

## PATHOLOGIES LIMITES

R. MISÈS

### GÉNÉRALITÉS

#### Définition

La dénomination de pathologies limites de l'enfant et de l'adolescent recouvre actuellement des formes qui se démarquent de la névrose autant que de la psychose.

Ces faits cliniques avaient été auparavant individualisés en ordre dispersé et sous des terminologies variables. Outre les appellations « limite » ou *borderline*, sont également mentionnées dans la littérature les pathologies narcissiques ou anaclitiques, les dysharmonies évolutives, les personnalités à faux *self* ou schizoïdes. De plus, cette problématique peut concerner des perturbations dominées par la dépression, les troubles des conduites, les manifestations psychosomatiques, les dysharmonies cognitives. Sont également inclus des sujets qu'on se contentait de catégoriser suivant l'axe étiologique (enfants abandonniques, enfants victimes de sévices et de carences graves).

Chacun des cadres que l'on vient de citer possède assurément des traits originaux qui tiennent aux circonstances de leur découverte, à la symptomatologie dominante, aux éclairages portés par les auteurs. Néanmoins, il apparaît aujourd'hui légitime de procéder à un regroupement sous la rubrique générale des pathologies limites, à partir de mécanismes psychopathologiques spécifiques communs.

De préférence à celui d'état limite utilisé en psychiatrie générale, le terme de pathologie limite a été retenu afin de souligner les potentialités évolutives plus diversifiées des troubles du jeune âge, leur pronostic plus favorable si l'on intervient en temps opportun et avec des moyens adaptés.

#### Frontières

Si les principes de cette approche sont cohérents, les difficultés apparaissent lorsqu'on essaie de fixer

les frontières entre les pathologies limites et les pathologies avoisinantes.

Du côté des *névroses*, le tableau est souvent trompeur. En effet, des symptômes et des mécanismes de type névrotique peuvent occuper une place notable dans les pathologies limites, alors que le sujet n'accède pas véritablement à une configuration œdipienne structurante. Les conflits spécifiques de la névrose infantile sont contournés, les remaniements propres à la phase de latence ne sont que de surface.

Du côté des *psychoses*, l'élargissement extrême du concept de structure psychotique crée un risque d'extension de ce diagnostic. Sur ce versant, des travaux récents ont souligné l'écart entre les registres respectifs du psychotique et de l'archaïque. Avec ce dernier, qui concerne bien le champ des pathologies limites, les questions de la dépendance et de l'autonomie paraissent centrales, et l'accent est mis de façon prioritaire sur la fonction de mécanismes archaïques tels que le déni ou la projection dans des organisations dominées par les clivages (voir chap. 16).

Chez ces enfants, la discontinuité des processus de soins maternels et les défauts d'étayage sont retrouvés de façon constante. Il en découle l'inscription précoce de sévères failles narcissiques, et des échecs notables dans les mouvements d'individuation/séparation. La position dépressive selon M. Klein (voir chap. 1) est abordée, mais ne peut être pleinement élaborée.

Cependant, en dépit des atteintes portées par cette voie au développement des supports de la vie mentale, ces enfants se différencient des psychotiques, notamment parce qu'ils accèdent — même si ce n'est qu'en secteurs — à une reconnaissance Soi/Non-Soi et à des capacités adaptatives assez satisfaisantes, en prenant appui sur les clivages du Moi selon le modèle du faux *self* décrit par D.W. Winnicott [6]. De cette manière, le sujet peut

mobiliser des capacités suffisantes au regard des normes usuelles, mais une pensée animiste, prélogique persiste dans les secteurs clivés de son fonctionnement mental, tandis que des modalités relationnelles de l'ordre de l'emprise narcissique et du lien anaclitique se maintiennent avec les parents.

### Point de vue étiopathogénique

Dans la genèse des pathologies limites, une place importante est généralement accordée aux conditions d'environnement et aux distorsions nées pendant les interactions précoces, mais sans aboutir pour autant à une conception purement psychogénétique. Certains infléchissements pathologiques sont en effet vraisemblablement dus à des dysfonctionnements patents du système nerveux. Se trouve donc exclue la référence à un déterminisme explicatif simple, au profit de modèles susceptibles d'éclairer la genèse des dysharmonies et des distorsions de la vie mentale par la prise en compte des influences s'exerçant à différents niveaux, selon des processus circulaires.

### MOTIFS DE CONSULTATION

Le large éventail des catégories individualisées entre névrose et psychose laisse entrevoir l'extrême diversité des motifs de consultation. On se bornera donc ici à un bref inventaire.

Initialement, lorsque l'enfant est très jeune, il est parfois conduit chez le pédiatre ou chez le généraliste pour des troubles de l'alimentation, du sommeil ou du contrôle sphinctérien, pour des retards et des dysharmonies dans le développement. Dans d'autres cas, il s'agit de manifestations organiques qui témoignent d'une vulnérabilité particulière en rapport avec les défauts d'intégration somatopsychique que D.W. Winnicott et les psychosomaticiens ont mis en valeur [6].

Plus tardivement, quand l'enfant est plus âgé, s'affirment des comportements qui peuvent gêner ou inquiéter l'entourage. Peuvent dominer, chez certains enfants l'instabilité et les phénomènes de débordement, chez d'autres la tendance au repli, à l'isolement, à l'inhibition. Au-delà de l'immaturité affective, se dessine déjà la place centrale que prend la dépression, même si celle-ci s'exprime sous des aspects divers, parfois trompeurs.

D'autres symptômes se relient à des émergences d'allure névrotique sous la forme d'obsessions, de conduites ritualisées, plus rarement de phénomènes de conversion. Une place notable est tenue par les phobies, qui témoignent de la vulnérabilité à la perte d'objet. Elles peuvent en particulier prendre la forme de phobies scolaires graves plus tardives et alors inquiétantes, notamment lorsque des troubles des conduites se reliant à l'échec scolaire surviennent au sein de l'école. C'est à ce moment que l'on entrevoit pour la première fois la signification revêtue par les manifestations plus précoces citées plus haut, qui avaient été négligées ou jugées banales, entraînant au plus la prescription ponctuelle d'un traitement

médicamenteux et d'actions éducatives ou rééducatives.

Ainsi la symptomatologie, si on l'envisage isolément, n'est pas spécifique, des motifs de consultation comparables se rencontrant dans d'autres perturbations du jeune âge. De plus, les modes d'expression des troubles et leur association varient d'un sujet à l'autre.

Par ailleurs, il existe des formes paucisymptomatiques où la souffrance de l'enfant fait l'objet de contre-investissements massifs de la part de l'entourage, visant à la réduire au silence. Cette éventualité soulève la question des formes latentes à extériorisation tardive, qui s'expriment à travers des troubles à l'adolescence voire dans l'amorce d'une pathologie mentale à l'âge adulte.

Enfin, pour un sujet donné, les symptômes dominants varient souvent avec l'âge. Chez certains, l'instabilité des premières années fera place à un comportement dominé par le renfermement, le repli, la morosité. A l'inverse, des enfants initialement inhibés, isolés, peuvent développer des troubles des conduites de gravité croissante.

### ÉTUDE PSYCHOPATHOLOGIQUE

Seule l'étude psychopathologique permet de donner sens aux manifestations superficielles, en les reliant à l'organisation psychique interne et aux modalités relationnelles spécifiques au sein du réseau socio-familial.

#### Défauts précoces d'étayage et de contenance

Les défauts précoces d'étayage et de contenance peuvent être manifestes, en rapport avec une dissociation familiale, des placements, des hospitalisations. Parfois plus subtils, ils se dégagent de l'étude de la personnalité des parents et de l'appréciation de la place faite à l'enfant. Certains événements qui ont joué un rôle pathogène indéniable peuvent ne pas être mentionnés lors des premières consultations (dépression de la mère, conflits familiaux graves, maladie ou accident). Certains auteurs comme P. Kernberg ont tenté d'individualiser l'aspect propre à certains cadres (maltraitance, divorce, abandonnisme, adoption, etc.) [3].

En fait, quel que soit le contexte, on relève toujours l'insuffisance des apports libidinaux et les défauts d'ajustement lors des périodes qui exigent une étroite adaptation de l'environnement aux besoins de l'enfant. La perception d'une discontinuité, même relative, du processus de soins maternels fait ainsi entrevoir comment se sont inscrites des failles, des distorsions qui altèrent le déroulement de l'histoire vécue, sans que survienne pour autant une véritable rupture entraînant les remaniements propres à la psychose. *Dans les pathologies limites, l'enfant, en dépit des défaillances de l'environnement, s'est trouvé capable de mettre en œuvre des capacités*

*d'adaptation et de rétablissement*, même si celles-ci se sont développées de façon dysharmonique. Parfois même, une précocité particulière dans certains domaines fait encore davantage ressortir comment l'enfant mobilise des modalités de fonctionnement et de relation à peine ébauchées, pour se défendre de l'invasion par les angoisses primaires et les risques de débordement. Néanmoins ces protections contraignantes, développées dans l'urgence, vont se fixer et font alors obstacle à des remaniements s'inscrivant dans les mouvements normaux (ceux-ci donnent habituellement accès aux positions plus évoluées que l'enfant est appelé à atteindre dans le cours de son développement). Il en découle ultérieurement des défaillances dans les mécanismes qui assurent l'individuation, la maîtrise des instruments de la symbolisation, l'accès à la vie fantasmatique.

Les atteintes à la fonction de contenance tiennent une place notable dans la formation des pathologies limites. Les capacités de contenance de la mère ont été bien mises en valeur par W.R. Bion (voir chap. 1), qui a montré comment l'adaptation très étroite de la mère aux mouvements de l'enfant garantit et soutient l'émergence des ébauches de la vie mentale propre de celui-ci. Par là, dans le même temps, la mère protège l'enfant des risques de débordement par des stimulations internes ou externes, qui altèreraient les ébauches d'organisation de la vie psychique en cours d'émergence. Elle exerce en cela une fonction de pare-excitation auxiliaire [1].

Dans toutes les pathologies limites, la mère n'a pas pleinement assuré ces fonctions, et l'enfant échoue partiellement dans ses tentatives de mise en place et de maîtrise de sa vie psychique. Il reste notamment soumis à des risques de débordement par des excès de tension interne. Par ailleurs, le préconscient n'assure pas pleinement les liaisons habituelles, à travers le langage, entre affect et représentation. Les psychosomaticiens ont bien montré qu'en raison de ces défaillances, les capacités de mentalisation sont mises en échec. Il en résulte une prédominance de l'expression par le corps et par l'agir. Plus largement, se manifeste le défaut de régulation des rapports entre processus primaires et secondaires (voir chap. 1). La pensée logique est surtout utilisée dans une fonction défensive, fonction caractéristique des processus secondaires. Ceux-ci servent à maîtriser les objets externes, au détriment de leur rôle de liaison.

### **Échecs dans le registre de la transitionnalité**

Ces échecs s'inscrivent dans les défaillances de fond que l'on vient de préciser. Rappelons que, dans les conditions habituelles, l'enfant construit ses premières représentations de façon omnipotente dans l'aire d'illusion où se déploie la créativité primaire (voir chap. 1) [6].

Dans ce registre, l'étude des pathologies limites met en évidence des manifestations diversifiées. Ici les objets transitionnels font simplement défaut, là ils sont d'apparition retardée, ailleurs ils concernent

des objets moins investis, changeants, dont la possession n'est pas impérieuse. Par ailleurs, l'entourage n'est pas sensible à leur fonction. La mère intervient pour laver les objets, les remplacer, les faire disparaître. En même temps, elle entretient avec l'enfant des modes d'emprise qui le détournent de la construction des objets transitionnels. Dès lors, l'aptitude à jouer seul est mise en défaut. L'enfant ne prend pas plaisir aux activités ludiques, il s'efforce surtout de faire participer l'entourage à des échanges captatifs plus ou moins ritualisés.

On repère ici l'atteinte de fondements indispensables pour que la vie fantasmatique acquière une fonction signifiante et permette l'accès à un plaisir autonome. Celui-ci, qui apparaît dans le jeu en présence de la mère, est généralement appelé à se développer avec l'exercice de la pensée et dans le maniement des signifiants sous les formes les plus diversifiées. Les distorsions dans l'accès à la transitionnalité altèrent l'accès à ces capacités. Elles se relient aux difficultés de l'enfant à faire évoluer sa dépendance anaclitique, c'est-à-dire à rompre avec les modes d'échange primitifs qui lui font rechercher un étayage étroit par la mère.

Le jeu a également pour fonction d'assimiler l'absence, de s'en rendre psychiquement maître, dans un espace intermédiaire entre le monde interne et la réalité externe, espace où se modèlent des expériences décisives (présence/absence). Les échecs dans ce registre laissent des traces durables.

### **Défauts d'élaboration de la position dépressive**

En dépit des dysharmonies précoces que l'on vient de voir, l'enfant parvient à organiser les rudiments de sa vie mentale et peut aborder la position dépressive au sens de Mélanie Klein (voir chap. 1). Avec la reconnaissance de la mère comme objet entier, le sujet découvre que ses mouvements contradictoires d'amour et de haine visent le même objet. Il en découle la peur de détruire ou d'endommager celui-ci à un moment où sa permanence est indispensable.

Dans les conditions habituelles, pour se protéger des angoisses dépressives qui l'assaillent, l'enfant prend appui sur des mécanismes de défense maniaque (maîtrise omnipotente de la mère, mouvements d'emprise) qu'il met au service de la réparation de l'objet. La mère joue un rôle essentiel dans le succès de l'entreprise. Elle doit donner un sens aux manifestations de l'enfant et réaliser les ajustements nécessaires comme tolérer les mouvements agressifs, doser les frustrations inévitables, de façon à ce que l'enfant conserve la représentation mentale qu'il a d'elle en son absence. En tout cela, la mère le confirme dans son pouvoir de restauration.

Dans les pathologies limites, le processus est mis en défaut car les défaillances de l'étayage maternel, souvent précoces, s'accroissent au cours de la phase dépressive. L'enfant ne parvient ni à intégrer les angoisses dépressives et de séparation, ni à dépasser

le conflit d'ambivalence. L'écart entre réalité psychique et réalité externe reste fluctuant, s'établit seulement dans certains secteurs de la personnalité, grâce à des mécanismes de clivage. Des modes archaïques de symbolisation et de relation persistent, alors que, sur un autre versant, se dessinent de bonnes capacités adaptatives. Cette hétérogénéité structurale ne permet pas à l'enfant d'acquérir les capacités suffisantes pour résoudre pleinement ses conflits internes et le contrôle de son agressivité. Deviennent donc impérieuses des mesures de répression pulsionnelle, qui s'appuient de façon dominante sur les défenses archaïques. Celles-ci sont utilisées contre les menaces de résurgence des représentations fantasmatisques non intégrées, et contre les risques persistants de débordement de l'appareil psychique par des pensées et des émotions de tonalité archaïque.

Cependant, en dépit des échecs dans l'élaboration de la position dépressive, la reconnaissance de la mère comme objet total et la différenciation entre Soi et Non-Soi demeurent acquises, même si projections ou confusions viennent les altérer dans certaines circonstances. Cet accès au sentiment de soi marque l'écart entre pathologies limites et psychoses, prépsychoses ou parapsychoses. Cet écart se manifeste également dans la prédominance des angoisses dépressives et de séparation sur les angoisses de morcellement et de néantisation.

### Dépression

Compte tenu des remarques précédentes, on comprendra que la dépression occupe une place centrale. Cependant, du point de vue clinique, la souffrance dépressive est rarement alléguée de façon spontanée par l'entourage ou par l'enfant. On est d'ordinaire appelé à en rechercher les expressions, comme les affects pénibles, l'absence d'intérêt et d'idées, les manifestations somatiques.

Dans des formes rares, le retrait accentué aboutit à un ralentissement majeur appelé le « syndrome du comportement vide ». Il associe la désaffectivation objectale, la fixation aux aspects factuels de l'ambiance, le renfermement dans des relations dévitalisées où la persistance d'activités et de ruminations stéréotypées a pour principale fonction de combler le vide intérieur (voir chap. 21).

Chez d'autres enfants, la confrontation à la souffrance, aux sentiments de vide, d'inutilité et de non-valeur, va progressivement se teinter d'idées de préjudice et d'injustice qui suscitent des réactions agressives. Un tel mouvement peut aboutir à l'instauration d'un véritable déni de ce que l'enfant ressent comme une impuissance douloureuse, tandis que se renforcent les défenses maniaques appelées à soutenir l'omnipotence, la maîtrise exercée sur les affects et les tentatives de domination des personnes. Par cette voie, s'esquisse quelquefois le glissement vers la psychopathie, qui constitue l'une des virtualités évolutives les plus inquiétantes des pathologies limites de l'enfance.

### Échec des processus propres à la névrose infantile. Vulnérabilité à la perte d'objet

En dépit des échecs dans l'élaboration de la position dépressive, des ouvertures à une relation triangulaire œdipienne se dessinent. Cependant, celle-ci s'organise en secteurs et de façon partielle, et n'introduit pas au conflit de désir et d'identification qui spécifie la phase œdipienne génitale. On reste dans le registre d'une pseudo-œdipification, où le père est surtout utilisé pour se défendre contre une relation maternelle dominante, tandis que les menaces d'engloutissement, de vidange et d'intrusion restent présentes.

Ces échecs s'expriment également dans le domaine de la pensée, dans la mesure où l'absence est impossible à constituer (voir chap. 1) (c'est en effet dans l'absence de l'objet que se forme la représentation de celui-ci). Dans les pathologies limites, l'enfant n'accède pas à une pensée imaginaire ou métaphorique, si ce n'est en secteurs à travers les clivages et au prix de limitations étendues des processus de pensée. En pareil cas, la menace de perte d'objet s'exprime sous la forme d'une confrontation au vide contre laquelle le sujet maintient à titre défensif une relation avec le mauvais objet. Si douloureuse soit-elle, celle-ci protège du risque d'affrontement à l'horreur du vide où se réactivent des sentiments d'insatisfaction indicibles.

La vulnérabilité à la perte d'objet peut prendre également la forme de *phobies scolaires graves*. Celles-ci s'observent lors des premières séparations, d'avec la mère, notamment au moment de l'entrée en classe maternelle. Chez les enfants en classe élémentaire, des composantes du même ordre exercent leurs effets de façon plus insidieuse, en bloquant les investissements nouveaux tandis que se renforcent les liens ritualisés, magiques entretenus avec la mère — souvent avec la complicité de celle-ci. En classe, ces enfants oscillent entre le vide de la pensée et des préoccupations concernant leur entourage familial proche. Parfois, ils développent avec leur mère des modes de réassurance mutuelle (par exemple, la mère vient se montrer de loin à l'enfant à l'occasion de chaque récréation).

### Pathologie narcissique [4]

Les assises narcissiques sont altérées très précocement, notamment en raison de l'incapacité de la mère à investir l'enfant comme objet réel, à la fois distinct de l'enfant imaginaire et différent d'elle-même. Par là, derrière les clivages qui vont s'instaurer, se maintient une emprise narcissique qui interdit l'accès de l'enfant à des aspirations personnelles susceptibles de le libérer du pouvoir aliénant de ses parents.

L'absence d'amour de soi prend naissance dans ces premières distorsions, d'où découlent également les défauts d'intériorisation des bons objets qui, dans les conditions habituelles, compensent les déceptions

inévitables issues du rapport à la réalité. Au cours des vaines tentatives d'élaboration de la position dépressive, l'incapacité de l'enfant à réparer les dommages causés fantasmatiquement à l'image maternelle vient sceller durablement cette fragilité narcissique de fond et les représentations de soi qui s'y relient. Dans certains cas, ceci mène à la constitution d'un « Soi blanc », ou s'expriment ouvertement le nonaccès à une identité propre, voire le sentiment d'une vacuité de l'espace psychique. De ces représentations particulièrement dévalorisées, découle le sentiment persistant d'une incapacité foncière. Cette vulnérabilité narcissique est également soutenue par les composantes dépressives, et par les défauts de disponibilité de la vie psychique.

Lorsqu'ils grandissent, ces enfants sont gravement touchés dans leur capacité de sublimation et leur créativité. Ils ne peuvent ni élaborer des idéaux stimulants, ni soutenir des expériences qui leur permettraient d'assurer leur estime de soi, et restent pris dans des illusions aliénantes. Dans ce contexte, ils sont de surcroît soumis à une répétition des blessures narcissiques, en raison des échecs subis dans leurs apprentissages. On voit alors assez souvent naître des sentiments d'injustice, de préjudice qui viennent réactiver l'omnipotence infantile. Dès lors, ces enfants refusent clairement de se soumettre aux détours et aux temporisations qu'imposent les processus normaux d'apprentissage. Ils développent au contraire des conduites actives de maîtrise et de revendication à l'égard de leur entourage. Loin de pouvoir s'impliquer dans des investissements à long terme, ils exigent que tout leur soit donné et tout de suite.

C'est ainsi que beaucoup d'enfants sont amenés en consultation à un moment où des affrontements ouverts avec l'école rendent déjà impossible la fréquentation scolaire. On est alors frappé par l'absence de culpabilité et la précarité des interdits intériorisés ce qui, nous l'avons vu, témoigne de l'incapacité qu'éprouvent ces sujets à s'inscrire dans un registre névrotique. Cependant, les ouvertures présentes dans ce registre doivent être reconnues et exploitées dans la prise en charge thérapeutique, car elles soutiennent le ravitaillement narcissique.

### **Clivages, hétérogénéité structurale, troubles de la pensée**

Dans les pathologies limites, les clivages, nous l'avons vu, occupent une place importante. Il s'agit principalement des clivages du Moi, qui assurent un fonctionnement en faux *self* par où sont maintenues côte à côte des positions inconciliables, sans qu'il y ait conflit interne. Le nonaccès aux conflits œdipiens les plus évolués et leur contournement constituent d'ailleurs des traits caractéristiques de ces organisations.

Chez ces enfants, le recours au faux *self* permet le développement, dans certains secteurs, d'aptitudes à la conformité qui maintiennent un lien avec le réel à travers des rapports marqués par la soumission et le mimétisme. Mais sur un autre plan, dans les

espaces clivés, persiste une pensée animiste, prélogique, placée sous le signe de la toute-puissance infantile. Parallèlement, le maintien de liens avec les imagos archaïques sous les diverses formes que l'on a déjà évoquées (lien anaclitique, emprise narcissique) est garanti.

L'efficacité défensive de ce dispositif est indéniabile. Cependant, à côté des ouvertures adaptatives qu'elle permet, l'hétérogénéité structurale entretient de sévères défauts d'articulation entre les aspects différenciés et les composantes archaïques du fonctionnement mental.

Les conséquences sont graves dans le registre de la pensée et de la représentation. Les troubles de ce type s'inscrivent très précocement, à travers les défaillances portant sur le jeu symbolique et le déploiement des fantasmes dans l'espace transitionnel (voir chap. 1). Ultérieurement, avec la fixation de l'hétérogénéité structurale, le sujet se trouve durablement dans l'impossibilité de s'appuyer sur des activités de pensée qui sont, normalement, source de plaisir et de créativité.

Ces défaillances ne sont pas faciles à repérer chez des enfants intelligents possédant une adaptation suffisante. La fragilité des supports de leur vie psychique se manifeste surtout lorsque la maîtrise exercée sur soi et sur les objets défaille soudainement. Surgissent alors des sentiments douloureux de perte du lien, et des phénomènes de sidération avec impossibilité de penser. La répétition de ces expériences de dépossession de la vie psychique renforce les clivages et les défenses archaïques, grâce auxquels l'enfant se défend contre l'émergence des motions pulsionnelles qu'il appréhende confusément comme inaccessibles à l'élaboration psychique.

Dans la pratique clinique, on découvre que les positions de ces sujets, pour adaptées qu'elles soient, se relient à des tentatives de maîtrise orientées par une subtile appréhension de l'attente d'autrui. L'enfant se coule dans le moule proposé, ce qui ne permet pas au praticien de soutenir une position d'écoute et de mobiliser l'enfant dans différents modes relationnels. Si l'on insiste, se manifeste le caractère intrusif de l'intervention du clinicien qui, tantôt entraîne le renforcement d'un discours clos, tantôt déclenche un profond désarroi ou des mouvements projectifs. A travers cette mise en défaut du cadre de l'échange, on entrevoit que les défenses ne sont pas liées à la peur d'être jugé, puni, menacé d'une perte d'amour ou d'une castration symbolique dans un registre névrotique. Des composantes de cet ordre peuvent quelquefois s'exprimer mais restent alors de surface, et l'on découvre que les mécanismes de refoulement tiennent une place restreinte par rapport aux clivages, aux défenses archaïques et à des mécanismes de déliaison attaquant la pensée.

Les limitations portées par cette voie à l'exercice de la pensée et de la représentation se relient à d'autres défaillances fondamentales telles que le ralentissement dépressif, l'incapacité à s'inscrire dans un projet au long cours. Elles peuvent également reposer sur des troubles des fonctions instrumentales et cognitives.

## Troubles instrumentaux et cognitifs

Ces troubles prennent forme dans le processus dont on vient de dégager les traits spécifiques. Sur ces bases, apparaissent des troubles gnostiques, praxiques ou du langage, qui entrent dans des rapports complexes avec les retards et les défauts dans l'organisation du raisonnement.

Les difficultés d'apprentissage survenant dans ces conditions peuvent être accentuées par les réponses inopportunes émanant des parents et des enseignants, voire de spécialistes qui se focalisent sur le seul défaut fonctionnel en négligeant de ressaisir la problématique dans son ensemble. Les techniques rééducatives utilisées selon une visée normative font circuler entre l'enfant et son entourage des fantasmes d'objet endommagé à réparer propres à raviver les blessures narcissiques. Dans ce mouvement, se renforce le repli devant les objets de connaissance, et se dessinent des sentiments douloureux d'incapacité que l'enfant cherche à dénier par un rejet sommaire des aides proposées.

Parfois articulés aux difficultés d'apprentissage, les déficits cognitifs peuvent tenir une place notable, depuis les retards observés dans les premières années jusqu'aux infléchissements tardifs. Devant ces manifestations, il est souvent difficile de départager ce qui représente un authentique processus de structuration déficitaire et ce qui relève d'inhibitions, de carences d'investissement, de retards curables. Les travaux menés sur les déficiences intellectuelles montrent que l'inscription de défaillances spécifiques du registre cognitif se relie à des troubles concernant l'individuation, l'accès à l'espace transitionnel, l'élaboration de la position dépressive, l'échec de l'entrée dans la latence. Il existe donc des corrélations entre les modalités qui sous-tendent les processus de débilisation et celles qui caractérisent la genèse des pathologies limites. Celles-ci, cependant, sont loin de toujours inclure des perturbations de type instrumental ou cognitif. Beaucoup d'enfants concernés ne présentent pas d'anomalies notables dans leurs apprentissages, obtiennent de bons résultats scolaires, satisfont aux exigences de leurs parents et de leurs enseignants; ils tirent d'ailleurs de cette réussite des bénéfices narcissiques indéniabiles, même s'ils restent soumis aux impératifs d'un fonctionnement en faux *self*. Assurément, les clivages aident ici efficacement au maintien de l'exercice des fonctions cognitives, mais l'on voit aussi comment ces aptitudes sont utilisées dans une visée étroitement défensive qui laisse peu de place à la créativité personnelle.

## RISQUES ÉVOLUTIFS

En l'absence de traitement, l'évolution se fait vers une gamme étendue de perturbations graves. Les plus spectaculaires sont constituées par des agirs survenant à l'adolescence [2]. On range aujourd'hui sous cette rubrique, outre les violences et les affrontements avec l'entourage, les manifestations dépressives et de

retrait, les anorexies mentales, les boulimies compulsives, les conduites d'addiction, les comportements autodestructeurs. Ces troubles sont en rapport avec l'atteinte narcissique, la dépression, les menaces de perte d'objet, les défaillances dans le domaine de la pensée. On retrouve donc des paramètres présents dès l'enfance mais qui, avec l'entrée dans l'adolescence, mettent particulièrement en défaut les capacités du sujet à assumer les révisions spécifiques de cette phase de la vie. Il faut cependant noter que les agirs, s'ils représentent l'un des risques évolutifs des pathologies limites de l'enfance, se rencontrent aussi chez d'autres sujets où les éléments liés à l'actualité de la crise de l'adolescence l'emportent sur les composantes de la structure préexistante. Il est donc souvent difficile pour le clinicien d'apprécier d'emblée la signification de ces perturbations, dont le devenir dépend dans une large mesure des moyens mis en œuvre.

Que ce soit à travers les agirs de l'adolescence ou par un glissement progressif qui s'effectue à bas bruit, le risque principal à moyen et long termes est constitué par l'entrée dans une pathologie grave de la personnalité à l'âge adulte sous des tableaux extrêmement diversifiés, même si l'on tend aujourd'hui à les regrouper, comme dans l'enfance, dans de grandes rubriques (états limites et pathologies narcissiques notamment). La présence de limitations de l'efficacité est assez fréquente. Elle rend généralement compte de l'intrication à la pathologie de la personnalité d'un authentique versant déficitaire en rapport avec les infléchissements déjà reconnus dans le jeune âge. Cependant, chez quelques sujets, des tableaux de niaiserie se relient à des aspects psychopathologiques plus complexes.

L'entrée dans une psychose avérée constitue une éventualité rare. Les manifestations de cette série survenant à l'adolescence exigent une appréciation nuancée, soutenue par la connaissance des aspects spécifiques propres à cet âge. Loin de se laisser guider par les cadres nosographiques empruntés à la psychiatrie de l'adulte, le clinicien doit s'appuyer sur une compréhension nuancée des aspects psychopathologiques, d'autant que le destin reste le plus souvent ouvert.

Évoquons encore le problème intéressant posé par des formes de l'enfance qui ont été pauvres en symptômes, presque latentes, au point de passer inaperçues dans la mesure où le fonctionnement en faux *self* a pleinement satisfait l'entourage. La question d'antécédents de cet ordre se pose parfois, rétrospectivement, devant des décompensations psychotiques survenant chez un adolescent jusqu'à considéré comme normal. Chez certains, réputés sans histoire et adaptés de longue date aux attentes de l'entourage, l'anamnèse permet d'entrevoir l'excès de maîtrise exercée dans l'enfance sur les échanges et la sélectivité des investissements, joints à des éléments d'étrangeté appréhendés après coup. Ces composantes expriment l'extrême vulnérabilité de ces sujets aux révisions qu'impose l'adolescence.

Diverses études ont montré que ces sujets, jusqu'à indemnes de toute morbidité reconnue, constituent

le groupe qui connaît les plus grands risques d'entrée dans les troubles mentaux avérés de l'âge adulte. Le silence établi pendant l'enfance, la prévalence accordée aux investissements à visée narcissique, l'équilibre pathologique instauré de longue date avec l'entourage se révèlent être de très mauvais pronostic pour l'avenir.

## CONDUITE À TENIR

Le pédiatre ou l'omnipraticien devra garder à l'esprit qu'il importe de répondre par des actions diversifiées et coordonnées à la complexité du processus psychopathologique. L'accent a été mis sur le danger des mesures ponctuelles exclusivement centrées sur les symptômes ou les comportements. Elles se relient trop souvent, nous l'avons vu, à une méconnaissance des aspects spécifiques des pathologies limites.

Ainsi, les intervenants non spécialisés seront-ils principalement conduits à préparer la famille à une consultation auprès du pédopsychiatre. Compte tenu des liens étroits qui unissent l'enfant à son entourage, c'est une tâche difficile qui exige du temps et repose sur la confiance accordée au médecin traitant. Elle peut trouver des arguments dans la réalisation d'un premier bilan qui sera complété par la suite.

Après évaluation par une équipe pédopsychiatrique, chaque cas appelle des solutions originales. Mais d'une façon générale, les actions coordonnées mises en œuvre ont une orientation psychothérapique, sans minimiser pour cela le recours à des moyens pédagogiques ou rééducatifs, et sans écarter la prise d'appui éventuelle sur des dispositifs institutionnels.

Si la priorité est donnée par certains auteurs aux traitements, psychanalytiques et psychothérapiques, on ne saurait méconnaître les difficultés rencontrées auprès d'enfants qui se révèlent incapables de faire évoluer leurs investissements en mobilisant leurs capacités d'élaboration. De plus, les réseaux familiaux sont difficiles à aborder. De telles approches, qu'elles portent sur l'enfant ou sur son entourage, exigent donc de la part des thérapeutes des capacités peu répandues d'anticipation et de contenance.

Ceci a conduit à faire une place de plus en plus importante aux supports institutionnels, où le travail en équipe donne des moyens efficaces d'ajustement, de relance, de revitalisation.

Des moyens diversifiés sont proposés pour ces thérapies institutionnelles. A l'hospitalisation complète, on préfère d'ordinaire l'hospitalisation de jour sous sa forme habituelle, mais de nouveaux dispositifs apparaissent. Certains, comme les *centres d'action thérapeutique à temps partiel*, assurent des séjours portant seulement sur quelques journées ou demi-journées par semaine. D'autres offrent un accueil après la classe. Certaines équipes ont recours à des réseaux thérapeutiques prenant appui sur les lieux habituels de vie de l'enfant; l'équipe de santé mentale établit ici des relations étroites avec une

école spécialisée, des lieux d'accueil ouverts à tous les enfants, etc.

Dans toutes ces éventualités, les moyens employés, même s'ils sont appliqués de façon intermittente, garantissent à l'enfant une continuité dans l'étayage et l'élaboration du processus, à travers des interventions souples qui, débordant le sujet, incluent la famille, l'école, le cadre social.

L'action pluridimensionnelle permet également l'ajustement des mesures pédagogiques ou rééducatives justifiées pour certains enfants touchés par les limitations de leurs fonctions instrumentales ou cognitives, mais sans pour autant perdre de vue l'orientation psychothérapique. En outre, en cours d'évolution, l'enfant peut bénéficier d'une psychothérapie individualisée, qui s'inscrit alors comme un mode d'approfondissement et de relance permettant d'unifier les transferts partiels dans un espace propice à une meilleure élaboration.

Les actions curatives, surtout lorsqu'elles sont appliquées précocement, permettent des réintégrations étendues. Une étude comparative de l'évolution d'un groupe d'enfants autistes ou psychotiques avec celle d'un groupe d'enfants entrant dans le cadre des pathologies limites et porteurs de restrictions graves, montre les meilleurs résultats obtenus dans le second groupe, où l'on observe à la fois un nombre élevé de mutations structurales et une notable réintégration scolaire ou sociale [5].

Dans les formes moins sévères, les effets positifs peuvent s'exprimer par des remises en place rapides, qui témoignent de la prise d'appui sur des capacités déjà virtuellement disponibles mais dont l'enfant se dessaisissait jusqu'alors. S'y relie une relance du dynamisme évolutif normal qui favorise la rupture avec les répétitions aliénantes.

## RÉFÉRENCES

1. ANZIEU D. *Le Moi peau*, Paris, Dunod, 1985.
2. JEAMMET Ph. Actualité de l'agir à propos de l'adolescence. *Les actes. Nouv Rev Psychanalyse*, 1985, 31 : 201-222.
3. KERNBERG P. Troubles narcissiques de la personnalité dans l'enfance. *J Psychanalyse Enf*, 1989, 7 : 39-76.
4. KERNBERG O. Narcissisme normal et pathologique. *Nouv Rev Psychanalyse*, 1976, 13 : 7-37.
5. MISÈS R, PERRON R. L'adolescence des enfants autistes et psychotiques. Une recherche. *Neuropsychiatrie Enf Adolesc*, 1993, 1-2 : 36-50.

## POUR EN SAVOIR PLUS

- GREEN A. *La folie privée*, Paris, Gallimard, 1990.  
 MISÈS R. *Les pathologies limites de l'enfance*, Paris, PUF, 1990.