leur développement. Dans les situations difficiles, ces enfants se montrent capables de mobiliser des capacités adaptatives, notamment en mobilisant des mécanismes de l'ordre du clivage du Moi, du déni, de la projection... Ils s'organisent selon ce qu'on appelle un fonctionnement en faux-self.

Les motifs de consultation sont divers et initialement, ces enfants ne sont pas conduits chez le pédopsychiatre. Dans leur première année de vie, ils rencontrent le pédiatre, le médecin généraliste pour des troubles qui paraissent banaux : troubles alimentaires, troubles du sommeil, des retards, des dysharmonies du développement. Dans quelques cas, on peut être frappé, on l'est surtout rétrospectivement, par la fréquence des manifestations organiques qui témoignent de défaut d'intégration somato-psychique. Chez l'enfant plus âgé, apparaissent des manifestations qui sont surtout comportementales, et d'aspects variables : des instabilités, des hyperkinésies mais aussi et surtout sur un autre versant des tendances au repli, à l'isolement, des manifestations dépressives. D'autres symptômes répondent à des capacités de mentalisation qui subsistent chez beaucoup d'entre eux et qui produisent des symptômes névrotiques : des angoisses, des phobies+++ , surtout des phobies scolaires.

En fait les premiers symptômes sont souvent minimisés par l'entourage qui est souvent assez particulier, souvent lui-même pris par des composantes transgénérationnelles avec une capacité de déni importante qui s'exerce vis-à-vis des troubles. On voit malheureusement trop souvent ces enfants au moment où ils ont de grandes difficultés à l'école, notamment au CP. A ce moment là, 2 types de difficultés sont au premier plan : **les troubles des apprentissages et les troubles des conduites**. Les manifestations sont diverses, banales et se rencontrent dans d'autres pathologies.

Il existe, pour compliquer les choses, des formes pauvres en symptômes. Ce sont des enfants apparemment sans problèmes jusqu'au moment où les troubles s'expriment clairement.

Le diagnostic est donc difficile puisqu'il ne peut s'appuyer sur le recueil des symptômes de l'enfant qui sont divers, banaux et pas spécifiques. On va devoir s'appuyer sur des indices cliniques permettant de mieux cerner la pathologie de l'enfant.

1. Indices cliniques.

a. **Défauts et carences précoces d'étayage du milieu.**

Les **défaillances du milieu, les carences** apparaissent comme un phénomène assez constant mais elles s'offrent sous des tableaux très divers. Dans les différentes études réalisées par R. Misès, le constat a été fait que le milieu socioculturel jouait un rôle dans les pathologies limites. En effet, beaucoup de ces enfants appartiennent à des milieux touchés par la précarité, l'exclusion. Mais, il existe aussi des cas dans les classes moyennes ou supérieures où le suivi au long cours va mettre en évidence des

défaillances maternelles, des traumatismes cumulatifs qui se sont produits et qui ont été déniés par l'entourage. On retrouve le plus souvent une **discontinuité du processus de soin maternel, une défaillance de l'étayage et de l'accompagnement** mais sans que surviennent de véritables ruptures comparables à celles que l'on observe dans les psychoses de l'enfant. Au contraire, dans les pathologies limites, les enfants échappent à une rupture massive du lien avec autrui.

b. Les atteintes de la fonction de contenance.

La mère est appelée à soutenir le développement de l'enfant, à s'ajuster, et à apporter ses propres capacités de contenance pendant un temps pour que l'enfant soit capable de ne pas être mis à mal par des mouvements qui peuvent être désorganisateur (aussi bien internes qu'externes). Si les mères ne fournissent pas un étayage suffisant, l'enfant est alors en difficultés pour mettre en place lui-même un système de pare-excitation interne qui lui permet de se distancier de sa mère et d'affronter lui-même les épreuves qui s'offrent à lui. Dans les pathologies limites, il y a donc une **défaillance du pare-excitation** qui conduit à des risques de débordements lors de certaines situations. Les enfants état-limite vont avoir tendance à réagir par le corps et par des troubles des conduites. On constate notamment que certaines motions pulsionnelles archaïques ne sont pas élaborées et viennent altérer l'appareil psychique en cours de constitution. Ces enfants ne parviennent pas à organiser un système préconscient qui assure les liaisons entre les affects et les représentations. Les capacités de mentalisation sont mises à mal, ce qui a été très bien mis en évidence par les psychosomaticiens. Ces enfants devant une situation de conflit ne sont pas en mesure d'élaborer un conflit interne ce qui peut conduire à des symptômes tels que phobies ou obsessions.

c. La transitionnalité.

L'enfant pathologie limite n'accède pas aux objets transitionnels. Ce sont des objets qui ne sont pas investis, qui sont changeants, la possession n'en est pas impérieuse. Ces enfants sont ensuite affectés dans leurs capacités à jouer, ils ne peuvent pas jouer seul (d'abord en présence de la mère puis ensuite à distance de celle-ci). Ces enfants peuvent avoir des échanges avec l'entourage mais ils n'arrivent pas à s'en distancier, à montrer qu'ils s'intéressent, à prendre du plaisir. Ils apparaissent collants, dépendants. Les enfants pathologies limites sont touchés dans leur capacité de rêverie, dans leur capacité à raconter des histoires, dans leur capacité à construire un monde idéal. Ces sujets ne parviennent pas à apprivoiser pleinement la réalité qui reste fluctuante, menaçante et ils ne parviennent pas à évaporer le contenu des motions pulsionnelles archaïques qui proviennent de l'intérieur, du Préconscient. Du fait de ces émergences non assimilables, ils sont poussés à contrôler ce qui vient de l'intérieur en développant des mécanismes de défense principalement le clivage et surtout le clivage du Moi.

2. Le processus d'individuation/séparation.

Ces enfants n'arrivent pas à organiser un processus de séparation. Ils restent soumis à une **grande vulnérabilité à la perte d'objet** et sont particulièrement menacés par les **composantes dépressives**. Ces enfants accèdent cependant à la reconnaissance de la mère comme un objet entier. Ces enfants arrivent ainsi à organiser des capacités à

instaurer l'écart entre le Soi et le non-Soi ce qui marquent la différence avec les organisations psychotiques et prépsychotiques.

A partir de ces défauts de contenance, de pare-excitation, de non accès à la transitionnalité, de ces difficultés dans le processus d'individuation, on va avoir certains aspects pathologiques spécifiques.

3. Aspects pathologiques.

a. **La souffrance dépressive.**

Elle est très présente chez les enfants pathologie limites cependant la symptomatologie varie beaucoup d'un cas à l'autre (malaises corporels, absence d'idées ou d'intérêts voire un retrait dépressif). La forme dépressive la plus caractéristique selon R. Misès est le ralentissement : un ralentissement majeur, l'enfant se fixe dans un comportement, il s'enferme dans des activités stéréotypées, dévitalisées. On a l'impression qu'il est privé de vie intérieure et que son enfermement dans ces activités a pour but de lui éviter de sombrer dans ce vide intérieur.

Ces enfants se laissent peut aller à cette dépression et adopte une position de déni et de prise de distance en développant des tableaux où les troubles des conduites, les agir vont être au premier plan.

b. **Les composantes narcissiques.**

On retrouve chez ces enfants un défaut d'intériorisation des bons objets parentaux qui sont dans les conditions habituelles, des objets qui sont intérieurs mais porteurs de réassurance, porteurs de marque d'amour. Les enfants pathologie limites présentent donc un **manque de sécurité intérieure**. Les représentations qu'ils ont d'eux-mêmes sont très insatisfaisantes du point de vue narcissique. Chez certains enfants la blessure narcissique est ressentie directement, et conduit à une représentation de soi inacceptable qui porte atteinte au sentiment d'identité propre. Pour d'autres, au contraire, apparaissent des tentatives de déni vis-à-vis de ces représentations. L'enfant va alors renforcer et maintenir des manifestations d'auto-suffisance et de toute-puissance. Ces enfants développent une position mégalomane et ne vont plus accepter les temporalisations, les contraintes ; ces sujets exigent tout, tout de suite, ce qui est un élément central de la problématique. Ils se fixent des idéaux inatteignables. Ce processus soutient l'émergence de sentiments d'injustice, de préjudice qui viennent alimenter les inconvenants dans un contexte où se développent les composantes masochiques qui tiennent une place tout à fait centrale.

c. Les remaniements en accord avec ces structures : **l'hétérogénéité structurale.**

Ces organisations sont maquées par une hétérogénéité structurale. En dépit des failles et des distorsions qui existent, on retrouve des ouvertures névrotiques avec notamment des modes particuliers de relation d'objet. La relation triangulaire s'organise de façon partielle, il n'entre pas dans une configuration oedipienne structurante, on parle de **pseudo-oedipification, bi-triangulation**. Ce qui signifie que le père est repéré dans ses fonctions mais qu'il n'offre pas ses possibilités de dégagement. Il intervient surtout dans une position défensive par rapport au lien avec la mère et la relation avec

la mère est dominante dans toute situation significative ou de conflit. Le clivage du Moi assure un fonctionnement en faux-self. Le lien avec la mère est un lien anaclitique.

d. Les troubles des fonctions cognitives et instrumentales.

On comprend aisément que dans des troubles de cet ordre, les fonctions intellectuelles puissent être altérées avec des retards et des **dysharmonies** qui sont assez fréquents. Ils peuvent toucher la psychomotricité et s'expriment notamment par l'hyperkinésie (des études menées par R. Misès montrent que 2/3 des enfants entrant dans des hyperkinésies et des troubles graves des apprentissages sont des enfants pathologies limites).

Concernant les troubles des apprentissages et du langage, les difficultés surviennent souvent dans des milieux très défavorisés. On remarque également que des perturbations qui concernent les fonctions cognitives apparaissent avec des processus de débilisation et des structurations déficitaires. Ce ne sont pas des enfants qui d'emblée étaient déficients, ils le deviennent. Il y a 2 grands dangers : la **structuration déficitaire** et les **troubles du comportement**.

Il est concevable que dans cette position, l'adolescence va poser des problèmes.

4. Evolution et devenir des pathologies limites de l'enfance.

On s'aperçoit qu'une bonne part de ces sujets n'ont pas été dépistés pendant l'enfance et vont présenter des troubles à l'adolescence. Le tableau d'état limite se modifie souvent au cours du développement et d'une manière générale, les troubles des conduites ont tendance à occuper une place de plus en plus importante à mesure que l'enfant grandit.

Il existe deux grandes évolutions possibles :

- Pour beaucoup de ces sujets, les mécanismes adaptatifs qui préexistaient vont se renforcer à l'adolescence conduisant aux **pathologies narcissiques** ou **des états limites de l'adolescent et de l'adulte**. Il y a un glissement, un abrasement de la période de remaniements de l'adolescence. Cela se passe à bas bruits mais entraîne des restrictions : *non accès à l'intelligence formelle* (empêchant le sujet d'atteindre les formes supérieures de l'abstraction) et *non accès à la créativité*. Dans ce groupe, il n'y a pas de symptôme.

- A l'inverse, chez d'autres sujets, les remaniements de l'adolescence s'amorcent mais conduisent à des **phénomènes de débordements sous forme d'agir** (troubles du comportement, des conduites d'addiction, des troubles des conduites alimentaires, des manifestations dépressives et auto-destructrices). On a le sentiment que ces remaniements interviennent ici comme un véritable traumatisme chez des jeunes qui se trouvent dans l'incapacité de réaménager leur relation avec l'entourage et dans l'incapacité aussi de mobiliser leurs ressources internes qui sont nécessaires au travail psychique qu'impose cette période de la vie. Dans ces familles, il est interdit à l'adolescent de désidéaler ses imagos parentales et d'aller chercher ailleurs d'autres supports identificatoires et ainsi se détacher de ses premiers modèles. Le conflit autonomie/dépendance est au premier plan. En fait, la puberté confirme les menaces de

rupture de lien et renforce le sentiment d'emprise ressenti par l'adolescent d'où un possible vécu de dépossession de sa vie psychique, et un vécu d'intrusion, d'effraction. Il répond par des mesures répressives, de contrôle de sa dynamique pulsionnelle et affective qui renforcent les défaillances des capacités de mentalisation de symbolisation et le privent des ressources adolescentes et de son accès à l'introspection. Ainsi, ils ne peuvent se détacher des relations précoces.

L'adolescent se trouve blessé par le constat de ses propres défaillances à affronter le mouvement qui s'impose à lui. Il développe alors à travers des projections diverses le sentiment qu'il est l'objet d'injustices, de préjudices et la croyance qu'il est en droit de formuler des exigences de la part de l'entourage, des exigences de réparation. Il n'y a pas de temporisation possible, pas de négociation. Dans ce mouvement, le sujet a tendance à élaborer des idéaux de toute-puissance qui le conduisent à concevoir des projets menant inévitablement à l'échec.

Il existe des possibilités d'évolution vers la **psychopathie** : en fait le sujet rejette toute relation à une instance interne et recherche la confrontation à une référence extérieure. Ces adolescents recherchent la Loi elle-même dans son essence, c'est-à-dire dans sa dimension interdictrice et dans sa représentation de l'objet paternel. Le sujet baigne dans des affirmations mégalomaniaques qui ont pour but de dénier le manque intérieur, la souffrance et les blessures narcissiques. Il s'organise une personnalité dominée par l'inaffectivité avec une partie qui s'élabore en deçà d'une référence à la culpabilité.

De véritables **souffrances dépressives** peuvent exister mais dans un tableau où domine des éléments de ralentissements, de désinvestissements, de dévitalisation. Ces formes sont résistantes et ne répondent pas de manière classique aux antidépresseurs. Des décompensations psychotiques sont également possibles avec un risque d'entrée dans la schizophrénie.

Il est à rappeler que les éléments cliniques qui déterminent l'état limite de l'enfant sont proches de ceux de l'adulte mais il n'en demeure pas moins que ceux de l'enfant sont plus sensibles, plus évolutifs et se prêtent mieux à des actions thérapeutiques qui peuvent avoir des effets mutatifs si, du moins, on intervient tôt avec une approche multidimensionnelle.