



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Année 2015 N°

**LE TROUBLE LIMITE DE L'ENFANT :
UNE HISTOIRE DE GROUPE ?**

THESE

Présentée

A l'Université Claude Bernard Lyon 1

et soutenue publiquement le **2 mars 2015**

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Violaine BARBE

Née le 17 mars 1985 à Dijon (21)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Année 2015 N°

**LE TROUBLE LIMITE DE L'ENFANT :
UNE HISTOIRE DE GROUPE ?**

THESE

Présentée

A l'Université Claude Bernard Lyon 1

et soutenue publiquement le **2 mars 2015**

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Violaine BARBE

Née le 17 mars 1985 à Dijon (21)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

. Président de l'Université	François-Noël GILLY
. Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	François-Noël GILLY
. Secrétaire Général	Alain HELLEU

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Jérôme ETIENNE
UFR DE MEDECINE LYON SUD – CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)	Directrice: Christine VINCIGUERRA
UFR D'ODONTOLOGIE	Directeur : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION	Directeur : Yves MATILLON
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur : Pierre FARGE

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Claude COLLIGNON
POLYTECH LYON	Directeur : Pascal FOURNIER
I.U.T.	Directeur : Christian COULET
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Véronique MAUME-DESCHAMPS
I.U.F.M.	Directeur : Régis BERNARD
CPE	Directeur : Gérard PIGNAULT

Faculté de Médecine Lyon Est

Liste des enseignants 2014/2015

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mauguière	François	Neurologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Peyramond	Dominique	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Raudrant	Daniel	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Baverel	Gabriel	Physiologie
Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Finet	Gérard	Cardiologie
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Pugeat	Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Zoulim Fabien Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et
	esthétique ; brûlologie	
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine
	d'urgence	
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et
	prévention	
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du
		vieillesse ; médecine générale ; addictologie
Ederly	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ;
	addictologie	
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie
	médicale	
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ;
	pharmacologie clinique ; addictologie	
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lina	Gérard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Mertens	Patrick	Anatomie
Mion	François	Physiologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Morelon	Emmanuel	Néphrologie

Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Rousson	Robert-Marc	Biochimie et biologie moléculaire
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ruffion	Alain	Urologie
Rymlin	Philippe	Neurologie
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Tilikete	Caroline	Physiologie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

Allouachiche	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Dalle	Stéphane	Dermato-vénéréologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Faure	Michel	Dermato-vénéréologie

Fellahi	Jean-Luc d'urgence	Anesthésiologie-réanimation ; médecine
Ferry	Tristan	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Guyen	Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril médicale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophthalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Michel	Philippe prévention	Epidémiologie, économie de la santé et
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald métaboliques ; gynécologie médicale	Endocrinologie, diabète et maladies
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rossetti	Yves	Physiologie
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Vukusic	Sandra	Neurologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain

Professeurs associés de Médecine Générale

Flori	Marie
-------	-------

Lainé	Xavier
Zerbib	Yves

Professeurs émérites

Chatelain	Pierre	Pédiatrie
Bérard	Jérôme	Chirurgie infantile
Boulanger	Pierre	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Bozio	André	Cardiologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Descotes	Jacques	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Itti	Roland	Biophysique et médecine nucléaire
Kopp	Nicolas	Anatomie et cytologie pathologiques
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Rousset	Bernard	Biologie cellulaire
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Paul	Neurologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Davezies	Philippe	Médecine et santé au travail
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Jouvet	Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Pharaboz-Joly	Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Rigal	Dominique	Hématologie ; transfusion
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

**Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers
Première classe**

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Cozon	Grégoire	Immunologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Laurent	Frédéric	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lesca	Gaëtan	Génétique
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Peretti	Noel	Nutrition
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ritter	Jacques prévention	Epidémiologie, économie de la santé et
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire
Voiglio	Eric	Anatomie
Wallon	Martine	Parasitologie et mycologie

**Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers
Seconde classe**

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Chêne	Gautier médicale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie
Duclos	Antoine prévention	Epidémiologie, économie de la santé et
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Thibault	Hélène	Physiologie
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
Venet	Fabienne	Immunologie

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Chanelière

Marc

Farge

Thierry

Figon

Sophie

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Nicolas Georgieff,

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail et de présider le jury de cette thèse. C'est par vos enseignements, la richesse de vos travaux, et lors de mon passage dans votre service que j'ai pu apprécier votre intérêt pour penser les liens entre les diverses sciences de l'homme et pour ne pas oublier de réinterroger nos pratiques et nos savoirs. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon respect.

A Monsieur le Professeur Pierre Fourneret,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail de thèse. C'est au cours de mon passage dans votre service universitaire, qui fut important pour la suite de mon parcours, que j'ai pu apprécier votre approche intégrative de la psychiatrie et votre souci de transmission.

A Madame le Professeur Liliane Daligand,

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de prendre part à ce jury de thèse. Votre engagement dans la pratique psychiatrique et légale, et la qualité de vos travaux forcent mon admiration.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Loïc Brancart,

Je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir accompagnée durant ce long travail. Ton soutien, ta patience, ton exigence et ta franchise m'ont été d'une aide précieuse. La pertinence et la rigueur de ton approche clinique, mais surtout ta liberté suscitent mon admiration.

Aux équipes et aux patients qui ont contribué à enrichir ma formation :

A l'équipe de pédopsychiatrie du CHU de Dijon et au Dr Pinoit, pour m'avoir fait découvrir le monde de la pédopsychiatrie.

A l'équipe de Lyon Sud. Au Dr Marc Lavie, au Dr Marion Sicard et à Sarah Simon, pour avoir accompagné mes premiers pas d'interne en psychiatrie. A Marion, pour ton exercice fin et humain de la psychiatrie.

A l'équipe de Racamier. Au Dr Salvarelli, au Dr Lucas-Navarro et au Dr Henriette, pour votre pertinence clinique et institutionnelle.

A l'équipe de Galilée. Au Dr Fabienne Bourdoncle, pour votre précision clinique et pour l'étendue de vos connaissances notamment phénoménologiques. Au Dr Isabelle Cassan, pour ta justesse clinique transmise au cours de ces prises en charge communes.

A l'équipe de l'HFME. Au Dr Yannis Gansel, au Dr Anne Villand, au Dr Catérina Maggi-Perpoint pour m'avoir accompagnée lors de mon entrée dans la pédopsychiatrie. A Anne, pour ta présence bienveillante et pétillante.

A l'équipe de pédopsychiatrie de St Pierre et du Tampon à la Réunion. Au Dr Vincent Lagard, au Dr Marthe Barrière, et au Dr Fabienne Lafont, pour cet apprentissage teinté d'un accueil ensoleillé. A Marthe, pour la qualité de tes conseils et ton exercice enjoué de la pédopsychiatrie.

A l'équipe de l'HDJ de Tassin, au Dr Nathalie Galy, pour une transmission partagée.

A l'équipe du service du Dr Villand, et plus particulièrement les équipes du CMP 5, du CDJ Prévert, du CMP 2 et du CATTP ado. Au Dr Caroline Jannaud, pour ta disponibilité et tous tes précieux conseils. Au Dr Mireille Collet, pour votre bienveillance et votre sensibilité clinique. Au Dr Julie Marmorat, pour ton accueil chaleureux, ta spontanéité énergique et ta finesse clinique. Au Dr Louis Forgeard, pour ton accueil enthousiaste et la créativité de ton exercice. Au Dr Michel Villand, je vous remercie de votre délicate transmission et de la confiance que vous me portez.

A l'équipe de l'UMB. Au Dr Nathalie Elbaz, pour votre souci de transmission, pour votre juste exigence. A l'équipe périnatale de l'ITTAC et au Dr Stéphane Grisi. Au Dr Anne Laure Montet, merci pour ton aide au début de ce travail.

Aux bibliothécaires du Vinatier. A Mme Denise Siraud, pour votre efficacité et votre transmission de quelques bribes d'histoire de la bibliothèque du Vinatier ; à Mme Sylvana Moreau, pour votre gentillesse et votre disponibilité.

A ma famille, mon premier groupe :

A ma mère, pour m'avoir toujours encouragée. Merci pour ton soutien tout au long de mon parcours.

A mon père, pour m'avoir appris à ne pas se satisfaire et découvrir toujours plus loin. Merci pour ton soutien, tes valeurs transmises ici ou sur un sentier de randonnée.

A mes petits frères devenus grands. A Aurélien, pour le partage de nos aventures sportives et nos envies d'ailleurs. A Guillaume, pour nos discussions animées, tes conseils et encouragements. A Chlo, Marie, et Alexis, pour votre présence lumineuse.

A mes grands parents. A Jacqueline, pour ta bienveillance, ton soutien et tous les Noëls. A Guy, pour m'avoir transmis ce goût du chocolat. A Edgar, pour m'avoir transmis ta soif d'apprendre par toi-même. A Marcelle, pour m'avoir apportée ta gentillesse.

A mes oncles et tantes, Christine, Gilles, Claire, Marie-Claude, Jean-Paul, Christelle, Jean-Luc, Marie-Françoise. A Nicole. Merci pour l'affection que vous me portez.

A mes cousines. A Mylène pour nos discussions enflammées d'hier et d'aujourd'hui ; à Chloé, Marie. A Vincent et Sébastien. A mes cousins, Quentin, Tristan, Timothée, Flavien.

A tous les anciens voisins de la rue de Verdun.

A Pascal, Ju et Sèb.

Aux dijonnais :

A mon équipe de hand, ma deuxième maison et ma dream team. Merci pour tous ces fabuleux matches, déplacements et soirées, merci de m'accepter avec « ma différence ». A Aurore, ma dinde, nos discussions, en ville ou à la campagne mais toujours autour d'un thé, me sont tellement précieuses.

A mes fleurs et manouches, mon fidèle groupe, avec qui je continue de partager tant de choses. A Pit, pour ton sourire et nos merveilleux voyages ; à Maud, ma plus ancienne amie ; à Emilie, pour les courses et la méditation partagées ; à Chouch, pour nos folles années fac ; à Chlo, pour ton énergie et ton peu de doutes ; sans oublier les moitiés !

A Jude et Pauline, pour avoir partagé notre entrée dans le monde de la médecine. A Pauline, pour ton soutien et notre découverte de l'Afrique. To Jude, my english friend, ma très chère révolutionnaire, merci pour toutes nos discussions idéalistes et passionnées.

A Stèph, ma nouvelle voisine et amie lyonnaise.

A Delphine, Agnès.

Aux lyonnais :

A Marion, ma première et actuelle voisine de psychiatrie mais surtout amie, merci pour ton indéfectible présence, même quand tu n'es pas sûre.

A Nathan, pour ta présence bienveillante, pour tes envolées parfois d'un autre temps.

A Amalthée, ma première interne, merci pour tes critiques impartiales mais bienveillantes et justes, merci pour ton soutien.

A Thomas, ou comment prendre le temps ...

A Jean Marc, le meilleur des co internes, malgré tout !

A Axelle, Léa et Hélène, merci pour cette ouverture de nos papilles !

A Lucie, Laure, Joris, Gauthier, mes compagnons de route de l'internat.

A mes fidèles et courageux relecteurs : Marion, Nathan, ma mère, Stèph, Chlo et Christine.

TABLES DES MATIERES

INTRODUCTION	1
AVANT PROPOS	3
I. Illustrations cliniques.....	3
I.1. Mathieu	3
I.2. Maxence	8
I.3. Selman	11
I.4. Questionnements	15
II. Le groupe : quelques définitions	16
II.1. Etymologie	16
II.2. Définitions	16
PARTIE I : LE TROUBLE LIMITE DE L'ENFANT : UN GROUPE HISTORIQUE ?.....	18
I.1. Aux racines de la pédopsychiatrie : entre arriération mentale et psychose infantile	18
I.1.1. Dans le champ cognitif : des arriérations mentales aux déficiences mentales.....	18
I.1.2. Dans le champ affectif : des démences aux psychoses infantiles	20
I.2. Le concept français de dysharmonie évolutive	22
I.2.1. Le contexte d'élaboration de la notion de dysharmonie évolutive	22
I.2.2. Les dysharmonies normales,/pubertaires et pathologiques	23
I.2.2.1. Dans le champ du normal.....	23
I.2.2.2. La dysharmonie/pubertaire	24
I.2.2.3. Dans le champ du pathologique.....	24
I.2.2.4. Normal et pathologique	25
I.2.3. Le concept de dysharmonie évolutive.....	25

I.2.4. Les différentes entités cliniques de dysharmonie évolutive	26
I.2.4.1. La définition générale de R. Misès et J.L. Lang	26
I.2.4.2. Les dysharmonies psychotiques, névrotiques, psychopathiques et déficitaires	27
I.2.4.3. La dysharmonie chez le très jeune enfant.....	28
I.2.4.4. Les dysharmonies spécifiques	28
I.3. Les états limites de l'adulte	29
I.3.1. Une double origine psychiatrique et psychanalytique	29
I.3.2. Les différentes conceptions de l'état limite	31
I.3.2.1. Les astructurations, les formes entre psychose et névrose, les organisations limites, les pathologies narcissiques et les pathologies des limites du moi.....	31
I.3.2.2. Les descriptions cliniques variées et la psychopathologie limite	32
I.4. Le concept de trouble limite de l'enfant	35
I.4.1. Le remaniement du groupe des psychoses infantiles	35
I.4.2. L'apparition des psychoses atypiques infantiles	36
I.4.2.1. La prépsychose	36
I.4.2.2. La para-psychose	37
I.4.2.3. L'organisation pré-névrotique ou pseudo névrotique	38
I.4.3. Des pathologies limites de l'enfance aux troubles limites chez l'enfant	38
I.4.3.1. Les pathologies limites de l'enfance.....	38
I.4.3.2. Les troubles limites de l'enfant	39
I.4.3.3. A travers les âges.....	40
I.5. Le concept anglo-saxon de <i>Multiple Complex Developmental Disorder</i> (MCDD)	41
I.5.1. Entre le trouble envahissant du développement et le syndrome borderline de l'enfant	41
I.5.1.1. La déconstruction du concept de psychose de l'enfant	41

I.5.1.2. Le syndrome borderline de l'enfant	42
I.5.2. Vers la construction du concept de MCDD.....	44
I.5.2.1. Le <i>Multiplex Developmental Disorder</i> (MDD) ou Trouble Multiplex du Développement (TMD) et le MCDD ou Trouble Complexe et Multiple du Développement.....	44
I.5.2.2. Le <i>Multidimensionally Impaired Disorder</i> (MID)	47
PARTIE II : LE TROUBLE LIMITE DE L'ENFANT : UN GROUPE CLINIQUE ?	49
II.1. Présentation clinique.....	49
II.1.1. La diversité des motifs de consultation.....	49
II.1.2. Les signes cliniques multiples et variables	50
II.1.2.1. La variabilité symptomatique	50
II.1.2.2. La constellation symptomatique	51
II.1.3. Profil d'attachement.....	54
II.1.4. Approche psychologique	55
II.1.4.1. Tests psychométriques	55
II.1.4.2. Psychologie clinique	56
II.2. Discussion de la parenté avec les autres entités et de la place au sein des classifications	58
II.2.1. Les liens entre dysharmonie, trouble limite et MCDD	58
II.2.1.1. Place du trouble limite au sein de la CFTMEA.....	58
II.2.1.2. Les critères des MCDD.....	60
II.2.1.3. Parenté entre MCDD et dysharmonie évolutive psychotique.....	60
II.2.1.4. Discussion d'une parenté entre trouble limite et MCDD	61
II.2.2. La place du trouble limite dans le DSM et la CIM.....	62
II.2.2.1. DSM	62
II.2.2.2. CIM.....	63

II.2.2.3. Discussion au sein de la CIM 10 et du DSM IV et V	63
II.2.3. Les limites des modèles théoriques	67
II.3. Approche psychopathologique du trouble limite	69
II.3.1. Défauts d'étayage et défaillance du sentiment de continuité d'être	69
II.3.1.1. L'étayage suffisant.....	69
II.3.1.2. Les défauts d'étayage	70
II.3.2. Défauts d'élaboration de la fonction de contenance et altération des limites.....	72
II.3.2.1. La contenance adaptée	72
II.3.2.2. Le trouble de la contenance	73
II.3.3. Echecs dans le registre de la transitionnalité et relations de type anaclitique.....	75
II.3.3.1. Le phénomène transitionnel normal.....	75
II.3.3.2. Le défaut d'accès à l'aire intermédiaire	77
II.3.4. Défaut d'élaboration de la position dépressive et angoisses de perte d'objet.....	78
II.3.4.1. La théorie des positions.....	78
II.3.4.2. La position dépressive inachevée.....	79
II.3.5. Instauration partielle de la relation triangulaire œdipienne et relations de type duel	80
II.3.5.1. L'Œdipe normal et la relation tierce.....	80
II.3.5.2. La résolution partielle du complexe d'Œdipe.....	81
II.3.6. Atteintes narcissiques et relations de type narcissique	82
II.3.6.1. Le narcissisme normal	82
II.3.6.2. Les assises narcissique fragiles	84
II.3.7. Décalages entre les lignes développementales.....	86
II.4. Evolution du trouble limite.....	88

II.4.1. Constatations empiriques.....	88
II.4.2. Etudes longitudinales	89
PARTIE III : LE TROUBLE LIMITE DE L'ENFANT A L'EPREUVE DU GROUPE	91
III.1. La place du groupe dans la socialisation de l'enfant	91
III.1.1. La personnalisation.....	92
III.1.1.1. Les groupes au cours de la vie de l'enfant	92
III.1.1.2. Les processus psychiques de la personnalisation.....	93
III.1.2. L'individuation	94
III.2. Le groupe sous l'angle psychodynamique.....	95
III.2.1. Quelques points historiques.....	95
III.2.1.1. De l'Antiquité au 19 ^{ème} siècle	95
III.2.1.2. Les préalables freudiens.....	96
III.2.1.3. Le développement des théories groupales	96
III.2.1.4. Les trois théories contemporaines	98
III.2.2. Les trois espaces psychiques du groupe.....	99
III.2.2.1. L'entité groupale	99
III.2.2.2 Les liens de groupe	105
III.2.2.3. L'appareil psychique groupal, la groupalité psychique et les groupes internes	108
III.2.3. Les groupes thérapeutiques	114
III.2.3.1. Différents angles d'analyse groupale	114
III.2.3.2. Particularités thérapeutiques du groupe	115
III.3. Les difficultés psychiques des troubles limites a l'épreuve du groupe familial et social	118
III.3.1. Les modes relationnels troublés.....	118

III.3.1.1. De l'exclusivité ...	118
III.3.1.2. ... à l'exclusion.....	120
III.3.2. Hypothèses concernant les difficultés psychiques en groupe de l'enfant présentant un trouble limite.....	122
III.3.2.1. Hypothèses d'une défaillance des groupes internes en lien avec une défaillance des groupes primaires.....	123
III.3.2.2. Hypothèses d'une défaillance des liens dans le groupe.....	126
III.3.2.3. Hypothèses d'une défaillance de la constitution des groupes.....	127
III.4. Pistes de réflexions pour les prises en charges groupales des enfants présentant un trouble limite ..	128
III.4.1. Indications et contre-indications de groupe thérapeutique pour le trouble limite de l'enfant	129
III.4.1.1. Les limites de la prise en charge individuelle	129
III.4.1.2. Les indications de prise en charge groupale	130
III.4.1.3. Les contre-indications de prise en charge groupale.....	132
III.4.2. La vie d'un groupe thérapeutique pour les troubles limites de l'enfant.....	133
III.4.2.1. Six mois de groupe au Centre de Jour	133
III.4.2.2. Du chaos à une possible séparation en passant par l'illusion groupale.....	133
III.4.3. Les pistes thérapeutiques du groupe pour les troubles limites de l'enfant.....	136
III.4.3.1. Le groupe comme contenant	137
III.4.3.2. Le groupe comme espace d'étayage	139
III.4.3.3. Le groupe comme espace potentiel de transitionnalité	139
III.4.3.4. Le groupe comme support narcissique	141
III.4.3.5. Le groupe comme espace de socialisation	142
III.4.3.6. Les médiations dans le groupe	143
III.4.4. Les autres groupes.....	144

III.4.4.1. La famille.....	145
III.4.4.2. L'institution.....	145
CONCLUSION	147
ABREVIATIONS.....	150
ANNEXES.....	151
[Annexe 1] : Définition critériologique des MCDD	151
BIBLIOGRAPHIE.....	153

« Les porcs-épics »

« Par une froide journée d'hiver un troupeau de porcs-épics s'était mis en groupe serré pour se garantir mutuellement contre la gelée par leur propre chaleur. Mais tout aussitôt ils ressentirent les atteintes de leurs piquants, ce qui les fit s'écarter les uns des autres. Quand le besoin de se réchauffer les eut rapprochés de nouveau, le même inconvénient se renouvela, de sorte qu'ils étaient ballottés de çà et de là entre les deux maux jusqu'à ce qu'ils eussent fini par trouver une distance moyenne qui leur rendît la situation supportable. »

A. Schopenhauer, 1851

Parerga und Paralipomena, II, 396, *Aphorisme sur la sagesse dans la vie*

INTRODUCTION

Tout au long de notre internat, nous avons été animée par des questionnements autour de deux thématiques, et ce, initialement, de façon indépendante.

D'une part, nous avons été confrontée à la clinique de l'état limite dans les services de psychiatrie adulte, aux urgences ou en secteur. Plus particulièrement, les débats dont cette clinique était l'objet dans la communauté psychiatrique, les présentations mouvantes et la sensibilité à l'environnement nous interrogeaient. Notre découverte de la clinique pédopsychiatrique n'a fait que majorer ces questionnements, en raison de la diversité symptomatologique rencontrée, de l'oscillation des présentations au fil des rencontres et de l'impact du développement psychique.

D'autre part, les modalités thérapeutiques groupales sont fréquemment utilisées en pratique courante, notamment chez les enfants. Nos interrogations concernaient la dimension soignante du groupe et les indications de groupe, qui nous semblaient parfois prises par défaut.

L'origine de notre travail se situe dans la rencontre de ces deux dimensions et s'appuie sur notre pratique clinique psychiatrique dans un groupe pour enfants présentant une symptomatologie de type limite. Notre travail de thèse s'articule autour de la problématique suivante : En quoi les difficultés psychiques spécifiques du trouble limite de l'enfant entravent-elles sa participation à un groupe ? Quelle est alors la pertinence d'un soin par un groupe thérapeutique chez ces enfants ?

Nous avons d'abord été confrontée à la multitude de termes employée pour ces enfants. La diversité terminologique nous rendait perplexe, elle semblait participer à une certaine confusion. Quelles sont les origines de ces termes ? Comment s'est construite cette entité au cours de l'histoire de la pédopsychiatrie et avec quelles conceptions sous-jacentes ?

Une première partie exposera les origines du concept de trouble limite de l'enfant à travers une approche historique. En lien avec les multiples facettes cliniques, nous verrons que le regroupement de cette entité s'est effectué par un apport de plusieurs conceptions et a évolué au fil du temps.

Ensuite, l'hétérogénéité des présentations cliniques des enfants dans le groupe thérapeutique était à première vue frappante. La dimension relationnelle nous semblait prendre une place importante dans cette clinique, et ce différemment entre la situation individuelle et la situation groupale. Quels enfants sont regroupés au sein de l'entité des troubles limites pour qu'il soit pensé une prise en charge groupale spécifique ? Peut-on parler d'un groupe clinique ou d'un groupe psychopathologique ? Quelles difficultés psychiques unissent ces enfants ?

Une deuxième partie s'emploiera à comprendre les points communs entre ces enfants, par un abord clinique puis psychopathologique. Nous explorerons la place que peut prendre ce trouble dans les classifications psychiatriques.

Enfin, qu'est-ce qu'un groupe thérapeutique ou plutôt comment un groupe peut-il être thérapeutique ? Existe-t-il des difficultés psychiques spécifiques pour ces enfants dans le groupe et si oui, comment les comprendre ? Et enfin en regard de celles-ci, quel pourrait être l'apport thérapeutique spécifique d'un groupe pour ces enfants ?

Dans une troisième partie, après quelques précisions sur l'importance du groupe chez l'enfant, nous présenterons quelques points des théories psychodynamiques de groupe. Nous proposerons ensuite nos hypothèses concernant les liens entre les modes relationnels troublés de ces enfants et leurs difficultés à être en groupe. Enfin, nous introduirons quelques pistes de réflexions articulant certaines dimensions thérapeutiques groupales aux troubles psychopathologiques de ces enfants.

Afin d'ancrer ce travail dans une pratique de pédopsychiatrie quotidienne, nous débuterons notre travail par une présentation clinique individuelle et groupale.

AVANT PROPOS

Avant de développer notre travail, nous proposons dans un premier temps une discussion clinique, à partir de la présentation de trois enfants que nous avons rencontrés au cours de notre avant-dernier semestre d'interne. Cette clinique individuelle et groupale et ce qu'elle interroge, est à l'origine de notre travail de thèse.

I. ILLUSTRATIONS CLINIQUES

I.1. Mathieu

♣ *Une famille déchirée*

Dès sa naissance, Mathieu est le témoin de violences verbales et physiques entre ses parents. Ceux-ci se séparent lorsqu'il a 18 mois, de façon très conflictuelle. Dans les suites, les liens entre eux ne cesseront d'être très tendus, entravant la communication. Mathieu vit avec sa mère et voit son père de façon régulière.

La mère de Mathieu change régulièrement de postes professionnels dans le secteur de l'aide à la personne, parfois entrecoupés de périodes sans emploi. Au domicile maternel, Mathieu vit seul avec elle. Mme engage un suivi psychothérapique sur quelques mois peu avant sa séparation avec le père de Mathieu. En dehors d'une relation discontinuée avec un nouveau compagnon, elle est isolée sur le plan familial.

Le père de Mathieu a une nouvelle compagne avec qui il emménage quand Mathieu a presque 4 ans. Une demi-sœur du côté paternel naît quand il a 7 ans et demi. Mathieu a de bonnes relations avec ses grands-parents paternels.

♣ Un parcours de soin ponctué de ruptures

Une première consultation au Centre Médico-Psychologique (CMP) est initiée par la mère de Mathieu, alors âgé de 2 ans et 2 mois. Mme demande des conseils dans les suites de la séparation parentale. Mathieu est décrit comme un bébé agité. Il est gardé en crèche dès 1 an et demi, où il s'intègre bien, malgré un comportement instable. Il entre à l'école maternelle lorsqu'il a 3 ans et 3 mois, sans difficulté de séparation. Mathieu est de bon contact, il est curieux. Il vient avec son « doudou ». La mère ne donne pas suite à cette consultation.

Mathieu, âgé de 3 ans et demi, est en petite section de maternelle lorsqu'il revient en consultation, accompagné par sa mère, pour des troubles du comportement avec agitation psychomotrice à l'école. Selon les propos de Mathieu, il vient car il est « méchant » avec ses parents et « tape » ses pairs à l'école. La mère signale une agitation, une indiscipline, des provocations et une agressivité depuis la rentrée scolaire. Ces comportements se manifestent à l'école, chez la mère mais peu chez le père.

Au cours de la consultation, il se présente d'emblée agité, bruyant, logorrhéique. Il est accessible aux interventions verbales du pédopsychiatre tentant de le limiter. Seul en présence de l'adulte, il se décourage rapidement lorsqu'il se trouve en difficulté, alors qu'il réussit ces mêmes tâches en s'appuyant sur l'étayage de l'adulte.

Après quelques consultations, le comportement de Mathieu s'apaise tant lors des consultations, qu'à l'école et au domicile de la mère. Un soutien à la parentalité est apporté à Mme, parfois fatiguée psychologiquement. Devant les troubles se manifestant sur la scène sociale, une indication d'un groupe thérapeutique est envisagée lorsque Mathieu a presque 4 ans, mais sans aboutir. Le diagnostic de Mathieu porté au CMP est celui de trouble oppositionnel avec provocation.

S'ensuit une période de huit mois d'arrêt de suivi.

Agé de 4 ans et 8 mois, Mathieu revient en consultation accompagné par sa mère, dans un contexte de reprise des comportements agressifs et violents avec ses pairs, et d'une opposition au domicile. Un suivi régulier s'instaure, associant des consultations pédopsychiatriques et un suivi infirmier hebdomadaire. Rapidement, le comportement de Mathieu s'améliore de façon spectaculaire, pour se dégrader de nouveau lors de l'entrée en grande section à 5 ans et 4 mois. Mathieu reprend un comportement perturbé, à l'origine de sanctions quasi quotidiennes. Des problèmes d'attention et de maladresse sont rapportés.

Une prise en charge en groupe au CMP est proposée quand Mathieu a 5 ans et demi et acceptée par Mme.

En l'espace d'un an, deux relais auprès de pédopsychiatres sont organisés suite aux départs de ceux-ci. A partir de 6 ans et demi, Mathieu est reçu par une pédopsychiatre avec son père ou sa mère de façon alternée. Le diagnostic établi est celui de trouble des conduites de type socialisé.

L'école est le lieu où s'expriment majoritairement les difficultés, sur un versant d'agitation et d'excitation avec ses pairs. Les limites ne sont pas respectées ou demandent l'intervention d'un adulte. « Le problème c'est les autres », semble dire Mathieu. Régulièrement Mathieu est mêlé à des bagarres, une violence physique s'exprime à l'égard d'autres enfants. Une recrudescence de l'agitation est fréquemment repérée avant les temps de vacances, temps synonymes de séparation à venir. Ces difficultés s'expriment également au club de football.

Au domicile maternel, Mathieu est décrit comme plutôt tranquille. Cependant il « demande beaucoup d'attention », est dans une sollicitation importante, prend beaucoup de place dans le quotidien de Mme. Une relation précoce fusionnelle ou « symbiotique » selon ses propos est à l'origine d'une grande proximité entre elle et son fils. Les séparations lors des changements de garde sont régulièrement difficiles pour Mathieu, tant aux départs de domicile paternel que maternel.

Mme exprime régulièrement sa fragilité qu'elle peut mettre en lien avec les difficultés de comportement de son fils. Elle dénie des affects de tristesse, de rivalité et de colère envers le père, que Mathieu semble récupérer et mettre en actes. Elle accepte de recevoir les coordonnées d'un psychiatre pour elle-même. Elle manifeste régulièrement sa réticence aux soins de Mathieu, avançant une lourdeur et une fatigue pour son fils.

Au domicile paternel, une excitation que Mathieu ne contrôle pas peut l'envahir, expliquant des attaques de matériel. Des cauchemars le réveillent occasionnellement la nuit. L'arrivée de la naissance de sa demi-sœur du côté paternel est source d'inquiétudes pour Mathieu, redoutant la perte d'exclusivité. Les débuts après cette naissance sont difficiles mais Mathieu s'apaise en quelques semaines.

Alors qu'il est peu présent en début de suivi, M affirme progressivement sa position de père, s'implique davantage auprès de son fils, ce qui rassure ce dernier. Il peut évoquer sa difficulté à être père, ses préoccupations quant à l'agressivité et la tristesse probable de son fils, faisant le lien avec la violence de la non-communication avec la mère. Acculé par des difficultés financières, conjugales et ex-conjugales, le père peut se montrer au bord de l'effondrement et du débordement. Il refuse de débiter un soin.

Lorsqu'il a 8 ans, un groupe en Centre de Jour (CDJ) est proposé à Mathieu et accepté par les deux parents, qui peuvent se rendre ensemble aux consultations de pré-admission. La mère attaque régulièrement ce temps de soin.

♣ *Un bilan somatique et cognitif normal*

Un bilan ORL et un bilan orthoptique, réalisés quand Mathieu a presque 4 ans, se révèlent sans particularité.

Mathieu ne présente pas de retard de langage. Il ne présente pas de retard dans les acquisitions graphiques. Un bilan psychomoteur est réalisé au CMP lorsque Mathieu a 5 ans et demi, ne révélant pas de trouble justifiant une prise en charge spécifique.

♣ Une présentation fluctuante lors des consultations

Mathieu peut être calme, attentif, dessiner ou jouer tranquillement. Il prend plaisir à créer, imaginer, faire semblant, partager une histoire et des représentations.

Cependant, Mathieu peut être excité ou agité, il court dans le CMP, se jette sur les jouets. Il accepte difficilement la frustration et la temporalité. Lors des rencontres en début de consultation, Mathieu est souvent fuyant et intrusif. La fin de la consultation est un temps régulièrement difficile pour Mathieu, qui semble ne pas supporter la séparation. Il s'agite, n'entend pas les propos des adultes, ne peut s'arrêter dans son jeu ou dans son dessin.

Sur le plan affectif, un discours d'auto-dévalorisation est parfois rapporté. Des affects de tristesse de Mathieu sont rarement énoncés mais pourtant présents.

Sur le plan relationnel, il peut jouer seul mais nécessite une présence de l'adulte continue et proximale. Mathieu en appelle régulièrement à un lien d'exclusivité, il ne tolère pas et se désorganise en présence d'un tiers. Une certaine exigence, une certaine maîtrise des jeux et de la relation est imposée envers la pédopsychiatre. Ses demandes sont autoritaires et impérieuses. Il laisse parfois peu de place pour l'autre tout en ne supportant pas la solitude, il demande l'autre tout en l'attaquant. Il peut parfois mettre à distance la pédopsychiatre, refuser le dialogue, le regard ou le jeu.

Le discours est parfois peu compréhensible, témoignant d'une altération occasionnelle des processus de la pensée. La motricité est le moyen privilégié d'expression des angoisses ou de recherche d'affection, au détriment de la verbalisation. Son imaginaire foisonnant, dans lequel il s'isole régulièrement, est parfois envahi de monstres.

♣ Mathieu dans les groupes thérapeutiques

Sur les temps de groupes thérapeutiques au CMP, l'excitation groupale semble être à l'origine d'une angoisse pour Mathieu. Il présente une agitation importante, des colères massives difficiles à contenir, une demande permanente d'attention. Il est en difficulté dès lors qu'il n'a pas toute l'attention portée sur lui.

Mathieu est un garçon âgé de 8 ans lorsque nous le rencontrons sur le groupe au CDJ. Il investit particulièrement ce soin.

Les temps informels et de transition sont source d'angoisse et d'excitation pour Mathieu. Il est en difficulté lors de l'arrivée sur le groupe, il s'agite, il peine à entrer dans le groupe, se cache, court, une fois sort du CDJ. Il est souvent impossible de se dire bonjour, il se jette sur les jeux.

L'excitation groupale peut parfois le déborder, il entre dans des accès de rage s'exprimant par des décharges motrices et agressives régulières, durant lesquels il semble incontrôlable. Il partage souvent son excitation avec Maxence, à l'origine d'une co-excitation croissante. De temps à autre, il semble vouloir se protéger de l'excitation par des constructions de cabanes sous les tables, sous les chaises, dans le placard. Il sort régulièrement du groupe, soit en ayant la capacité de s'extraire lui-même en appui sur l'adulte, soit le plus souvent il est sorti par un soignant du groupe en raison d'une excitation excessive.

Sa violence s'exprime par des passages à l'acte hétéro-agressifs : Il peut agripper l'autre, le griffer, tenter de le mordre, lui donner des coups, tenter de le stranguler, jeter des objets ou une chaise.

La plupart du temps, ses échanges avec les autres enfants sont possibles mais limités soit à un partage d'excitation soit sur support d'une médiation. Il est en difficulté pour verbaliser ses angoisses et ses affects, qui s'expriment alors par l'agir. Les thématiques sont parfois crues, sexuelles, morbides. Des vécus d'intrusion sont perceptibles.

Il présente de bonnes capacités de scénarisation, de créativité. Les moments d'apaisement sont observables principalement lors de temps duel avec un adulte. Il peut manifester des affects de tristesse, qu'il dénie rapidement.

Après trois mois de prise en charge sur ce groupe, la pédopsychiatre et les parents observent une amélioration du comportement de Mathieu. Il peut se poser en consultation, jouer seul, imaginer. Il est davantage accessible et dans la relation.

♣ Une évolution apaisée

Actuellement, Mathieu poursuit les consultations et le soin individuel au CMP mais a arrêté le groupe, sur décision de la mère. Il est décrit comme plus posé, moins agité. Il exprime davantage ses affects par la parole. Il tient compte des autres et interagit avec eux et le monde qui l'entoure, sans passage à l'acte. Il semble pouvoir se protéger des intrusions extérieures et de la porosité de son monde interne.

♣ Commentaires

La présentation tout en contraste de Mathieu est frappante, oscillant entre des instants de bonnes capacités d'adaptation dans le réel avec des instants de manifestations plus archaïques. L'excitation et l'agitation de Mathieu semblent essentiellement présentes lors de situations groupales, dès les premières expériences de

socialisation en crèche et se majorant lors de l'entrée à l'école. Elles témoignent d'un défaut majeur de contenance et de pare-excitant. Mathieu est fréquemment à la recherche d'un « assistant », sur lequel s'étayer en relation duelle, pour le retenir et pour éviter l'absence qu'il ne semble ne pas pouvoir se représenter. La présence du tiers, comme vécu lors de l'arrivée de sa petite sœur, représente un danger pour Mathieu. Son agressivité est en lien avec un vécu fréquent de préjudice ou d'intrusion, supporté par des mécanismes projectifs. Son apaisement dans le groupe social et familial contraste avec l'agitation qui perdure sur le groupe.

I.2. Maxence

♣ Une tristesse et une anxiété parentale

Le père de Maxence est gérant d'une entreprise de vins et spiritueux. Son propre frère a bénéficié d'un suivi psychiatrique pour dépression à l'adolescence. Le père de Maxence se décrit lui-même comme anxieux. Envers ses enfants, il manifeste une rigidité éducative.

La mère de Maxence ne travaille pas. Des affects dépressifs affleurent régulièrement lors des entretiens. Sur le plan éducatif, Mme peine à imposer des limites.

Maxence a un petit frère de 6 ans de moins que lui. Cette naissance était très attendue par ses parents puisqu'elle survient après trois fausses-couches de la mère.

♣ Un développement sans particularité

Maxence ne présente pas d'antécédent somatique.

Il est décrit comme un bébé tonique et éveillé mais qui pleurait beaucoup. Aucun problème de séparation n'est signalé.

Maxence est scolarisé en filière normale et présente de bons résultats scolaires, malgré des difficultés de concentration. Il pratique la chorale, le cirque, le judo et le scoutisme.

♣ Un suivi investi

Maxence bénéficie d'un suivi en CMP depuis qu'il est âgé de 5 ans. Un suivi en psychomotricité se met en place rapidement, ainsi qu'une prise en charge orthophonique en libéral.

Des troubles du comportement avec une agitation psychomotrice et une intolérance à la frustration motivent la demande de consultation.

A l'école, il défie l'autorité, agresse les autres, casse le matériel. Il est souvent puni. Il peut se blesser lors des agitations : une chute de portière a nécessité une hospitalisation de quinze jours dans un service de neurologie.

A la maison, il « fait ce qu'il veut », n'entend pas les interdits des parents, n'obéit pas. Il refuse toute contrainte imposée. Les temps de transition, au cours des repas notamment, sont difficiles pour Maxence. Il présente parfois des douleurs abdominales les soirs au coucher, tout en admettant qu'il s'agit d'angoisses.

Les relations de Maxence ont toujours été difficiles avec ses pairs, empreintes de maîtrise, de provocation et de ruptures régulières. Alors qu'il est contenu par la relation duelle, le groupe est source d'excitation et d'agitation, régulièrement à l'origine d'une mise à l'écart du groupe. Il est perçu comme un bouc émissaire, il est rejeté et n'a pas de copain. Il ne supporte pas les avis divergents de ses pairs. Les interventions des autres à son égard sont perçues comme intrusives, donc vécues comme angoissantes, qu'il traduit souvent par l'agir.

♣ Des consultations mouvementées et périlleuses

Lors des consultations, il est souvent très excité en début d'entretien. Il s'agite dans l'espoir de faire réagir l'adulte, il cherche les limites qu'il fait déborder. Il bouscule et monte sur les meubles, toujours en équilibre précaire. Il fait du bruit, danse, tape, fait tomber des objets, crie afin d'empêcher la communication entre les adultes. L'agitation motrice s'accompagne d'une agitation verbale, avec des propos insultants, crus et parfois bizarres. Il ne contient ni ses pensées ni ses mots.

Maxence manifeste un besoin de sécurité important et s'étaye beaucoup sur l'adulte. La proposition d'activités plus spontanées est source d'angoisses pouvant le faire basculer dans la destructivité. Les limites entre le dedans et le dehors sont poreuses, vacillantes et fragiles, à l'origine de possibles débordements. Des angoisses sont parfois à l'origine de vécu de confusion corporelle.

Il est néanmoins en capacité de raconter des bribes de son histoire, d'inventer des scénarios. Il est capable de jeu et d'humour. Il est structuré dans le temps et l'espace, il a un bon niveau cognitif, un bon niveau de compréhension.

Une note dépressive se perçoit lors de dévalorisation de ses productions ou lors de réels effondrement en réaction à des attitudes éducatives parentales fermes.

Un diagnostic de troubles émotionnels de l'enfance est posé pour Maxence.

Progressivement les progrès sont manifestes. Le comportement à l'école s'améliore, il est plus apaisé, agresse moins les autres. Il entend davantage les interdits en consultation. Cependant la richesse de son monde interne l'envahit fréquemment, notamment avec des scénarios catastrophes. Maxence semble tester la limite de la mise en danger physique, et la capacité de l'autre à s'en apercevoir et à l'en protéger. Il reste

en difficulté lors d'absence d'étayage par l'autre, en alternant entre des instants de régression ou d'excitation. Il est régulièrement dans la provocation, souhaitant attirer l'attention de l'autre.

Il investit particulièrement le temps de psychomotricité, malgré une excitation fréquente. Il est structuré dans son schéma corporel. Il tente parfois de brouiller la communication, préférant l'agir, les postures périlleuses et la confrontation aux limites. Les allers-retours entre dedans et dehors sont fréquents.

♣ Maxence dans le groupe thérapeutique

Face aux troubles du comportement sur les temps scolaires, Maxence intègre le groupe au CDJ lorsqu'il a 9 ans et nous le rencontrons un an plus tard, lors de sa deuxième année sur le groupe.

L'exaltation de Maxence se manifeste à travers un comportement sans cesse en mouvement. Nous retrouvons les allers-retours entre le dedans et le dehors du groupe. Des attitudes empreintes d'une dimension sexuelle sont fréquentes : il se déshabille, se caresse, mime des mouvements et des cris sexuels.

Alors qu'il est capable de jeu, Maxence est parfois débordé par son vécu interne intense. Comme pour se protéger d'un possible débordement, Maxence crée souvent avec Mathieu des cabanes où ils se réfugient tous les deux.

Lors d'intolérance à la frustration, il s'emporte dans des accès de rage narcissique, caractérisé par des hurlements et des pleurs intenses. Le contact avec la réalité est alors troublé. Peu de passages à l'acte hétéro-agressif sont relevés mais il semble régulièrement jouer avec la limite du danger pour lui-même, en empilant des colonnes de chaises, en se hissant sur des branches d'arbre peu solides.

Il ne peut supporter la solitude et cherche sans cesse la présence de l'autre, un enfant, un soignant ou le groupe entier, par son volume sonore ou son hyperactivité motrice. Cette exigence de l'autre est caractérisée par une recherche d'une attention continue à son égard. Il se plie aux interventions de l'adulte, jusqu'à manifester le besoin d'être tenu voire porté physiquement par l'adulte. S'ensuit généralement des attitudes régressives.

Face au groupe, il manifeste des attitudes triomphales et de prestance. Il se montre, expose ses exploits et les objets de marques achetés par son père. L'autre n'est alors présent que pour assister à un déballage de ce qu'il possède matériellement, bien que cela ne le satisfasse jamais complètement.

Semblant chercher des objets identificatoires, Maxence est souvent dans l'imitation, prenant par exemple une voix aigüe de femme, une voix de père autoritaire, imitant un travesti ou un clochard.

♣ Un arrêt des soins

Actuellement et après cinq années de prise en charge, Maxence a arrêté tous les soins au CMP, malgré l'insistance inverse de la pédopsychiatre.

♣ Commentaires

L'aspect contrasté de la présentation clinique frappe de nouveau, entre un contrôle de surface permettant de bonnes capacités cognitives et des expériences de débordement de la crudité de son monde interne. La labilité des émotions et la fréquente exaltation en groupe semblent empêcher tout affect dépressif perceptible lors des consultations. En raison de défauts de contenance, de pare-excitant et de limites, Maxence éprouve des vécus d'intrusion, d'effraction et de porosité de son monde interne cru. La présence de l'autre dans ses relations, adaptées en surface, semble pallier une fragilité des assises narcissiques. Peu avant l'arrêt des soins, l'amélioration clinique de Maxence est notée.

I.3. Selman

♣ Une famille fragile

La mère de Selman, d'origine Algérienne, présente des difficultés psychiques importantes. Sa vie prend parfois une allure marginale, une suspicion d'implication dans des trafics de drogues a été à l'origine d'une garde à vue.

Le père de Selman, non connu du CMP, serait Français. Il aurait des antécédents psychiatriques, d'alcoolisme et de violences physiques. Il a reconnu Selman, qui porte son nom de famille, mais pas son frère. Il voit rarement ses enfants.

Selman est l'avant-dernier d'une fratrie de sept enfants de la mère. Il a trois demi-sœurs et un demi-frère aînés. Le troisième enfant de Mme est décédé à deux ans et demi. Le frère de Selman, de deux ans son cadet, présente des difficultés psychiques importantes à type de troubles du comportement, nécessitant un soin au CMP. Une demi-sœur présenterait des conduites délictueuses. Toute la fratrie est placée.

♣ Un parcours précoce chaotique

Dans les suites d'un signalement effectué avant sa naissance, une mesure d'Aide Educative en Milieu Ouvert (AEMO) et une aide par la Protection Maternelle et Infantile (PMI) soutiennent Selman et ses parents. Des violences physiques entre les parents, dont Selman aurait été témoin, et des négligences sont rapportées durant sa petite enfance. Selman, âgé de 4 ans et demi, et son frère sont alors placés dans deux maisons

d'enfants avant d'être placés dans la même famille d'accueil. Des visites médiatisées à raison d'une heure tous les quinze jours sont organisées entre Selman, son frère et leur mère.

♣ Un suivi continu et étayant

Lorsqu'il est âgé de 5 ans, Selman débute un suivi avec une psychologue en CMP et une prise en charge en orthophonie. Des consultations auprès d'un pédopsychiatre se mettent en place à l'âge de 6 ans. Il bénéficie d'un soin groupal en CMP de 6 ans à 7 ans et demi, d'un soin individuel avec un binôme de soignants à partir de 6 ans et demi.

La mère de la famille d'accueil est à l'initiative de la demande de soins, sur les conseils du psychologue du service de placement, pour des troubles du comportement et des moments d'absence. Selman a alors 5 ans et est en grande section de maternelle.

La mère de la famille d'accueil évoque un « chaos » dès l'arrivée des deux enfants à son domicile. Selman présente une désorganisation et une dispersion psychomotrices majeures, des conduites d'opposition. Il ne supporte aucune contrainte ni aucune frustration sans explosion, sans bris de matériel, sans destruction. Les règles de vie et les limites sont insupportables pour Selman. Lui et son frère déchirent le papier-peint, éventrent le canapé, écrivent sur les murs... La famille d'accueil s'est isolée par crainte d'un passage à l'acte à l'extérieur.

Les transitions, les séparations, les changements sont sources d'angoisses, s'exprimant par des manifestations destructrices. Selman manifeste un vif besoin d'être rassuré par un cadre immuable, par un étayage et un portage de l'adulte. D'importantes régressions sont associés à des vécus d'effondrement voire d'anéantissement.

Il ne supporte par le lien tout en le recherchant activement. Il est parfois peu accessible dans la relation.

Selman et son frère ont une relation empreinte de rivalité et fusionnelle, à l'origine d'une agitation parfois indifférenciée, telle « un monstre à deux têtes » selon les propos de la mère d'accueil. Cette indistinction se retrouve parfois par une confusion des prénoms des personnes qu'il côtoie, adultes et enfants.

Dès ses 5 ans, des comportements masturbatoires et des gestes à caractère sexuel sont rapportés.

A l'école, agitation, agressivité et violence entravent la scolarité de Selman. Néanmoins, il investit le travail scolaire, permettant un maintien des acquis. Lors de son année en CE1, les fréquents changements de maitresse sont contemporains d'un désinvestissement scolaire et d'une chute des résultats. Les moments d'absences psychiques sont responsables d'une lenteur de travail.

♣ Une exclusion des groupes

Les temps en groupes sont très difficiles pour Selman, les interactions sont sans cesse altérées. Il n'intègre pas le groupe, il reste comme figé en périphérie et observe. Il est parfois l'objet d'une agressivité des autres enfants. Il est régulièrement en conflit avec eux. La moindre menace de mise en échec ou de rivalité provoque des comportements d'évitement. Il oscille entre des attitudes tyranniques ou d'emprise avec un rejet. Une exigence de lien exclusif peut être à l'origine de violences lorsque cette exclusivité lui est refusée.

♣ Une oscillation entre adaptation et destructivité

Dans la rencontre thérapeutique, Selman se présente bien en lien, avec une certaine appétence à la relation et manifestant de bonnes capacités symboliques. Il peut initier un scénario et jouer avec plaisir.

Ces moments de calme durant lesquels il est accessible par la parole alternent avec une violence et une destructivité qui s'expriment régulièrement lors de frustrations ou lors d'une attention détournée vers un autre.

La fin de la consultation est angoissante, vécue soit par une désorganisation somatopsychique importante rompant le lien avec les autres, soit sur un versant dépressif. Les dimensions abandonniques et dépressives sont prégnantes dans les scénarios de ses histoires.

Le diagnostic posé est celui d'une personnalité émotionnellement labile. L'orthophoniste diagnostique un retard de langage global mais de bonne évolution avec la prise en charge.

Des rencontres avec la mère de Selman sont organisées. Initialement, elle manifeste sa colère et son incompréhension envers le placement de ses enfants. Elle entend progressivement l'intérêt du soin, rapporte les progrès de son fils. Elle fait preuve d'une certaine indifférenciation entre ses propres vécus et ceux de ses enfants. Elle est en difficulté pour mettre des limites à ses enfants, confond régulièrement Selman et son frère. Selman est souvent envahi par les propos de sa mère, qui le soumettent à des angoisses massives.

Progressivement, des progrès sont notés quant à la capacité de Selman à entendre le « non » et à se contenir face aux limites de l'adulte, bien que de manière précaire. La relation aux autres s'améliore doucement. Il s'apaise, il développe un accès au champ symbolique, une créativité, de bonnes capacités cognitives. Avec un étayage, il peut construire un récit. Les capacités langagières s'améliorent, les mots prennent sens et peuvent se substituer au comportement.

Toutefois, il présente d'intenses régressions et des angoisses archaïques massives qui le désorganisent. Une excitation sexuelle parfois débordante, pouvant être à l'origine de comportements sexualisés, inquiètent régulièrement la mère d'accueil. Selman manifeste son angoisse corporellement, par des attitudes de raideur interrompues par des mouvements saccadés. Des épisodes de retrait où Selman semble se couper de

la réalité apparaissent à l'école. Lors de ces ruptures de la pensée, une présence attentive et bienveillante de l'adulte suffit à le ramener à la réalité.

♣ Selman dans le groupe thérapeutique

En raison des difficultés avec les autres, un groupe thérapeutique au CDJ est indiqué. Il intègre ce groupe lorsqu'il a 9 ans et demi, âge auquel nous le rencontrons sur le groupe.

Dès son arrivée sur le groupe, Selman reste en marge, à l'écart des autres. Il n'est pourtant pas absent du groupe, mais il s'exclut et observe. Il est peu en lien avec les autres enfants, il partage rarement l'excitation groupale. Son attitude avec les adultes est bien distincte. Selman cherche fréquemment un lien d'exclusivité avec un soignant, il capte son attention, accapare l'adulte, qui finit par se retrouver exclu du groupe avec lui. Alors qu'il est très passif pour initier des activités avec les autres, Selman agit et maîtrise cette relation duelle. A d'autres moments, il s'installe dans une proximité physique à l'adulte de façon régressive.

Une certaine froideur est perceptible chez Selman. Il semble contenir ses tensions internes par une fermeture, un mutisme, mais laissant entrevoir une certaine rage.

♣ Une évolution péjorative

Actuellement, Selman est toujours suivi en CMP. Il bénéficie d'une prise en charge lourde, associant des consultations auprès de la même psychologue, des consultations auprès d'une pédopsychiatre, un soin individuel en présence de deux soignants. La prise en charge au groupe du CDJ se poursuit. Il a été hospitalisé à plusieurs reprises à temps complet et en hôpital de jour dans une unité spécialisée pour enfants. Des temps en famille d'accueil thérapeutique soulagent la famille d'accueil. Un traitement par Abilify est instauré. Après un temps en CLIS, il intègre un ITEP.

Malgré un lien d'apparence de bonne qualité, son imaginaire chaotique et violent altère son comportement. Le discours est parfois diffluent, des doutes sont émis quant à une production délirante.

♣ Commentaires

Le parcours familial précoce de Selman est particulièrement chaotique, mais la famille d'accueil apporte un soutien important. Dans le lien à l'autre, Selman oscille entre d'une part une recherche avide de relation avec emprise et d'autre part une violence massive. Les comportements de Selman à type d'isolement et d'exclusivité pourraient être une tentative de protection de l'excitation groupale. Un défaut de contenance majeur est tel que chez Selman ne parvient pas à empêcher le débordement d'un monde interne archaïque en présence du groupe. Malgré le suivi régulier et conséquent, l'état psychique de Selman se dégrade.

I.4. Questionnements

Ces trois histoires singulières présentent des points communs. La variabilité nous semble être le premier, qui existe à plusieurs niveaux : variabilité symptomatologique entre les enfants, variabilité des présentations pour chaque enfant selon l'environnement, notamment selon les situations duelles ou groupales, variabilité des évolutions. De plus, chaque enfant présente de bonnes capacités de lien et d'élaboration, de bonnes capacités cognitives, une adaptation suffisante au réel. Ce qui contraste avec un vécu interne archaïque et des angoisses massives pouvant déborder l'enfant. Le défaut de contenance, de pare-excitant et les angoisses de séparation caractérisent ces enfants. D'autres aspects sont propres à chacun, tels le vécu dépressif de Mathieu et Maxence, les failles narcissiques de Maxence, les relations d'emprise de Mathieu et Selman. Enfin, en situation groupale, les enfants semblent osciller entre exclusivité et exclusion, entravant leur intégration au groupe. Alors que Selman s'exclut de lui-même du groupe, Mathieu et Maxence sont exclus par l'adulte en raison d'un débordement d'excitation.

Quel est le vécu particulier de ces enfants lors d'une confrontation au groupe et à son excitation probable ? Le groupe mobilise-t-il des angoisses particulières ? De quoi l'exclusivité et l'exclusion protègent-elles ? Seraient-elles source d'apaisement ? Pour quelles raisons la situation duelle semble-t-elle plus supportable ?

Quelles dimensions soignantes sont apportées par le groupe en regard des défaillances particulières de ces enfants ? Quels liens peuvent être effectués avec le fonctionnement groupal environnant l'enfant ?

Suite à cette introduction clinique, nous proposons quelques définitions du groupe donc son acception générale de langue française. Ces définitions nous paraissent nécessaires afin de comprendre le groupe « trouble limite de l'enfant ».

II. LE GROUPE : QUELQUES DEFINITIONS

II.1. Etymologie

Le mot groupe provient d'une racine germanique *kruppa* qui signifie une masse arrondie (1). Il existe une même communauté étymologique entre groupe et croupe. De cette racine *kruppa*, apparaît en français le terme croupe, qui donne ensuite croupir, s'accroupir. En italien, le terme *kruppa* est à l'origine du terme *gruppo*, qui désigne d'une part un nœud, et d'autre part, durant la Renaissance, plusieurs figures qui forment un ensemble dans les œuvres d'art ou « un ensemble d'individus peints ou sculptés formant un sujet » (2). En France au 15^{ème} siècle, la musique vocale influence le terme de groupe en tant qu'elle évolue vers des possibilités polyphoniques. La notion de groupe s'enrichit ensuite par les apports de plusieurs auteurs de la Renaissance, qui s'emploient à développer la question de l'autre, de l'alter Ego, de l'accord et du désaccord, des parties autres à l'intérieur de soi - notion que reprendra plus tard le cubisme. *Gruppo* donne naissance à groupe en français avec une définition qui quitte le domaine de l'art pour se généraliser à un ensemble d'objets ou d'êtres ayant des caractères communs.

Une autre racine probable du mot groupe est *klubba*, qui nous vient des pays nordiques, probablement de l'Islande, et qui signifie également une masse arrondie (1). Ce terme est à l'origine de *globus* en latin puis globe en français, toujours en référence avec la masse arrondie. En anglais ancien, *klubba* donne *club*, qui détermine une massue, un gourdin, puis le club de golf. Par la suite, en anglais, puis en français, club prend sa définition plus actuelle de réunion de personnes, comprenant les thématiques de masse, d'agrégat.

II.2. Définitions

Le groupe représente en langue française un « ensemble distinct de choses ou d'êtres de même nature, réunis dans un même endroit » (3). Il s'agit d'une « réunion d'objets ou d'êtres dans un ensemble », une « réunion de personnes ayant des intérêts communs », une « réunion de personnes en un même lieu », un « ensemble d'animaux vivant en commun » ou encore « toute division dans une classification » (4).

Le groupe social est défini par un partage de caractéristiques communes et de buts communs, par une conscience d'appartenir au groupe et des interactions. Le groupe social se situe au-delà de l'agrégat d'individus, en tant qu'il implique des relations entre ses membres. D. Anzieu et J.Y. Martin définissent plusieurs types de groupes, en fonction de leur taille et de leur degré d'organisation (5). La foule est très faiblement organisée, rassemble un grand nombre de sujets et les émotions y sont facilement contagieuses. La bande est faiblement organisée, rassemble un petit nombre de sujets et se construit par

« la recherche du semblable ». Le groupement est moyennement organisé, rassemble un nombre variable de sujets dont les relations sont superficielles. Le groupe primaire est bien organisé, rassemble un petit nombre de sujets qui partagent des « actions importantes et novatrices ». Les relations sont de proximité, directes et de nature affective, comme dans la famille. Le groupe secondaire est, quant à lui, très bien organisé, rassemble un nombre variable de sujets qui effectuent « des buts et des actions planifiés ». Les relations sont moins proximales, utilitaires et de nature contractuelle ou légale.

« Leur taille minimum doit être telle que le nombre des relations individuelles potentielles entre les membres soit supérieur au nombre de ses membres » (5). Ainsi, le nombre minimal généralement retenu pour constituer un groupe est de trois personnes, pour sa portée mathématique mais également pour permettre un vécu de « groupalité », ou « sentiment d'appartenance à une entité d'ordre supérieur à celle de la personne », et pour permettre une productivité supérieure à celle des membres. « Leur taille maximum doit être telle que chaque membre puisse avoir une relation avec chacun des autres membres et telle que des sous-groupes stables et identifiés comme tels ne se constituent pas » (5). Le nombre maximal reste quant à lui peu défini et variable.

Plusieurs fonctions du groupe naissent au fil de son évolution (5). Tout d'abord, le groupe met en commun un but ; l' « intérêt en commun » de chacun des membres, qui constitue un préalable à la constitution du groupe, évolue vers un « intérêt commun ». Ensuite, le groupe établit ses frontières, ses limites, notamment avec d'autres groupes, permettant d'une part d'admettre les individus conformes grâce au sentiment d'appartenance et d'autre part d'exclure les individus non conformes. Puis, des relations interpersonnelles se créent entre les différents membres qui acquièrent une représentation des autres. Enfin, le groupe s'organise par les normes du groupe et par les places prises par chaque membre.

Ce point de départ, basé sur quelques exemples cliniques de pratique quotidienne et sur les définitions du groupe en tant qu'objet de la vie courante, nous a paru être un préalable nécessaire pour développer notre sujet. Nous proposons de suivre le fil de la construction d'un groupe tel que défini plus haut, afin de tenter une compréhension du groupe « trouble limite de l'enfant », pour exposer ensuite les interactions entre le trouble limite de l'enfant et le groupe. Nous débutons notre approche du groupe trouble limite de l'enfant à travers une approche historique, afin de comprendre ce qui est progressivement mis en commun au sein de ce groupe.

PARTIE I : LE TROUBLE LIMITE DE L'ENFANT : UN GROUPE HISTORIQUE ?

Les définitions contemporaines du trouble limite de l'enfant semblent se construire par des apports cliniques et psychopathologiques de différentes entités, infantiles et adultes, que nous abordons dans cette première partie.

I.1. AUX RACINES DE LA PEDOPSYCHIATRIE : ENTRE ARRIERATION MENTALE ET PSYCHOSE INFANTILE

I.1.1. Dans le champ cognitif : des arriérations mentales aux déficiences mentales

En France au 19^{ème} siècle, alors que la psychiatrie générale naît des travaux de P. Pinel et J.E. Esquirol sur l'aliénation mentale, la pédopsychiatrie s'élabore dans le champ de la déficience intellectuelle avec J. Itard qui initie les recherches chez les enfants « idiots » (6) (7) (8). Dans le même temps aux Etats-Unis, S.G. Howe caractérisent les « *feeble-minded children* » qui en sont l'équivalent anglo-saxon. La terminologie variée entre « idiotisme », « demeurés », « déficience », « imbécilité », selon le caractère inné ou acquis et selon le degré de gravité, doit permettre de séparer les enfants « curables » des « incurables » (9). A la fin

du 19^{ème} siècle, on distingue l'état déficitaire d'installation très précoce, vraisemblablement incurable, de l'arriération mentale d'apparition plus tardive, potentiellement curable. Chez tous ces enfants, le retard est considéré comme fixé, d'origine organique et affectant de manière homogène la logique, le raisonnement, le langage et l'affectivité.

Par la suite, une appréciation plus fine de ces enfants permet de les discriminer selon différents « écarts ».

Le premier, nommé « écart organo-clinique » (10) distingue les débiles « dysharmoniques » des débiles « harmoniques », selon qu'ils présentent respectivement des stigmates physiques neurologiques ou non (6). A partir de 1939, une origine distincte est attribuée aux déficiences. D'une part, les déficiences dites « harmoniques » ou « normales » ou « simples » ou « vraies » ou « subculturelles » ou « endogènes » sont expliquées par une hérédité polygénique, qui provoque un « ralentissement homogène du développement intellectuel » (9). D'autre part, les déficiences dites « dysharmoniques » ou « pathologiques » ou « exogènes » sont dues à une affection organique, elle-même à l'origine d'un dysfonctionnement neurologique.

Au début du 20^{ème} siècle, l'« échelle métrique d'intelligence » d'A. Binet, reprise sous l'appellation de « test de Binet-Simon », puis à l'origine du « quotient intellectuel » (QI) de l'américain W. Stern, permettent de différencier le statut des arriérés mentaux (9). En fonction du seul aspect quantitatif de l'intelligence, l'objectif est alors d'isoler les « idiots-éducables » pouvant être intégrés dans des classes de perfectionnement, des « anormaux-inéducables », relégués dans les asiles ou hospices. La baisse globale de l'efficacité intellectuelle définit les déficiences mentales, envisagées comme homogènes et monomorphes. Seule la mesure du degré du déficit intellectuel permet de les graduer, du plus léger au plus profond, de la déficience à l'imbécillité, puis à l'idiotie (11).

Par la suite, une multitude d'outils psychométriques se développent afin de tester les différentes fonctions cognitives, regroupées alors sous le vocable « intelligence » (6) (9) (10). Ainsi, J. Piaget montre que le seul aspect quantitatif ne suffit pas à décrypter les modalités de raisonnement et des structures logiques, l'aspect qualitatif est tout aussi important (9). Une discordance des résultats est parfois retrouvée entre les différents tests ou entre les différents items à l'intérieur d'un même test. En effet, au sein des déficiences hétérogènes ou dysharmoniques, d'origine exogène, l'atteinte massive de certaines fonctions intellectuelles coexiste avec d'autres secteurs préservés, alors qu'au sein des déficiences homogènes ou harmoniques, d'origine endogène, les atteintes fonctionnelles sont de niveaux globalement similaires.

Dès 1929, un second écart dit « organo-psychique », toujours en lien avec une dichotomie étiologique, est démontré par différents tests mis au point par T. Simon et G. Vermeulen. Ils isolent des décalages entre le niveau d'efficacité globale et la stabilité de la personnalité ou état affectif (6) (12) (10). Les déficients harmoniques (dits « débiles pondérés ») présentent un retard cognitif de même intensité que le retard affectif, sans trouble caractériel, alors que les déficients dysharmoniques (dits « sots », « émotifs »,

« puérils » ou « pervers ») présentent un retard cognitif accompagné de désordres hétérogènes de leur fonctionnement mental d'ordre affectif, comportemental ou caractériel.

Enfin, un écart « exclusivement psychique » « entre la croissance intellectuelle et le développement affectif » (10) introduit une dimension dynamique, malgré la persistance de la dichotomie étiologique (6) (9) (12). Début des années 1960, R. Zazzo introduit la notion d' « hétérochronie » du développement global de l'enfant : « L'enfant débile type se développe à des vitesses différentes suivant les différents secteurs de la croissance psycho-biologique » (13). Selon lui, le développement des fonctions mentales de l'individu débile est hétérochronique, ce qu'il nomme « hétérochronie aberrante ou dysgénétique » ou hétérochronie dysharmonique, par opposition à l'individu normal qui présente une hétérochronie harmonique (13). « L'hétérochronie n'est pas une simple collection de vitesses », le décalage de la croissance des différentes fonctions interagit lui-même sur le développement global de l'enfant, à des « moments privilégiés d'intégration » (13). L'hétérochronie constitue une « organisation », une « structure d'ensemble », une « manière d'être », un « système d'équilibre de la débilité mentale » (13).

Plus tard, B. Inhelder met en exergue un ralentissement du développement cognitif affectant de façon fluctuante les différents niveaux des fonctions opératoires. Cette « viscosité génétique » est à l'origine d'une coexistence de divers niveaux de fonctionnements cognitifs, nommés « strates psychogénétiques » (6) (9).

I.1.2. Dans le champ affectif : des démences aux psychoses infantiles

Jusqu'au 19^{ème} siècle, l'idée de la folie chez l'enfant est rejetée : « Il ne peut être fou n'ayant pas atteint l'âge de raison » (6) (7). Les médecins et pédagogues s'en tiennent donc au cadre de la déficience intellectuelle. Certaines formes d'aliénation sont pourtant décrites chez l'enfant par P. Pinel, J.E. Esquirol et J.J. Moreau de Tours, mais considérées comme des formes « inconcevables », « exceptionnelles » ou « pubertaires précoces » (11). C'est P. Moreau de Tours qui expose en 1888 plusieurs cas de psychiatrie infantile, de présentation clinique semblable aux cas adultes. La deuxième moitié du 19^{ème} siècle est marquée par la prédominance des théories de la dégénérescence à l'origine de la période de l'eugénisme et de la ségrégation des aliénés et des idiots.

Au tout début du 20^{ème} siècle, les « démences » de l'enfant sont isolées des arriérations mentales, en prenant appui sur les travaux chez les adultes et notamment à partir de la « démence précoce » d'E. Kraepelin en 1899 (8) (9) (11) (14). En 1905, S. De Sanctis évoque la « démence précocissime », d'autres auteurs évoquent la « démence infantile » et les « troubles démentiels de l'enfant ». A partir de la

description par E. Bleuler en 1911 de la schizophrénie chez l'adulte, H.W. Potter en 1933, J. Lutz en 1936, J.L. Despert et L. Bender en 1937 font l'hypothèse d'une « schizophrénie infantile ». Les descriptions de ces pathologies ne sont pas tellement différenciées de celles de l'adulte, tant dans la présentation clinique que dans la fixité de formes, même si le poids de l'idiotie est encore important chez l'enfant (8). Progressivement, quelques petits écarts se dessinent, comme la notion de délire, rare chez l'enfant, et l'aspect évolutif des formes infantiles.

L'enfant dégénéré laisse progressivement une place à l'enfant malade mental, l'exercice des psychiatres s'établit aux côtés des psychopédagogues et psychométriciens. La psychopathologie s'ajoute aux théories lésionnelles et aux déficits fonctionnels, autorisant le soin en complément de l'éducation. A cette époque, deux courants étiologiques tendent à s'opposer, en lien avec cette première dichotomie entre champ cognitif et champ affectif. D'une part, la psychogénèse, impliquant les troubles de la relation parent-enfant comme causalité quasi exclusive, explique la schizophrénie et les troubles dits fonctionnels. D'autre part, l'organogénèse incluant l'aspect congénital mais écartant l'influence des interactions dans le développement, explique les arriérations et les troubles dits lésionnels (11) (14). Cette distinction doit permettre de différencier les indications thérapeutiques.

A partir de ces descriptions plutôt rares mais consensuelles de la schizophrénie infantile, les critères diagnostiques s'étendent et se multiplient dans les années 1930-1950, regroupant quantité de formes nosographiques des pathologies des conduites des enfants (11). Notamment, différentes variétés cliniques sont repérées : des formes mineures, des formes transitoires ou des organisations pré-morbides. La dichotomie entre les aspects cognitifs et affectifs et entre les hypothèses étiologiques tend progressivement à s'amoinrir. En effet, des formes mixtes sont décrites, ainsi que des formes évolutives de certaines schizophrénies vers des formes déficitaires et inversement (8).

Le milieu du 20^{ème} siècle est marqué par un tournant : la description en 1943 par L. Kanner de « l'autisme infantile précoce », s'inspirant des modèles cliniques de l'adulte et des théories du développement. Il spécifie sa triade symptomatique, incluant l'*aloneness* (isolement affectif) et le *sameness* (besoin d'immuabilité) au premier plan, auxquels sont associés les troubles du langage. Cette perturbation très précoce, sévère et persistante des relations sociales et de la communication n'est pour lui ni une déficience, ni une schizophrénie infantile. En 1944, donc sensiblement au même moment que L. Kanner, H. Asperger détaille la « psychopathie autistique pendant l'enfance », tableau semblable à l'autisme de L. Kanner. En 1981, L. Wing reprend les écrits de L. Kanner et H. Asperger et redéfinit la triade symptomatique, nommée triade de Wing, actuellement la plus décrite.

Dans les années 1940-1950, ce tournant permet une unification des descriptions trop vastes de schizophrénie infantile, à côté des arriérations et à côté de l'autisme (9) (11). Un ensemble clinique appelé « psychose infantile » se construit en s'écartant de la schizophrénie infantile. Différents facteurs en sont à l'origine, notamment une tentative de synthèse des différents courants, une approche multidimensionnelle des troubles mentaux de l'enfant incluant l'intrication des aspects organiques et psychiques, une prise en compte de la complexité des facteurs environnementaux en jeu et les prémises de l'aspect évolutif, dynamique et développemental des pathologies mentales infantiles (8). Les théories psychodynamiques influencent ce mouvement et décrivent des traits structuraux communs au sein du groupe des psychoses, par les modèles de « noyau psychotique » et de fonctionnement psychique « archaïque ». A partir de sa théorie sur les deux phases de développement, M. Mahler individualise au sein du groupe des « psychoses infantiles », les « psychoses autistiques », les « psychoses symbiotiques » et les « psychoses bénignes ».

L. Bender introduit entre 1947 et 1953 l'aspect dynamique dans le développement de la schizophrénie de l'enfant (6) (8). Elle présuppose une atteinte primitive du système nerveux central, à l'origine d'un trouble de la maturation de celui-ci, s'exprimant par une dysharmonie des différentes fonctions de l'enfant. Ces hypothèses sont reprises en France par G. Heuyer, qui suggère une dysmaturation psychique dans la psychose infantile, d'origine organique et psychique.

Nous observons donc que, progressivement, l'aspect supposé linéaire et monofactoriel du développement cognitivo-affectif ainsi que des pathologies psychiques de l'enfant est remis en question, en introduisant la notion de « dysharmonie ».

I.2. LE CONCEPT FRANÇAIS DE DYSHARMONIE EVOLUTIVE

I.2.1. Le contexte d'élaboration de la notion de dysharmonie évolutive

Le concept de dysharmonie évolutive provient de plusieurs mouvements, développés entre 1950 et 1970 principalement par deux auteurs français : R. Misès et J.L. Lang. (6) (12) (15). Il s'agit tout d'abord d'un mouvement nosographique qui tente de préciser une catégorie à partir et en dehors des psychoses infantiles et des déficiences mentales de l'enfant, ainsi qu'en dehors des entités fixées de la nosographie

adulte (16). Puis, cette dynamique s'associe à une recherche de compréhension psychopathologique mais également de prévention des troubles de l'enfant, afin de repérer des possibles fonctionnements pathologiques en devenir vers certains troubles de l'adulte. Enfin, un mouvement psychodynamique tente d'établir les rapports complexes entre le développement normal et le développement pathologique du jeune enfant. La définition de la dysharmonie évolutive de R. Misès prend sa source de plusieurs idées : les différentes théories piagésiennes et psychanalytiques du développement normal de l'enfant, la notion de dysharmonie pubertaire et la conception de dysharmonie dans le champ des déficiences (6) (12).

I.2.2. Les dysharmonies normales, pubertaires et pathologiques

I.2.2.1. Dans le champ du normal

Tant sur le plan cognitif, avec les travaux de J. Piaget, que sur le plan affectif, avec les travaux de S. Freud, de M. Klein et d'A. Freud, le développement normal de l'enfant, caractérisé en termes de stades, de positions ou de lignes développementales, est un ensemble dynamique, à envisager comme une « construction active » ou « une équilibration continue et progressive » ou encore comme un processus de maturation progressive (6) (9) (11) (17). Cette constante évolution est une succession des différents stades ou positions dans un même ordre défini ou une progression des différentes lignes de développement globalement parallèle et à la même vitesse. Les stades ou lignes s'intègrent les uns aux autres au cours du temps en une unité en équilibre. A. Freud théorise ce processus, qui permet à l'enfant une progression allant de la dépendance à l'autonomisation, sous l'appellation d' « homochronies de développement » (18). L'équilibre global n'est qu'une succession d'équilibres temporaires. Cette progression se réalise de façon non tout à fait stricte, non tout à fait linéaire, avec des régressions ou fixations ou déséquilibres possibles. Ces déséquilibres peuvent provenir soit de distorsions du développement propre des stades ou lignes, autrement dit de conflits psychiques, soit de contraintes de l'environnement, c'est-à-dire de confrontations avec la réalité. Il s'agit d'une modalité adaptative, nécessaire, structurante, non systématiquement pathologique. La dysharmonie est ainsi une composante normale du développement de l'enfant (6) (19).

I.2.2.2. La dysharmonie pubertaire

Dès 1948, H. Wallon parle de « structures dysharmoniques » pour évoquer le retentissement des décalages somato-psychiques ou déséquilibres physiologiques et développementaux sur l'organisation psychobiologique ultérieure au cours de la croissance (10).

P. Mâle caractérise en 1969 la « crise d'adolescence » par ce qu'il qualifie de « dysharmonie d'évolution », qu'il nomme spécifiquement la « dysharmonie pubertaire » (6) (10) (12) (16). Il met en valeur la dimension dynamique de ce processus. P. Jeammet souligne que la puberté est « le reflet du jeu dynamique des forces en présence, des possibilités de mobilité et d'organisation du fonctionnement mental de l'adolescent et de son contexte relationnel » (16). J.L. Lang décrit cette conception en tant qu'écart dynamique normal d'une part entre le vécu psychique du développement physique et le vécu psychique du développement sexuel ; d'autre part entre le vécu antérieur de ces composantes et son vécu dans l'actualité de son contexte familial et social. La période adolescente comme reviviscence fantasmatique de la dysharmonie des premiers stades de l'organisation libidinale est une période également dysharmonique, de conflits psychiques, mais nécessaire à la structuration de l'individu. Ces deux moments sont des mouvements à la fois de régression et de progression, mais également des dysharmonies « normales », « conflictuelles » et « structurantes » (16). La structuration à l'adolescence dépend de « l'équipement de base » et « plus encore sans doute de l'adéquation ou non des réponses et réactions de l'entourage à cet équipement » (10).

I.2.2.3. Dans le champ du pathologique

Le concept de dysharmonie est initialement décrit pour les arriérations mentales. Jusqu'aux années 1950, ce concept est pris « dans une perspective statique, renforcée par des explications étiologiques, de type constitutionnaliste ou organo-génétique, par où les différentes facettes envisagées sont conçues comme simplement juxtaposées et indépendantes du mouvement évolutif global » selon R. Misès (6) (12).

Dans certains cas, des distorsions du développement peuvent réaliser une « hétérochronie de développement » selon les termes d' A. Freud, qu'elle définit comme une progression non parallèle et inhomogène des lignes de développement (9) (18). Cette croissance dysharmonique peut désorganiser la psyché de l'enfant. « La distorsion entre les maturations respectives des différentes lignes de développement génère un mal être interne, et donc une angoisse développementale qui vient fragiliser les assises narcissiques de l'enfant » (18).

I.2.2.4. Normal et pathologique

La pensée de R. Misès inclut la dysharmonie en tant que décalage structural appartenant tout autant au champ du développement normal que pathologique (12). « L'existence de remaniements, de crises, de ruptures d'équilibre » est caractéristique de l'enfant en croissance.

I.2.3. Le concept de dysharmonie évolutive

La dysharmonie évolutive est une notion de la pathologie mentale infantile spécifiquement française, malgré une petite exportation notamment en Italie (19) (20) (21).

D'un point de vue conceptuel, selon R. Misès, la notion de dysharmonie évolutive est caractérisée par l'intrication entre des décalages des différentes fonctions de l'enfant et un mouvement évolutif et dynamique du développement (12). Il situe ces décalages « entre tous les niveaux qui peuvent caractériser le développement de l'enfant, que ce soit celui de la maturation physique, du développement des différentes fonctions mentales, de celui des pulsions » (16). Ou encore, pour reprendre les termes de J.L. Lang, ces décalages se situent « entre les niveaux des différentes fonctions (niveaux de maturation, de développement, d'élaboration ou d'efficacité, selon les auteurs), les mécanismes structurels ou les positions libidinales, soit à l'intérieur d'un même système de références [...], soit entre plusieurs fonctions » (10). « Mais surtout [R. Misès] indique que l'organisation psychique globale de la personne est affectée par ce déséquilibre et qu'elle s'organise, au moins partiellement, à *partir de celui-ci* » (10). R. Misès ne limite pas sa définition à celle d'une organisation hétérogène, il ajoute le mouvement évolutif dans lequel est prise cette organisation et qui définit son agencement (12) (16).

J.L. Lang propose sa définition en soulignant toute l'importance psychopathologique, au sein de la dysharmonie évolutive, de l'alliance entre « le corps, le sexe, la dynamique pulsionnelle et l'équipement fonctionnel » (10). La dysharmonie évolutive s'objective selon lui selon trois axes :

- une organisation psychique structurée de façon précoce autour d'éléments déficitaires et archaïques de nature psychotique ou névrotique
- une dysharmonie à tous les niveaux d'organisation (symptômes, fonctions, opérations, positions libidinales et facteurs étiologiques) mais également entre ces différents niveaux
- cette dysharmonie est dite « évolutive » au sens de R. Misès, mais également « d'évolution » au sens de P. Mâle car cette évolution peut modifier l'ensemble des positions et mécanismes aussi bien fonctionnels que libidinaux et leurs relations (10).

L'originalité de la dysharmonie évolutive tient à l'intrication et à la réciprocité entre, d'une part, les étiologies psychogénétiques et organogénétiques, et d'autre part « entre facteurs de la série déficitaire et facteurs de la série psychotique » (9) (12) (22). R. Misès et J.L. Lang ne cherchent pas à en préciser la part causale respective ni le poids de chacun, ce qui serait réducteur et simplificateur, mais seulement leur interdépendance (10) (15) (22). Qu'ils soient neurobiologiques, familiaux ou sociaux, la notion de dysharmonie s'établit en resituant ces facteurs les uns par rapport aux autres et vis-à-vis de cette dimension évolutive. « Les empreintes laissées par le passé sont ici remises en question par les événements vécus tout en empruntant à l'actualité certains traits originaux » (15).

Selon R. Misès, « il s'agit donc de situer des moments de l'histoire de l'enfant sans y enfermer pour cela son devenir » (12). En psychiatrie de l'enfant, une grande part des troubles présentés sont « des modes d'organisation actuels, c'est-à-dire des moments dans une histoire qui n'est pas jouée » (23).

I.2.4. Les différentes entités cliniques de dysharmonie évolutive

J.L. Lang précise : « il ne s'agit pas d'une entité nosographique mais d'une tentative d'approche psychopathologique où des symptômes de séries fort différentes se regroupent ou s'additionnent en proportion variée » (10). Cependant, différentes entités cliniques peuvent être comprises à travers ce modèle psychopathologique. La symptomatologie clinique est très variable et ce n'est pas elle qui permet de rassembler les dysharmonies (20).

I.2.4.1. La définition générale de R. Misès et J.L. Lang

D'un point de vue nosographique et clinique, R. Misès définit les contours de la dysharmonie évolutive, au sens d'une pathologie (16) (15). Le premier critère en est l'évolutivité, dépendant de facteurs interactionnels de l'enfant et s'amenuisant au fil du temps, d'où une exclusion des formes dès lors qu'elles sont fixées. (19). Deuxièmement, « les perturbations globales de la personnalité sont constantes, liées à des fixations précoces tissées souvent à travers les liens perturbés entretenus avec l'entourage » (12). En sont donc exclus les « manifestations normales, [...] les dysharmonies partielles, les décalages transitoires, les états réactionnels » (12). R. Misès et J.L. Lang ajoutent à ce propos que ce ne sont ni des « a-structurations » ni des « non-organisations » (12). Enfin, ils situent les dysharmonies évolutives « du côté des perturbations évolutives complexes où se discute leur situation vis-à-vis des grandes organisations morbides du jeune âge » (12).

La diversité des niveaux des mécanismes psychopathologiques fait toute l'originalité de la dysharmonie évolutive : « on découvre ainsi chez le même sujet des mécanismes de niveau psychotique, névrotique, psychopathique qui, s'ils étaient prépondérants, suffiraient à qualifier la structure, mais d'être ici mêlés à d'autres éléments, leur fonction se trouve relativisée. La dysharmonie évolutive ne saurait donc se réduire à l'une de ses composantes sans perdre sa forme et se confondre alors avec les organisations qui l'avoisinent » (12). Il est possible de préciser une variété de dysharmonie évolutive, par exemple une « dysharmonie de structure psychotique », qui définit une orientation au sein d'une organisation « en mosaïque » (12).

Selon J.L. Lang, la dysharmonie recouvre une sémiologie commune, composée de l'association d'un « syndrome déficitaire dysharmonique et hétérogène », de troubles fonctionnels divers, de perturbations relationnelles et affectives spécifiées par leur « caractère atypique et [...] composite » et enfin d'une diversité des positions libidinales, des relations d'objet et des angoisses sous jacentes (10). Généralement, aucune atteinte du contact ni de l'adaptation au réel n'est présente. Il définit ainsi les champs pouvant être marqués de dysharmonie, évoluant ensuite de façon isolée ou associée entre eux. Ce fonctionnement retentit de manière très variable sur l'autonomie, les capacités adaptatives et intellectuelles.

I.2.4.2. Les dysharmonies psychotiques, névrotiques, psychopathiques et déficitaires

Selon J.L. Lang, R. Misès applique cette « caractéristique générale de la structure mentale de certains sujets » à différents cas : d'une part, aux dysharmonies déficitaires et non déficitaires ; d'autre part, à différentes formes psychopathologiques qui se distinguent par leurs positions et mécanismes sous jacents, de type névrotique ou de type psychotique. (6) (10).

La forme la plus fréquemment observée est la dysharmonie psychotique ou dysharmonie évolutive de structure, de type, de noyau ou de versant psychotique. Individualisée par R. Misès en 1967, elle est définie par la combinaison d'une dysharmonie évolutive et de « traits structuraux spécifiques de la psychose » (22). R. Misès la classe au sein du groupe des psychoses, en tant que « variété marginale de la psychose » (15).

Les dysharmonies de structure névrotique et de structure psychopathique sont plutôt rare (15). Les déficiences dysharmoniques peuvent être de structure psychotique ou névrotique. Pour ces dysharmonies évolutives, prédominent soit des traits névrotiques, soit des traits psychopathiques, soit des traits déficitaires (déficiences intellectuelles ou troubles instrumentaux).

I.2.4.3. La dysharmonie chez le très jeune enfant

C'est sous le terme de « dysharmonie évolutive grave » ou « dysharmonie précoce » que certains auteurs rapportent l'existence de formes de dysharmonies chez le très jeune enfant, globalement jusqu'à trois ans (22) (24) (25). R. Misès la nomme ainsi « provisoirement » (23) quand il n'est pas encore possible de discriminer ce qui relève d'un fonctionnement déjà inscrit ou de mécanismes dépendants de l'environnement. La présentation clinique varie donc selon l'âge de l'enfant et plus encore selon son stade de développement. R. Lazarovici et M. Soulé évoquent deux types de syndrome dysharmonique, selon que prédominent des éléments déficitaires ou des troubles de l'établissement de la relation objectale. R. Misès isole des dysharmonies évolutives précoces de type psychotique, également de différentes formes (23).

I.2.4.4. Les dysharmonies spécifiques

Certains auteurs s'écartent de la définition de R. Misès et J.L. Lang et spécifient des dysharmonies particulières, plus spécifiques, non globales (10).

S. Lebovici décrit les « dysharmonies électives ou partielles » (10). Selon cet auteur, tout comme D. Widlöcher, de telles dysharmonies sont caractéristiques des états prépsychotiques ou parapsychotiques (16).

J. Bergès définit les dysharmonies instrumentales, spécifiques des troubles instrumentaux, pouvant être primaires ou secondaires (6). Elles sont repérées par des résultats discordants aux différents tests psychométriques, entre les différentes fonctions ou à l'intérieur d'une même fonction. C'est ainsi que certains auteurs comprennent la dysgraphie, la dysphasie, la dyspraxie, la dyslexie-dysorthographe.

B. Gibello explicite à partir des années 1970 la dysharmonie cognitive pathologique, à partir d'une hétérogénéité des procédures de raisonnement, des « opérations logiques et logico-mathématiques » de la pensée d'un même sujet (6) (10) (17) (26). Sa définition permet de discriminer les dysharmonies cognitives des arriérations mentales, des inhibitions psychotiques et névrotiques, des conséquences des symptomatologies délirantes et des retards d'organisation du raisonnement logique. Le diagnostic de dysharmonie cognitive doit associer : des signes cliniques dans trois domaines, que sont l'échec scolaire, la dépression et un système relationnel en cercle persécuteur-persécuté ; une forme clinique particulière parmi la dyspraxie, la dysgnosie et la dyschronie ; un écart entre le QI de performance et verbal au *Wechsler Intelligence Scale for Children* (WISC) et une dysharmonie à l'échelle de pensée logique de F. Longeot. La dysharmonie cognitive, tout aussi grave en elle-même, est fréquemment retrouvée chez les

enfants psychopathes, psychotiques et les pathologies limites de l'enfance. Elle peut s'associer à une dysharmonie évolutive. Elle peut évoluer au décours de l'adolescence vers une psychopathie ou un trouble de la personnalité borderline.

Avant de développer le trouble limite de l'enfant, qui prend sa source en partie dans le concept de dysharmonie évolutive, nous apportons quelques précisions permettant de comprendre ce que le concept infantile puise du concept d'état limite chez l'adulte, bien que notre travail n'ait pas ici pour objet de détailler l'entité adulte dans sa globalité. En effet, l'idée d'une vision adultomorphe de l'enfant et ses troubles a été longtemps présente au cours de l'histoire de la psychiatrie, puis remise en question (27) (28).

I.3. LES ETATS LIMITES DE L'ADULTE

I.3.1. Une double origine psychiatrique et psychanalytique

Malgré une terminologie diverse et malgré les interrogations quant à ses limites, tant nosographique que psychopathologique, thérapeutique ou même sociologique, la clinique limite n'en reste pas moins actuelle et fréquente (29) (30).

Le concept d'état limite est le fruit d'une convergence entre deux courants historiques, face à la fréquence de ces « folies à la recherche d'un nom » (29) (31) (32). Les premières descriptions des états limites datent de 1884 par C. Hugues, psychiatre qui désigne comme « borderline » des états à la limite de la démence et de la normalité (33).

Un premier mouvement provient des origines de la psychiatrie, mais majoritairement développé dans les années 1940-1950 (31) (32) (29). Une dynamique à visée essentiellement nosographique permet d'isoler des formes aux frontières des descriptions habituelles de la schizophrénie : des formes atténuées, latentes, intermittentes, d'évolution lente. Les idées oscillent entre des conceptions théoriques structurelles franco-allemandes et des conceptions descriptives anglo-saxonnes, ainsi qu'entre des formes de passage entre névrose et psychose ou des formes ayant une existence propre « d'instabilité stable » (32). Parmi la multitude des dénominations, nous pouvons relever celles de « forme atténuée de démence précoce » d'E. Kraepelin, de « schizoïdie » d'E. Minkowski, de « schizophrénie pseudo-névrotique » de P. Hoch et

P. Polatin, de « pré-schizophrénie » d'A. Green et P. Mâle. Les études des pédopsychiatres jouent alors un rôle important dans l'élaboration de ces descriptions, en questionnant l'aspect évolutif. En 1968, R.R. Grinker établit une première description critériologique, puis J.G. Gunderson, avec M.C. Zanarini, valide l'entité trouble de la personnalité borderline à l'échelle internationale, notamment par la création du questionnaire *Diagnostic Interview for Borderlines (DIB)* (34). Ce trouble est introduit dans le *Diagnostic and Statistical Manual (DSM)* III en 1980 et persiste dans le DSM V sous le terme « borderline » et dans la Classification Internationale des Maladies (CIM) 10 sous le terme « personnalité émotionnellement labile ».

Un deuxième mouvement est porté par la psychanalyse notamment américaine, dès 1940-1945 mais surtout dans les années 1970 (28) (31) (32) (29). La conception d'état limite naît de l'échec ou de l'opposition au traitement psychanalytique de certains sujets, qui développent un transfert psychotique. Dans les pays anglo-saxons, c'est certainement H. Deutsch qui perçoit cette clinique la première avec son concept de personnalité « *as if* » en 1935. Il est proche des conceptions ultérieures de la « personnalité en faux *self* » de D.W. Winnicott en 1956, du « *borderline group of neurosis* » d'A. Stern qui introduit le premier ce terme en 1938, de la « psychose symbiotique » de M. Mahler en 1975. R.R. Grinker (1968) isole à partir d'une étude sur les fonctions du Moi quatre sous types : les états limites psychotiques, le noyau de l'état limite, les personnalités « *as if* », les états limites névrotiques. H. Kohut en 1978 s'intéresse à la dimension narcissique, mais c'est surtout O. Kernberg en 1979 qui apporte la contribution la plus importante à ce sujet. En France, nous pouvons retenir le « syndrome d'abandon » de G. Guex en 1950, l'« organisation limite » de D. Widlöcher et O. Kernberg en 1975, l'« aménagement limite » de J. Bergeret en 1974, la « psychose blanche » d'A. Green, la « folie privée » d'A. Green et J.L. Donnet en 1990, le « fonctionnement limite » de C. Chabert en 1999.

Selon D. Marcelli, le double mouvement historique de l'élaboration théorique du concept d'état limite de l'adulte permet de comprendre la multitude des termes et le flou spécifiquement français entre « état limite » et « borderline » (31) (35). Ces termes sont issus de deux cadres de référence distincts, le premier issu de la psychanalyse permettant une approche du fonctionnement mental basée sur les modalités de relation d'objet, la deuxième issue de la psychiatrie permettant une approche médicale et nosographique basée sur l'analyse de signes cliniques au maximum objectivables. Le terme limite étant entendu en France comme la traduction du terme anglo-saxon « *borderline* », les deux termes sont fréquemment employés de façon interchangeable et indifférente. Cependant, le terme d'état limite tend à ne plus être employé par la communauté scientifique psychiatrique moderne, car trop empreint de concepts psychopathologiques psychanalytiques (36). Cette distinction historique nous paraît importante afin de ne pas envisager l'état limite comme « fourre-tout » face à cette clinique variée et fluctuante. Ce concept se situe justement à la

limite entre les deux élaborations théoriques, psychiatriques et psychanalytiques, qui nous paraissent complémentaires plutôt qu'incompatibles.

I.3.2. Les différentes conceptions de l'état limite

I.3.2.1. Les astructurations, les formes entre psychose et névrose, les organisations limites, les pathologies narcissiques et les pathologies des limites du moi

Plusieurs courants de pensée permettent de définir les cas limites (31).

Dans la littérature psychanalytique fondatrice de la conception état limite, certaines théories établissent leur définition selon un axe structurel. J. Bergeret émet l'existence des états limites en tant qu'« astructuration », « en creux, en négatif » des lignées structurelles principales que sont la névrose et la psychose, comme un « aménagement » susceptible d'évolution vers celles-ci (37). Selon un axe dynamique, d'autres auteurs, tels que R. Diatkine ou D. Widlöcher, définissent les états limites comme un équilibre entre les processus névrotiques et psychotiques, et comme des formes de passage entre les structures. Selon des hypothèses génétiques et dynamiques, O. Kernberg développe l'état limite en tant qu'« organisation limite » ou « ensemble d'opérations mentales », de nature stable et cohérente, et non pas en tant qu'« état » ou rassemblement de traits en un « état apparent de maladie » (31). Un dernier groupe d'auteurs définit les états limites en tant que « concept purement heuristique », un « concept limite » selon P. Fedida, notamment à la limite de la théorie (31).

La dimension narcissique étant prégnante chez les états limites, des auteurs reprennent cet axe dans la lignée des travaux freudiens sur le narcissisme et s'intéressent aux liens entre états limites et pathologies narcissiques. Pour certains, la problématique narcissique est un concept psychopathologique, incluse dans diverses formes cliniques, dont l'état limite. J. Bergeret emploie à ce titre le terme de « maladie du narcissisme » pour son astructuration (37). D'autres auteurs, tels que H. Kohut ou O. Kernberg, élaborent la pathologie narcissique en tant qu'entité clinique propre et donc distincte de l'état limite.

Plus récemment, A. Green décrit l'état limite non plus en tant que pathologie « à la limite de » mais en tant que « pathologie des limites du Moi » (29) (33) (34). Il souligne l'importance de la fragilité des fonctions du Moi chez l'état limite, en raison d'un arrêt de son développement. Cette définition est centrée par cette atteinte spécifique, rendant une autonomie à ce trouble.

I.3.2.2. Les descriptions cliniques variées et la psychopathologie limite

♣ Clinique

Malgré la diversité des approches psychopathologiques de l'état limite de l'adulte, « une certaine identité clinique dans les descriptions » peut être constatée parmi les différents auteurs (31) (32). Elle comprend l'angoisse « diffuse et flottante », envahissante, « de la perte du sens de la vie, de sa cohérence interne » ; des symptômes d'apparence névrotique ; la dépression caractérisée par le vide ; les troubles du comportement de type impulsif ; ainsi que les épisodes psychiatriques aigus. L'oscillation entre les processus primaires et les processus secondaires et « l'intrication de niveaux pulsionnels hétérogènes » sont des caractéristiques des états limites de l'adulte (31).

♣ Mécanismes de défense

Le clivage est le mécanisme le plus à l'œuvre chez les patients limites, d'où découlent les autres mécanismes de défense (31). Prenant appui sur les définitions freudiennes, il s'agit d'un clivage portant sur l'objet ou sur le *self*, permettant de maintenir séparées une bonne et une mauvaise partie, un « secteur idéalisé et un secteur adaptatif ». Il existe également un clivage entre un Surmoi archaïque et un Idéal du Moi grandiose. L'idéalisation primitive permet de maintenir éloignée toute menace destructrice et mortifère des mauvais objets. L'identification projective confère cette même possibilité, mais est parfois à l'origine d'une perte de distinction entre l'interne et l'externe, rendant les limites entre le soi et l'objet floues. Ces trois mécanismes de défense s'auto-entretiennent les uns les autres, parfois s'amplifient entre eux et peuvent engendrer des mécanismes de déni, d'omnipotence, de dévalorisation et de mise en acte.

♣ Relation d'objet et angoisses

De nombreux auteurs, dont J. Bergeret, intègrent de façon prépondérante les traumatismes dans la conception des « astructurations » (37). Un traumatisme psychique précoce ou « premier désorganisateur » empêche la formation de la « relation triangulaire et génitale ». Par ce défaut d'élaboration du complexe d'Œdipe, le sujet reste dans une phase de « pseudo-latence prolongée ». Lors d'un deuxième traumatisme psychique désorganisateur réactivant le premier, le sujet peut décompenser de manière aiguë, sur un versant névrotique, psychotique ou psychosomatique.

Influencé par M. Mahler, O. Kernberg explique les états limites par un trouble du processus de « séparation-individuation ». L'individu limite est capable de distinguer le soi du non-soi, il acquiert une « image de soi avec ses limites et diverses images des objets qui l'environnent » (31). Cependant, il n'est pas en mesure d'intégrer en un soi unique ou en un objet unique les bonnes et les mauvaises parties du soi ou de l'objet. Il n'élabore pas le conflit d'ambivalence, du fait d'une charge agressive excessive liée aux mauvaises parties. Le sujet limite s'en protège par un clivage, qui ne fait que renforcer ce mécanisme. Il en découle un sentiment de soi altéré, non unifié, entravant les relations à l'objet intériorisées, conception qui peut être mise en lien avec celles de « faux *self* » de D.W. Winnicott, de personnalité « *as if* » d'H. Deutsch, d' « identité diffuse » d'E. Jacobson, ou de « distorsions du Moi » (6). L'expression « pathologie de l'intériorité » rend compte de cette caractéristique intrapsychique, malgré les troubles extérieurs bruyants.

A. Green caractérise les états limites par leur « impossibilité de constituer l'absence » (38). Ces « défauts de l'absence » ou cette « crudité du manque du manque » particularisent les troubles de la relation à l'objet de l'état limite, relation dite « anaclitique » selon les termes de J. Bergeret. Il s'agit d'une relation empreinte de dépendance, le sujet étant en quête permanente d'un objet d'étayage ayant pour unique fonction d'assurer un apport narcissique. Certains auteurs qualifient cette dépendance d' « active » : le sujet maîtrise ou est dans l'illusion de maîtriser cette dépendance, par crainte de se retrouver « sous l'influence de l'autre » et de « s'y perdre » (30). Dans l'incapacité de « faire apparaître psychiquement l'objet manquant », le sujet se raccroche à sa réalité perceptive (29). Selon J. Bergeret, le Moi de l'état limite se déforme et fonctionne en deux secteurs clivés. En l'absence de menace de perte d'objet, il s'adapte à la réalité. En présence d'une telle menace, il fonctionne de manière anaclitique, souffrant d' « angoisse de dépression » ou angoisse de perte d'objet (37). Des réactions de prestance, mégalomaniaques, « avec une ambition héroïque de bien faire pour conserver l'amour de l'objet » agissent parfois comme des mécanismes de lutte antidépressive (39). « À l'inverse sans la capacité à s'abstraire psychiquement de la présence d'un autre – présent dans l'espace de perception – les manifestations de sa présence sont à même d'être subjectivement vécues comme un envahissement intrusif » (29).

♣ Les limites du moi

Certains auteurs pensent la « limite » comme un concept psychanalytique propre, notamment A. Green qui considère « la limite comme une frontière mouvante et fluctuante dans la normalité comme dans la pathologie » (29) (30) (33). L'appareil psychique comporte des limites, qui sont des zones d'élaboration, à la fois intrapsychiques et intersubjectives. La clinique de l'état limite « autorise à considérer comment la porosité des limites du Moi se répercute dans la difficulté de ces sujets à distinguer le Moi de l'objet, le

dedans du dehors, l'intériorité de l'extériorité » (29). En raison d'une défaillance narcissique, le défaut des limites rend le Moi peu autonome par carence d'espace d'élaboration. Les processus de symbolisation et d'appropriation subjective restent inachevés. Un accrochage à la réalité externe, perceptive, bien différenciée, tente de pallier ce fonctionnement.

Selon R. Roussillon, la « fonction limite » est essentielle à la vie psychique, notamment dans ses fonctions de perméabilité (30). Le sujet « ne peut vivre ni même survivre sans l'existence de processus qui l'informent sur ses limites, qu'il s'agisse de ses enveloppes ou des limites de ce qu'elle peut endurer et intégrer, d'un principe auto-régulateur de ses capacités de liaison ou de traitement de l'excitation » (40). En situation œdipienne, la fonction limite reste discrète, intégrée dans l'organisation globale du sujet. Elle permet un équilibre et une dialectique entre les différents objets intrapsychiques : « aucune partie ne se donne pour le « tout » et le « tout » tente d'intégrer la présence de chaque partie » (40). Les mouvements pulsionnels envers ces objets se limitent les uns envers les autres, autorisant les fonctions de conflictualisation et symbolique. Se dégage un Surmoi caractérisé par une organisation en cinq « non » : « non tout », « non tout de suite », « non tout seul », « non tout ensemble » et « non tout en un ». Lors de l'échec de l'organisation de cette fonction limite, le paradoxe remplace le conflit, le dedans est retourné vers le dehors, « la manière dont la limite passe entre le Moi et le non-Moi occupe le devant de la scène ». Le sujet fonctionne en « cinq tout » à l'inverse des « cinq non ». Face au risque de perte totale de limites, face aux angoisses d'abandon et d'intrusion, l'identité de perception prédomine.

La construction du concept d'état limite de l'adulte nous montre les difficultés de caractérisation de cette clinique, la terminologie multiple, les différences des courants théoriques et les possibles confusions. Une difficulté supplémentaire s'ajoute chez l'enfant, celle de son aspect évolutif. L'intérêt, à notre sens, de l'approche de R. Misès que nous allons développer, est d'avoir regroupé ces deux dimensions, à savoir les caractéristiques psychopathologiques de l'état limite de l'adulte avec la spécificité évolutive infantile grâce à la dysharmonie.

I.4. LE CONCEPT DE TROUBLE LIMITE DE L'ENFANT

Dans le cours des années 1980, trois auteurs français, R. Misès, R. Diatkine et S. Lebovici, défendent le concept de pathologies limites de l'enfance, comme regroupement des psychoses atypiques, elles-mêmes naissant suite au remaniement des psychoses infantiles (41).

I.4.1. Le remaniement du groupe des psychoses infantiles

Le groupe des psychoses infantiles, défini depuis les années 1940-1950, est l'objet à partir des années 1960-1970 d'un grand élargissement des critères nosographiques (14). Dès 1968, R. Misès s'interroge sur la nécessité de refonder une classification de ce groupe, au vu des nosographies classiques, des classifications modernes et des classifications de l'adulte. Selon lui, « les repères fondamentaux classiques, trop restrictifs, ont été élargis par certains auteurs de telle manière que le concept de psychose, par son extension, en vient à perdre parfois toute signification » (14). Alors que le groupe des « psychoses les plus typiques » lui semble bien défini, il s'attache alors à l'examen des « limites » de ce groupe, qui semblent remettre en question son unité (8). Que ce soit au sein des psychoses précoces ou des psychoses plus tardives, R. Misès isole des « distorsions psychotiques de la personnalité » ou « distorsions graves de la personnalité », se spécifiant par des manifestations d'allure névrotique, d'inhibitions graves, de troubles du caractère, chez des enfants psychotiques (14). C'est sur ces limites qu'il situe ces « concepts marginaux, ceux « d'enfants atypiques », de « prépsychose », de « dysharmonie évolutive » et de « cas limite » » (8).

Cette introduction de nouveaux concepts permet de conserver l'individualité des psychoses infantiles et notamment, outre ses caractéristiques psychopathologiques, son pronostic sévère et son évolution chronique (8) (14). C'est ainsi que ces nouvelles conceptions s'en distinguent par des « mécanismes psychopathologiques composites » et une « diversité des potentialités évolutives » (8). Il souligne également, avec d'autres auteurs, l'importance des « facteurs vécus » de l'enfant pouvant influencer sur ce pronostic (14). Cet ensemble permet par ailleurs de sortir de la dualité psychose névrose, remise en question à partir des années 1950 (41). Les formes de pathologies mentales de l'enfant qui en échappent sont notamment spécifiées en 1978 par J.L. Lang, qui en reprend les innombrables dénominations (prépsychose, parapsychose, schizoïdie, état pseudo-schizophrénique, enfants émotifs, mythomanie, psychasténie, dysharmonie grave, atypique ...) (22).

I.4.2. L'apparition des psychoses atypiques infantiles

Ces concepts naissent de recherches convergentes en psychiatrie adulte et infantile sur la prédisposition à la psychose chez l'adulte, dans l'idée d'un continuum entre la psychopathologie infantile et adulte. Ces études visent un repérage précoce, autorisant le développement de thérapeutiques précoces (6). Dans une perspective psychopathologique et non symptomatologique, R. Misès s'attache initialement à résoudre le problème posé par « l'existence d'une organisation pathologique précoce qui pose [...] le problème d'une désorganisation ultérieure » (14). Nous proposons de développer quelques uns de ces concepts.

I.4.2.1. La prépsychose

En 1949, M. Mahler élabore les entités des psychoses autistiques et symbiotiques, et une troisième description, les « psychoses bénignes », qu'elle abandonne ensuite (11). Ces dernières sont reprises en France par R. Diatkine en 1969 qui les nomme « prépsychoses » et par J.L. Lang en 1978 qui les nomme « parapsychoses ».

Dans la littérature, les descriptions de prépsychose oscillent entre deux conceptions (42).

D'une part, elle peut être considérée comme un état instable, prémorbide ou une phase qui précède l'entrée dans une schizophrénie ou une psychose, ayant alors valeur de pronostic. Telles sont les idées d'E. Bleuler en 1911 à propos de la « schizophrénie latente », de M. Katan en 1950 avec la « phase prépsychotique », de J. Lacan en 1956, de C. Bursztejn et D. Bailly en 2003. La construction des prépsychoses de R. Diatkine en 1969 et 1986 et de S. Lebovici en 1989 répond à une visée préventive des risques évolutifs grâce aux soins (16). Depuis une description métapsychologique des psychoses et des névroses de l'adulte, R. Diatkine définit la prépsychose telle une « préstructure » ou une « psychose précoce latente », même si l'évolution vers une psychose demeure incertaine (43) (44). Il préfère ce terme à celui d' « état-limite », qui recouvre une organisation adulte plus stable. Plus récemment, le terme de prépsychose dans cette acception pourrait être envisagé sous le vocable de « schizophrénie débutante ».

D'autre part, la prépsychose peut être envisagée en tant qu'organisation particulière de la personnalité, autonome, plutôt stable, ayant sa propre symptomatologie et son propre mode d'organisation. Ce point de vue est défendu par différents auteurs. En 1973, D. Widlöcher présente l'état prépsychotique comme un ensemble de symptômes cardinaux « chez des enfants ne présentant pas de signes nets de psychose ». Cependant, la présence d'un « noyau psychotique » non envahissant et non permanent prédispose « accidentellement » ces enfants à une décompensation schizophrénique transitoire ou chronique (42) (6)

(16) (44). En 1980, J. de Ajuriaguerra repense les liens entre cas limites et états prépsychotiques : « Sous le nom de cas « *borderline* », cas frontières, cas limites, cas avec un développement atypique, état préschizophrénique, on décrit une catégorie de malades qui présentent des traits d'aspect névrotique ou psychopathique » (42).

Cependant, certains auteurs restent critiques à l'égard de cette entité. A partir de 1973, R. Misès critique l'ambiguïté du terme, la difficulté de classification dans la nosographie, le caractère « fourre-tout » d'un cadre trop étendu, le manque de prise en compte des possibilités évolutives de l'enfant, l'absence de définition propre car étant posée par rapport à la psychose (16) (23) (42). La clinique de la prépsychose correspond selon lui à celle de la « dysharmonie évolutive » ou du « cas-limite », le terme de prépsychose devant être réservé à des formes évoluant inexorablement vers la psychose (14). Pour les auteurs lacaniens, la prépsychose relève de la psychose, comme si ces sujets restaient au bord de la psychose, à la limite de la psychose déclenchée, luttant contre la désorganisation.

I.4.2.2. La para-psychose

J.L. Lang élabore en 1976 la dénomination de para-psychose (16) (42). Il entreprend une compréhension psychopathologique de certains syndromes s'écartant des psychoses (44). A partir de caractéristiques cliniques et structurelles communes, il divise ces « modes d'organisation particulier de l'appareil psychique » en dysharmonie d'évolution, para-psychose et dysthymie de l'enfant (45). J.L. Lang préfère le terme de para-psychose « à ceux d'états prépsychotiques, atypiques, mixtes ou limites, dans la mesure où il ne préjuge ni des modalités d'expression clinique dominantes, ni d'une éventualité pronostique, ni de présupposés pathogéniques » et dont il critique l'aspect statique et non dynamique (44). La clinique, « remarquablement polymorphe, variée, variable », est globalement proche de celle de la prépsychose et regroupe différentes présentations cliniques (44). Des éléments dysharmoniques sont présents chez les enfants para-psychotiques.

Les avis des auteurs divergent quant à la para-psychose (44). Certains les envisagent d'un point de vue pronostique, comme des entités instables à risque d'évolution vers la psychose, les qualifiant alors de « pré-organisations ». D'autres les considèrent comme des « organisations archaïques relativement stables et spécifiques », d'évolution variable. D'autres enfin les définissent comme des « a-structurations », c'est-à-dire une absence d'organisation, n'entrant pas dans le cadre des psychoses ni des névroses, mais possédant des potentialités évolutives. La définition qu'en fait J.L. Lang atteste de leur « nature authentiquement psychotique » (44).

I.4.2.3. L'organisation pré-névrotique ou pseudo névrotique

En 1986, J.L. Lang caractérise les organisations pré-névrotiques, sur lesquelles il revient en 1991 (46). J.L. Lang accorde une place centrale au « clivage du Moi » dans la psychopathologie de ces enfants pré-névrotiques, qu'il nomme « clivage pré-phobique » (47). L'organisation pré-névrotique n'a selon lui pas de valeur pronostique particulière, n'est pas une « organisation provisoire [...], ni une position intermédiaire entre névrose et psychose ». Selon lui, ces enfants seraient rangés ailleurs en tant que « caractériels » ou « états limites » ou justement « inclassables ».

I.4.3. Des pathologies limites de l'enfance aux troubles limites chez l'enfant

C'est en 1990 que R. Misès regroupe les psychoses atypiques au sein des « pathologies limites de l'enfance », précisant leurs définition et frontière, mettent en avant leur individualité (41).

I.4.3.1. Les pathologies limites de l'enfance

Développées entre 1980 et 1990, dans un article publié en 1989, puis dans un ouvrage intitulé « Les pathologies limites de l'enfance », paru en 1990, R. Misès définit les pathologies limites de l'enfance en passant par les origines de la construction de cet ensemble (48).

Premièrement, il souhaite cerner les similitudes et écarts avec les états limites de l'adulte et de l'adolescent, organisations qui représentent un troisième axe à côté des névroses et psychoses. Les états limites renvoient aux pathologies adultes, états plutôt statiques, il préfère alors le terme de pathologies limites, envisagées en partie quant à leurs potentialités évolutives, qui sont plus diversifiées et plus favorables chez l'enfant (18) (49). Il persiste néanmoins des « éléments de continuité ou de discontinuité qui relient troubles de l'enfant et de l'adulte », l'adolescence pouvant être un moment influant.

Deuxièmement, il précise l'écart psychopathologique vis-à-vis des autres fonctionnements psychiques infantiles, plus flou chez l'enfant, notamment du côté de la psychose (50). Cette conception en clinique infantile est jusque-là plutôt large, utilisant en effet les termes de prépsychoses, de parapsychoses, mais rarement de cas limites, d'états limites, de borderline. La réflexion de R. Misès s'oriente vers une délimitation de ces organisations originales.

Troisièmement, il s'appuie sur sa conception de dysharmonie évolutive, incluant un mouvement dynamique, et sur son étude des pathologies déficitaires. « Le concept de dysharmonie évolutive offre un

support intéressant pour la saisie des faits pathologiques se situant entre névrose et psychose puisque, par définition, il recouvre ce champ » (48). « Une telle démarche permet aujourd'hui de concevoir des dysharmonies évolutives à type de pathologie limite : je pense que celles-ci occupent une place centrale sur le « troisième axe » » (48). Selon J.L. Lang, la dysharmonie, caractérisée par « le polymorphisme et la labilité des symptômes, coexistant avec une certaine psychorigidité des organisations sous jacentes, l'atypie des tableaux cliniques », se retrouve chez les « états limites de l'enfance » (10).

Quatrièmement, R. Misès profite de la création de nouveaux fonctionnements institutionnels pour mettre en valeur un travail multidisciplinaire, prenant en compte l'aspect environnemental. L'enfant est à envisager dans une perspective synchronique mais également diachronique, dans le cours de son enfance, comme l'indique le titre de son ouvrage (49).

Ainsi, R. Misès regroupe sous le terme de pathologie limite « les prépsychoses ou les parapsychoses [...], les pathologies narcissiques ou anaclitiques, les distorsions du moi, les personnalités *as-if*, les sujets à faux *self*, les troubles graves de l'identité, sans oublier les repérages à base étiopathogénique concernant les enfants carencés, battus, abandonniques, [...], les modes d'expression par le corps ou par l'agir, [...] la dépression essentielle », mais également « les dysharmonies évolutives, les personnalités [...] schizoïdes » (48) et « les états prénévrotiques » (50). L'auteur convient des traits originaux de chaque description, mais rapportent leurs éléments communs : « les failles narcissiques, les échecs dans l'élaboration de la position dépressive et de l'absence, la quête d'étayage, le contournement des conflits d'identification les plus évolués » (48). S. Lebovici insiste sur la nécessité de ne pas définir ces pathologies par le négatif ni par l'absence : ni critères définis, « ni névrose, ni psychose » (52).

La principale définition des pathologies limites de l'enfance qu'en fait R. Misès prend appui sur une psychopathologie commune, que nous rapporterons ultérieurement.

I.4.3.2. Les troubles limites de l'enfant

L'approche de certains auteurs contemporains, notamment M. Corcos, « est résolument dynamique et économique, relativisant la notion de structure appliquée à la réalité psychique (que ce soit dans sa forme catégorielle : DSM IV TR ; CIM 10, ou psychanalytique : psychose, névrose, perversion) » (28). Emettant une réserve vis-à-vis de l'approche structurale durant l'enfance, les termes « organisation » ou « modes de fonctionnement », « ce qui suppose des mouvements de désorganisation et de réorganisation, et des modalités diverses de fonctionnement. Celles-ci peuvent se juxtaposer sans que la prédominance d'une

modalité soit encore assurée » prennent la place du terme pathologie limite de l'enfance et ses références structurales (28).

Dans cette continuité, plusieurs auteurs récents emploient le terme de « trouble limite » de l'enfant, s'appuyant sur les théories de l'état limite de l'adulte et les théories de R. Misès (28) (33). Le vocable « trouble » signifie selon l'Inserm un « ensemble de conditions morbides susceptibles de caractériser l'état de dysfonctionnement comportemental, relationnel et psychologique d'un individu en référence aux normes attendues pour son âge ». Il permet la prise en compte de la dynamique évolutive et développementale spécifique de l'enfant, de la psychopathologie limite et est un terme se situant dans l'actualité des classifications internationales, qui catégorise les entités en « troubles ».

Nous proposons de conserver pour notre travail le terme de trouble limite de l'enfant, afin d'intégrer les références psychopathologiques de l'état limite de l'adulte et de la dysharmonie de R. Misès avec l'actualité des perspectives développementales.

I.4.3.3. A travers les âges

La définition des pathologies limites de R. Misès concerne les enfants du « jeune âge » (48).

♣ Adolescence

Avant lui, les états limites sont décrits chez l'adulte et chez l'adolescent. Cela ne l'empêche pas de s'intéresser à la période particulière de l'adolescence comme un moment soit d'apparition de symptômes jusque là latents, soit de fixation durable d'une symptomatologie préexistante.

♣ Petite enfance

S'appuyant sur des principes structuraux psychodynamiques, la notion même de pathologie limite semble difficile à appliquer au bébé et au très jeune enfant (18). Cependant, ce concept est une aide à la compréhension de l'influence des interactions précoces et de l'accordage affectif entre l'enfant et ses parents sur la construction psycho affective et corporéopsychique de l'enfant (53). B. Golse préfère évoquer pour cette tranche d'âge « un structuralisme des processus plutôt qu'un structuralisme des états » pour marquer le mouvement de croissance, de maturation, de formation et de structuration de l'appareil

psychique à cet âge (18). B. Golse évoque alors des « précurseurs des dysharmonies évolutives et des états-limites ultérieurs », conception encore discutée.

Nous avons pu parcourir les définitions des troubles limites de l'enfant, par apport de différentes conceptions. Cependant jusque là, nous avons développé des idées essentiellement françaises. Nous proposons de considérer certains concepts internationaux, notamment anglo-saxons.

I.5. LE CONCEPT ANGLO-SAXON DE *MULTIPLE COMPLEX DEVELOPMENTAL DISORDER* (MCDD)

I.5.1. Entre le trouble envahissant du développement et le syndrome borderline de l'enfant

Dans une perspective développementale, l'équipe de D.J. Cohen propose de relier la clinique des Troubles Envahissants du Développement (TED) à celle observée dans le syndrome borderline de l'enfant.

I.5.1.1. La déconstruction du concept de psychose de l'enfant

Alors que le concept de psychose de l'enfant se construit et s'unifie dans les années 1940-1950, il subit un mouvement de déconstruction vers la fin des années 1970 (9) (11).

Dans le milieu psychiatrique américain à partir des années 1975, les références psychodynamiques sont en pleine décroissance, laissant place aux modèles éthologiques, neurologiques et développementaux (9) (11). La troisième révision du DSM, publiée en 1980, est une version novatrice qui centre ses descriptions cliniques sur des critères opérationnels et accueille pour la première fois un chapitre spécialement consacré aux troubles chez l'enfant et l'adolescent (7) (27) (54). Cette version se déclare athéorique, en faisant disparaître les entités psychoses et névroses, et remplace le terme maladie par celui de trouble (*disorder*) (55). Le grand groupe des psychoses infantiles, incluant les psychoses, l'autisme et leurs multiples diagnostics différentiels, devient le groupe des troubles globaux du développement (*Development*

Disabilities), alors divisé entre les schizophrénies de l'enfant, plutôt rares, et l'autisme. Dans un mouvement de rigueur sémiologique, les auteurs se préoccupent de délimiter plus franchement l'autisme, conception devenue trop étendue et perdant ainsi de sa spécificité (22). Les auteurs du DSM souhaitent avant tout un minimum de faux positifs, ce qui conduit à des catégories « inclassables » étendues. Le groupe TED non spécifiés (NS) apparaît au sein du DSM III R en 1987, dans la catégorie trouble du développement (56). Les *Development Disabilities* deviennent en 2000 dans le DSM IV TR les Troubles Envahissants du Développement (TED). En partie pour tenter de répondre à la problématique de la grande fréquence du diagnostic d'exclusion « troubles envahissants du développement non spécifiés », la cinquième version du DSM propose l'entité « troubles du spectre autistiques » (TSA ou *autism spectrum disorder*), qui supprime le groupe des TED.

Dans la société, le mouvement d'antipsychiatrie des années 1970 participe à « l'abolition du terme de psychose infantile » (11). Certaines équipes soignantes excluent les familles des prises en charges, les mettant en cause dans la pathologie de leur enfant. Dès les années 1960 aux Etats-Unis, des associations de parents se créent et s'élèvent contre ces positions, contre les théories psychogénétiques.

Ce mouvement d'éclatement des psychoses infantiles menant à la séparation entre autisme typique et schizophrénie de l'enfant est actuellement étendu au-delà des Etats-Unis, et notamment en France. C'est à partir de ce mouvement que naissent des entités à la limite de ces cadres ou dans l'entre-deux : d'abord les cas borderline puis les MCDD (9) (22).

I.5.1.2. Le syndrome borderline de l'enfant

Les premières conceptions anglo-saxonnes de « *borderline child* » (enfant borderline ou syndrome borderline chez l'enfant), non différenciée de celle chez l'adulte, puisent leur origine dans la littérature psychanalytique, avec des auteurs tels que P. Kernberg ou A. Freud, et dans le mouvement de construction des psychoses, et en partie des psychoses précoces, dans les années 1940-1950 (57). Précédemment, ces enfants étaient catégorisés au sein de différentes entités, notamment celles des *atypical children* (S. Sparrow en 1986), des troubles de la personnalité atypique (B. Rank en 1955) voire même au sein des schizophrénies infantiles (B. Fish en 1968).

L'usage de conceptions diverses, leur manque d'inclusion dans les nomenclatures, la référence à une population hétérogène et le manque de précision descriptive, conduisent aux premières études épidémiologiques anglo-saxonnes chez ces enfants entre 1970 et 1980 (57). L'apparition du DSM III et

l'adaptation à une population pédiatrique des critères du trouble borderline chez l'adulte par S.J. Brady en 1981 aident à définir ce trouble qui apparaît sous la dénomination « pathologie borderline » de l'enfant.

Plusieurs auteurs contribuent à élaborer ce concept. En 1971-1972, J.F. Masterson s'appuie sur les conceptions de l'état limite de l'adulte, sur les idées de M. Mahler et d'O. Kernberg pour présenter ce trouble de la personnalité (27) (33). En 1974, adoptant une vision psychanalytique et non influencée par les classifications internationales, F. Pine décrit des caractéristiques communes dans ce groupe hétérogène d'enfants borderline, pouvant être subdivisés en sept sous-groupes cliniques (57). En 1982 et 1989, P. Kernberg défend l'existence et une définition spécifique du « trouble de la personnalité borderline pré-pubertaire », chez l'enfant de moins de douze ans, qu'elle envisage surtout pour son originalité thérapeutique (18) (58). Elle suggère l'hypothèse étiologique d'un dysfonctionnement neurologique en l'absence d'un trouble neurologique observable, proche de la dépression et du « *Minimal Brain Dysfunction* », qui sera ultérieurement à l'origine du Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH).

Début des années 1980, une description critériologique du syndrome borderline chez l'enfant se construit à partir d'études spécifiquement infantiles, par les équipes de R. Vela (1983), de J.R. Bemporad (1982), de T. Petti et W. Law (1982) (57). En 1986, l'équipe de D. Greenman établit la « *Child Version of the Retrospective Diagnostic Interview for Borderlines* » (C-DIB), à partir de la version chez l'adulte publiée par J.G. Gunderson.

C'est ainsi qu'apparaît dans la littérature anglo-saxonne le « syndrome borderline » chez l'enfant en âge de latence, aux côtés des autres terminologies borderline, diagnostiques ou descriptives : « *borderline intellectual functioning* » (ou fonctionnement intellectuel borderline), « *borderline psychotic states* » (états psychotiques borderline) et « *borderline personality disorder* » chez les adultes et adolescents (troubles de la personnalité borderline) (57). Cependant, certains auteurs avancent le caractère flottant de ces concepts, le manque de validité scientifique et les doutes concernant leur continuité avec le trouble de la personnalité borderline chez l'adulte.

I.5.2. Vers la construction du concept de MCDD

I.5.2.1. Le *Multiplex Developmental Disorder* (MDD) ou Trouble Multiplex du Développement (TMD) et le MCDD ou Trouble Complexe et Multiple du Développement

♣ A partir de l'étude du syndrome borderline infantile et des TED

Les études longitudinales concernant les enfants présentant des difficultés affectant le développement social et émotionnel débutent au *Child Study Center* de Yale avant la seconde guerre mondiale puis s'intensifient et se systématisent dans les années 1950 avec les travaux de S. Provence, dans les années 1980 avec ceux de E.K. Dahl et de S. Sparrow (56). Dans la littérature anglo-saxonne, la terminologie préexistante pour décrire ces enfants est là encore variée, avec notamment le trouble borderline, le trouble schizotypique, le trouble schizoïde.

Dès la fin des années 1970, les chercheurs s'intéressent à la catégorie diagnostique du DSM intitulée « troubles envahissants du développement non spécifiés » ou « TED NS », qui regroupe des enfants présentant certaines caractéristiques des enfants autistes mais de façon non complète (20). Cette catégorie hétérogène est critiquée sur deux aspects. Premièrement, elle paraît mal délimitée, sans critère spécifique, « définie en négatif (ni ni), par défaut, en creux » (59) (56). Ces enfants sont parfois nommés « sujets qui ne réunissent pas les critères des autres sous-types de TED » ou « *non-autistic Pervasive Development Disorders* » (PDD, TED non autistiques) ou « *autistic-like PDDs* ». Deuxièmement, les TED NS représentent quantitativement la majorité des enfants au sein des TED. A partir de 1997, quelques auteurs signalent l'absence de consensus de cette catégorie, l'absence de description clinique précise, et donc le manque de fiabilité et de reproductibilité inter-juges.

En 1983, l'équipe de D.J. Cohen est la première à proposer de relier la clinique observée dans le syndrome borderline de l'enfant à celles des TED, se situant davantage du côté des TED atypiques (57). D.J. Cohen aborde le syndrome borderline chez l'enfant selon une approche développementale et souhaite s'écarter des critères du trouble de la personnalité borderline de l'adulte énoncés dans le DSM III, qu'il juge non applicables chez l'enfant. Il caractérise initialement cette clinique par des perturbations dans cinq domaines : processus cognitifs, relations sociales, régulation de l'anxiété, neuro-maturation, régulation de l'activité et de l'attention. Il poursuit l'étude réalisée au *Child Study Center* de Yale, portant sur le suivi jusqu'à l'âge adulte d'un groupe d'enfants présentant ce type de trouble. Offrant une continuité de suivi sur une quarantaine d'années, cette étude permet d'observer l'approche évolutive et développementale mais également l'identification de facteurs pronostiques. D.J. Cohen propose en 1986 une nouvelle

catégorie diagnostique, les *Multiplex Developmental Disorder* (MDD), caractérisée par « des troubles atypiques des interactions sociales, des dysfonctionnements sévères dans la régulation de l'anxiété, et des particularités dans le développement de la pensée et du langage » (20) mais également par un trouble de l'émergence du sentiment de soi et des capacités de verbalisations du vécu social et émotionnel (56) (59).

Cette catégorie est ensuite développée par K.E. Towbin en 1993-1997, A. Klin en 1995-1997, J. Buitelaar et R.J. Van der Gaag en 1998 (9) (60) (59). Elle doit permettre de préciser une symptomatologie infantile se situant dans l'intermédiaire entre le registre de l'autisme et celui de la schizophrénie précoce et de plus, de préciser les frontières avec « les troubles affectant le fonctionnement social [...], le trouble schizophréniforme ou schizo-affectif et enfin le syndrome d'hyperactivité avec déficit de l'attention » (20). L'idée de ces auteurs est de valider la spécificité de cette entité clinique.

En 1993, l'équipe de K.E. Towbin modifie les critères des MDD établis par l'équipe de D.J. Cohen pour construire le groupe des *Multiple Complex Developmental disorder* (MCDD) (61). Cette définition fait suite à une remise en question de la dénomination de syndrome borderline de l'enfant ainsi que de la notion même de trouble de la personnalité pour les enfants de cet âge.

Les deux équipes de recherche s'accordent finalement sur la constitution d'un trouble dénommé MCDD, décrit selon les critères de D.J. Cohen et inclus au sein d'une sous-rubrique des TED. Ces équipes travaillent dans le sens de l'obtention d'un consensus international et d'une intégration dans les classifications, nécessaires à la recherche. Une nouvelle dénomination semble essentielle pour marquer la différence avec le trouble de la personnalité borderline chez l'adulte, les études de suivi n'ayant pas validé la continuité de ces troubles chez l'adulte.

♣ Définition

La définition des MCDD « repose essentiellement sur une description syndromique et comportementale » selon une approche catégorielle et développementale et à partir d'une observation de profils évolutifs (20) (56) (60). Il s'agit d'une « perturbation de la régulation du fonctionnement émotionnel, cognitif et social », à l'origine de troubles persistants et fluctuants de l'expression des affects et de l'anxiété, des relations et des pensées (57). Ces troubles sont au-delà de ce qui est attendu chez des enfants au même niveau développemental et contrastent avec la stabilité des troubles retrouvée chez les enfants autistes. Des études menées par plusieurs équipes établissent la validité interne et externe de cette entité, ainsi qu'un profil psychosocial, neuropsychologique et neurophysiologique unique. Elle se distingue qualitativement

d'autres entités infantiles, telles que l'autisme, les troubles des conduites (TC), les troubles disruptifs, les troubles émotionnels ou dysthymies, les troubles du langage.

Certaines caractéristiques tiennent une place importante dans les MCDD, telles que la fluctuation dans les niveaux de fonctionnement ainsi que la place des facteurs environnementaux, démographiques et psychosociaux. L'approche développementale permet de capter l'essence même de ces troubles (56). Le long du spectre des troubles du développement, D.J. Cohen place ces enfants à mi-chemin entre les troubles spécifiques du développement affectant une seule ligne développementale, tels que les troubles du langage, de la lecture et de la coordination motrice, et les troubles qui virtuellement n'épargnent aucune ligne développementale, tel que l'autisme. Débutant dès les premières années de vie de l'enfant, les troubles affectent largement les lignes développementales de l'enfant, perturbant ainsi un large spectre des différentes fonctions de l'enfant. Cette particularité est à l'origine de la diversité des manifestations psychophysiologiques, faisant coexister une maturation anormale de certaines fonctions avec un développement normal d'autres fonctions, dans les domaines cognitifs et affectifs (62). De plus, quelque soit la nature précise des relations entre les trois composantes du fonctionnement troublé dans les MCDD - émotionnelles, cognitives et sociales - D.J. Cohen insiste sur le renforcement pathologique des unes sur les autres, dans la présentation clinique et dans le sentiment de soi de l'enfant (56). Le terme même de MCDD souligne les multiples interactions parmi les différentes lignes développementales. A travers cette description clinique, D.J. Cohen souhaite contribuer à la compréhension des continuités et discontinuités développementales en lien avec l'émergence, les changements et le maintien des processus psychologiques qui constituent le sentiment de soi, comme centre des sentiments, des désirs et des intentions (56).

En marge du point de vue développemental, les MCDD peuvent être expliqués par une double approche, en lien avec leur double origine (57). Ils empruntent le versant psychologique et social du trouble de la personnalité borderline, ainsi que le versant neurobiologique des TED, chaque auteur mettant en avant l'un ou l'autre des versants.

Dans les années 2000, des recherches sur la mouvance de la croissance psychique de l'enfant sont réalisées par l'école américaine de psychologie du Moi de Hartmann (9). Sur un versant psychophysiologique, ces recherches mettent en évidence les nécessaires et constantes interactions entre la croissance de l'équipement de base de l'enfant, appelé « processus de maturation », et l'apport environnemental, appelé « processus de développement ». Les modèles dits d'épigénèse probabiliste, notamment rapportés par D. Cohen, expliquent les influences bidirectionnelles de ces deux versants chez l'enfant et « l'idée que l'expérience vécue par l'enfant participe en tant que telle à son développement au plan physiologique » (9).

Là encore, les auteurs soulignent l'importance de la perspective diachronique chez l'enfant et les caractéristiques non tout à fait harmonieuses ou régulières du processus de développement de l'enfant.

L'expression clinique des MCDD se manifeste généralement aux alentours de trois-quatre ans, dans tous les cas avant six ans (20) (57). Cet âge d'apparition est plus tardif que dans les formes typiques d'autisme.

La définition des MCDD marque plusieurs points de rupture avec les définitions des pathologies décrites dans les précédents chapitres et avec les habituelles conceptions américaines (60). Vis-à-vis des conceptions américaines, « la notion d'évolutivité dans une catégorie diagnostique américaine est tout à fait nouvelle et nous semble fondamentale » rapporte S. Tordjman (20). Les dimensions évolutive et développementale rapportées dans les MCDD sont prouvées notamment grâce au suivi longitudinal de l'étude de Yale. L'évolution à long terme se caractérise par la diversité de ces formes. Vis-à-vis des conceptions françaises, la référence à la psychose est abandonnée, les chercheurs avançant sur ce point plusieurs raisons : l'évolution de ces enfants vers la psychose à l'âge l'adulte n'est pas systématique ; le terme de psychose est trop souvent associé à un caractère péjoratif ; et enfin la psychose fait preuve d'une imprécision et d'un manque de scientificité en référence aux concepts psychopathologiques sous-jacents.

1.5.2.2. Le *Multidimensionally Impaired Disorder* (MID)

Ce concept est introduit en 1994 par K. Mac Kenna. En 1998 l'équipe de S. Kumra du *National Institute of Mental Health* (NIMH) aux Etats-Unis entreprend une étude sur les schizophrénies précoces et notamment sur les formes atténuées (60). Ces formes sont spécifiées par l'intermittence, l'absence, le caractère peu envahissant des symptômes habituels des schizophrénies précoces ou par la présence d'autres symptômes associés. S. Kumra définit la catégorie MID à partir de ces formes atypiques, chez des enfants de plus de cinq ans ne réunissant pas les critères d'une schizophrénie précoce (57) (63). Malgré une certaine proximité clinique avec les TED, le MID est rapproché de la catégorie trouble psychotique non spécifié. Des études complémentaires seraient nécessaires afin de valider les critères de ce concept et proposer une comparaison avec ceux du MCDD.

MID et MCDD partagent une proximité clinique, mais le MCDD se situe davantage sur le versant trouble envahissant du développement alors que le MID davantage sur le versant psychotique.

Malgré un angle d'approche distinct, le parcours historique des conceptions anglo-saxonnes et des conceptions françaises présente selon nous des similitudes. Dans un souci de mieux définir certains groupes

nosographiques infantiles, tels la schizophrénie, l'autisme, le trouble borderline, certaines présentations cliniques sont laissées à la marge. Les auteurs que nous avons présentés s'emploient à définir ces entités à la limite, aux frontières, et tentent de les regrouper. De plus, nous avons pu relever certaines caractéristiques communes dans le développement de ces entités limites, qui nous semblent essentielles en psychiatrie infantile. Les potentialités évolutives diverses sont expliquées par une construction par lignes développementales s'influençant mutuellement de façon synchronique et diachronique, et organisant la personnalité de l'enfant. Nous constatons que des descriptions provenant de trajectoires théoriques et géographiques différentes pourraient se rejoindre et être maniées de façon complémentaire.

Afin de saisir les origines du concept de trouble limite de l'enfant, il nous a paru nécessaire de détailler un parcours historique complexe. Après être remontée jusqu'aux prémices de la pédopsychiatrie, nous avons perçu les apports des déficiences et des démences à l'origine des dysharmonies qui, combinées aux apports des états limites de l'adulte, aboutissent aux définitions des troubles limites de l'enfant. Les théories anglo-saxonnes enrichissent cette définition par la conception de MCDD, qui bénéficiera certainement de contributions ultérieures provenant de nouvelles recherches, notamment sur le plan international.

A l'image de ces enfants qui se construisent autour de lignes développementales diverses afin d'élaborer toutes les fonctions nécessaires à la vie humaine, le concept de trouble limite ne se construit pas d'emblée, mais par emprunt et par acquisitions successives de modalités conceptuelles différentes, au sein de différentes entités et de différentes populations d'âge.

Quand bien même le parcours historique nous a paru intéressant pour clarifier la terminologie et comprendre certains des enjeux actuels d'une clinique prépondérante en pratique courante, il nous faut poursuivre le fil de la construction de ce groupe. Nous proposons dans une deuxième partie de tenter de déterminer si ce trouble peut être rassemblé au sein d'un groupe clinique et psychopathologique, de tenter d'en définir les caractéristiques communes et les frontières avec d'autres entités chez l'enfant.

Nous centrons notre travail sur l'enfance et ne développons pas les spécificités du bébé ni de l'adolescent.

PARTIE II : LE TROUBLE LIMITE DE L'ENFANT : UN GROUPE CLINIQUE ?

II.1. PRESENTATION CLINIQUE

II.1.1. La diversité des motifs de consultation

Une majorité d'auteurs s'accordent sur « l'extrême diversité des motifs de consultation » chez l'enfant limite, leur caractère banal et peu spécifique (48) (33) (64). La demande de consultation pour l'enfant peut être à l'initiative des parents, mais l'est plus souvent sur adresse des divers partenaires, le médecin généraliste, le pédiatre, l'école, le partenaire social (65).

Ainsi, ces motifs peuvent concerner : des troubles des conduites ; des troubles des fonctions instinctuelles, à savoir des troubles de l'alimentation, des troubles du sommeil, des troubles du contrôle sphinctérien ; « des retards plus ou moins dysharmoniques portant de façon prévalente sur l'une ou l'autre des grandes fonctions » (48) : troubles du langage, troubles des apprentissages, manifestations organiques, troubles psychomoteurs, troubles des fonctions cognitives, retard scolaire ; des signes témoins de troubles émotionnels : repli, isolement, inhibition, immaturité affective ; une anxiété et ses diverses manifestations.

II.1.2. Les signes cliniques multiples et variables

II.1.2.1. La variabilité symptomatique

La variabilité symptomatique, élément essentiel des descriptions des troubles limites de l'enfant, se situe à plusieurs niveaux (48). Tout d'abord, les signes cliniques, leurs modes d'expression, leur présentation dominante, leur association varient d'un enfant à l'autre. De plus, la variabilité se retrouve avec la diversité des âges. Enfin, les symptômes varient chez un même enfant, au cours de son évolution, mais aussi en fonction des instants, des activités proposées, des circonstances, en fonction de l'environnement et ses réponses face à l'enfant. L'organisation psychique de la pathologie limite de l'enfant est marquée par la caractéristique dysharmonique, c'est-à-dire son aspect protéiforme, en mosaïque, en damier (16). L'expression clinique de cette hétérogénéité en est notamment la dysharmonie entre les capacités réelles du sujet et ce qu'il peut mobiliser (64). « L'enfant subit les conséquences de tels déphasages ou de leur structuration progressive mais en même temps il se dessaisit de moyens d'expression et de communication dont, virtuellement, il aurait la disposition. De fait, en fonction des circonstances, son niveau d'efficacité varie notablement selon qu'il assume ou non les activités et les relations qui lui sont proposées » (12). La présence de changements cliniques brutaux est donc un bon indicateur (6). Les potentialités adaptatives de l'enfant sont conservées mais en secteur ou de façon discontinue (62).

R. Misès décrit des formes paucisymptomatiques, chez des enfants présentant « une adaptation suffisante à son cadre familial et scolaire », formes qui nécessitent une attention particulière (33) (48) (65). Il souligne la part importante de la réponse familiale à l'origine de ces présentations particulières, réponses par des contre-investissements importants ou un déni de la souffrance de l'enfant. Il soulève la problématique de l'extériorisation tardive de ces formes latentes, amenant souvent à un retard à la consultation. Cette conception de R. Misès peut être rapprochée de celles de « faux *self* » ou de personnalité « *as if* ».

Il est nécessaire d'ajouter que l' « absence de manifestations qui marquent normalement les moments féconds de l'histoire du développement », par exemple une absence d'objet transitionnel, peut être un signe pathologique (23).

II.1.2.2. La constellation symptomatique

Aucun signe n'est pathognomonique, ce découpage est purement artificiel, pour reprendre J. Constant, il « permet de comprendre sans figer » (64). (6) (10) (12) (15) (16) (19) (20) (22) (23) (27) (41) (52) (56) (66) (67).

♣ Troubles des affects

Les affects de l'enfant limite sont dominés par l'anxiété, souvent intense, massive, profonde, plongeant parfois l'enfant dans une grande insécurité, mais variable dans le temps et en fonction de l'environnement. Cette anxiété se manifeste de diverses manières. Elle peut être à l'origine d'attaque de panique, de raptus anxieux. Elle peut être d'allure phobique, l'enfant mettant en place des stratégies d'évitement, des exigences contraphobiques pouvant aller jusqu'à des rituels. Outre les phobies en présence d'une chose ou d'une situation, et notamment les phobies scolaires, les préoccupations de types phobiques peuvent prendre la forme de nombreux questionnements divers. Certaines caractéristiques doivent attirer l'attention, telles leur étrangeté, la sévérité contraignante des mesures contraphobiques. L'anxiété peut également prendre l'aspect de tentatives obsessionnelles ou compulsives : tics, stéréotypies, ruminations mentales stériles, rituels. Là encore le caractère envahissant, contraignant est prégnant.

Ailleurs, les affects limites peuvent se situer du côté de la dépression, rarement évoquée comme telle. Elle est perçue par un abattement, une morosité, une asthénie, un sentiment d'insatisfaction voire d'inutilité ou de non-valeur, un sentiment d'ennui, un malaise corporel, une absence d'intérêt, une incapacité à prendre plaisir à la vie. Il est parfois retrouvé des tableaux moins sévères, du côté d'une dépressivité ou au contraire des tableaux plus graves, comme ce qui est parfois nommé le « syndrome de comportement vide » décrit par les auteurs psychosomatiques. Il associe un sentiment chronique de vide interne, des activités et des modes relationnels dévitalisés, pouvant aboutir à un ralentissement psychomoteur majeur. Des réactions agressives en lien avec un vécu de préjudice et d'injustice peuvent s'observer. Parfois, à l'inverse, il est peut être noté une dysphorie, une exubérance, une exaltation, une attitude de prestance, des affirmations mégalomaniaques. La labilité affective est courante.

Ces affects trouvent fréquemment leur voie d'expression dans les agirs, ou troubles du comportement ou troubles des conduites, qui constituent actuellement une forme dominante en clinique courante. Ils sont les témoins des troubles de la régulation émotionnelle. On peut retrouver une instabilité psychomotrice, une hyperkinésie, une agitation, une agressivité verbale et physique vis-à-vis d'autrui ou de l'enfant lui-même, une destruction, des mouvements d'opposition, de colère, de rage, une impulsivité, une

imprévisibilité, un trouble de la concentration ou de l'attention. La présentation en « cinq tout » de R. Roussillon (« tout, tout de suite, tout le temps, tout seul, tout ensemble ») peut se retrouver ici, sous forme d'une difficulté de tolérance à la frustration, d'un comportement d'omnipotence, sans gêne et sans culpabilité. A l'inverse, l'enfant peut se présenter par une inhibition, un retrait, un repli, un isolement. Ces deux types d'attitudes, d'excitation ou d'inhibition, tant sur le plan comportemental que psychique, contrastent avec des phases d'adaptation, d'intégration, de contrôle.

♣ Troubles instrumentaux et cognitifs

- Troubles du langage et de la communication

Sur le plan du langage, des retards globaux peu spécifiques peuvent s'observer chez les enfants limites. Un arrêt de développement ou une régression précoce du langage, ou encore des anomalies de langage sans retard à son apparition, peuvent être des indices plus typiques. En dépit de ces difficultés, le maintien d'un contact avec autrui est assuré.

Deux types de troubles du langage peuvent être distingués. D'une part, un trouble « dans » le langage désigne une difficulté proprement linguistique : trouble de la motricité bucco faciale, trouble de l'articulation, dysarthrie, non-acquisition ou insuffisance de vocabulaire, trouble syntaxique.

D'autre part, un trouble « par » ou « à travers » le langage signe un trouble de la « communication entre un sujet à construire et son environnement » (64), en tant qu'utilisation perturbée ou non-recours du langage dans l'établissement d'une relation. La communication n'est pas usitée pour assumer une « position de sujet dans une relation vivante » (66) et souple. Il peut s'agir de logorrhée, de persévérations verbales, d'écholalie, de monologue, de soliloque, de manque de prosodie, d'indistinction pronominale. Il peut s'agir de réduction ou d'électivité des échanges, de mutisme électif ou total, de langage incompréhensible. Par exemple, on peut constater une absence d'utilisation du langage lorsque l'enfant est amené à parler de soi (fonction émotive) ou d'autrui (fonction conative), une distorsion du langage qui devient particulier, comme codé, perdant sa fonction commune, privilégiant la relation duelle. Il peut s'agir de métalalie, les mots étant manipulés comme des objets, répétés de façon inadaptée, sans objectif communicatif. Il peut s'agir d'un décalage entre la parole et les actes, entre les voies d'expression orale et les voies d'expression purement motrices des émotions, de réponses à côté. Souvent, l'enfant ne prend pas de plaisir au langage, tant dans l'écoute de la parole que dans sa production, notamment quand il n'a pas d'autre support d'expression à sa disposition. Ainsi, il existe un trouble de l'émission, mais également un trouble de la réception de la communication, tant langagière que des affects.

- Troubles psychomoteurs

Il peut être remarqué un retard psychomoteur global ou de certaines fonctions. Des éléments dyspraxiques, dysgnosiques peuvent être retrouvés, ainsi que des troubles perceptivomoteurs ou graphomoteurs. Il peut s'agir de troubles de la construction du schéma corporel, de troubles de la latéralité, de troubles des repères temporo-spatiaux, de troubles de l'ajustement postural, de troubles du mimétisme affectif, de mimique ou de posture figées, d'attitudes précieuses ou sophistiquées, d'une alternance entre adresse et maladresse, de trouble de la coordination motrice. Le trouble de l'émergence de l'identité corporelle peut s'examiner lors des réactions face au miroir : l'enfant n'y pas indifférent, il manifeste parfois une panique anxieuse, parfois masquée par un évitement, ou parfois il recherche son image derrière l'objet miroir, souhaite la contrôler. Des stéréotypies, des tics moteurs peuvent être présents.

- Troubles cognitifs

Les résultats sont divergents selon les auteurs, mais tous s'accordent pour comprendre les troubles cognitifs comme non centraux dans la présentation clinique. Certains auteurs, tels J.L. Lang, envisagent des capacités intellectuelles diminuées, de façon hétérogène et variable dans le temps, inférieures aux capacités réelles du sujet. D'autres, tels que R. Misès, évoquent un retard plus ou moins marqué. Pour d'autres enfin, tels que D.J. Cohen, certains enfants présentent des capacités normales voire supérieures aux enfants de même âge développemental.

♣ Troubles relationnels

La présence du désir de communication et des aptitudes relationnelles doivent être modulés par leur fluctuation. L'impact relationnel chez les enfants limites est à prendre en considération, leur adaptation est correcte mais jamais tout à fait harmonieuse. La relation est fréquemment prise dans de nombreux conflits ou au contraire est d'une grande docilité, mais sans distinction avec les personnes et sans participation active. Le contact est parfois empreint d'étrangeté, de bizarrerie, d'inadaptation, d'immaturité, d'imprévisibilité. L'enfant est souvent en difficulté pour investir de nouvelles relations, il évite de s'engager ou même s'en détache. L'instabilité et l'intensité des modes relationnels sont caractéristiques, oscillant entre un attachement direct et massif puis une inhibition et un retrait. La soumission, l'opposition, la provocation, l'hostilité, la tyrannie, la possession, la superficialité, l'ambivalence, sont autant de caractéristiques des relations chez l'enfant limite. Et à la fois, il est intolérable pour l'enfant d'être seul, le

conférant à une grande dépendance, une quête permanente d'un autre parfois avec avidité. Son insécurité l'entraîne parfois à une incapacité à se séparer de l'autre, même si celui-ci est insatisfaisant. Enfin, toute demande d'aide s'accompagne d'un refus de cette aide.

♣ Troubles des fonctions somatiques

Les troubles des fonctions instinctuelles concernent divers troubles du sommeil, tels des difficultés avec les rythmes du sommeil, de type insomnie ou hypersomnie, des phénomènes oniriques ou des cauchemars éveillés, des somnambulismes, des terreurs nocturnes. Sur le plan de l'alimentation, l'enfant peut être jugé capricieux, il peut présenter une anorexie, des vomissements.

Des manifestations somatiques sont fréquemment retrouvées.

II.1.3. Profil d'attachement

La théorie de l'attachement, majoritairement développée par J. Bowlby, postule l'importance des liens affectifs pour la survie de l'individu et de l'espèce. Il décrit plusieurs types de liens affectifs gouvernés par des « systèmes de contrôle motivationnel programmés biologiquement », innés, soumis à des stimuli internes ou externes, interagissant les uns avec les autres et actifs toute la vie (68). A douze et dix-huit mois, les comportements d'attachement s'évaluent par la « Situation Etrange » ou « *Strange Situation Procedure* » de M. Ainsworth. L'« *Adult Attachment Interview* » de N. Guédény et S. Tereno est utilisée chez l'adulte.

Le défaut de sécurité intérieure, de fiabilité interne, caractéristique des troubles limites peut être relié à un lien d'attachement insécurité de type anxieux-ambivalent ou anxieux-résistant (groupe C) (39) (41). Les enfants éprouvent une forte angoisse lors de la séparation, combinent des attitudes de recherche de contact et de rejet avec colère. Ils utilisent des stratégies de maximisation qui hyperactivent le système d'attachement. Les comportements de vérification de la proximité de l'autre, de recherche d'attention, d'aide pour ne pas s'en servir, d'accroche à l'autre sont significatifs de ces enfants. D'autres travaux lient le type d'attachement désorganisé-désorienté (groupe D) et le trouble limite de l'enfant, spécifié par des comportements « bizarres, inhabituels, contradictoires ou conflictuels », sans solution efficace pour s'apaiser, associant recherche et évitement (28) (69) (34).

Le trouble de l'attachement de l'enfant peut être relié à un *caregiving* altéré, notamment caractérisé par un échec du *holding-solthing* précoce (28). Les figures d'attachement de ces enfants présentent régulièrement des comportements marqués par la contradiction, la menace, l'hostilité ou encore l'impuissance face aux situations de détresse des enfants (70). Des séparations ou des pertes précoces, synonymes de rupture avec la figure d'attachement, sont fréquemment retrouvées dans le parcours des enfants présentant un trouble limite (69). Des auteurs énoncent la fréquence de la négligence. M.C. Zanarini évoque la négligence émotionnelle parentale, en raison d'un déni parental des affects et pensées de leur enfant ou d'une absence de relation chaleureuse, associées à des attitudes surprotectrices, surcontrôlées, autoritaires, dénuées d'affection. Ces comportements témoignent de la fréquence d'un style parental d'attachement ou état d'esprit préoccupé, pouvant alterner régulièrement entre la bienveillance et la punition.

L'implication des systèmes d'attachement est actuellement étudiée dans ses relations avec la psychopathologie de l'enfant, et plus précisément dans la régulation des émotions de l'enfant (71). Il serait intéressant d'explorer avec plus de précisions l'impact de l'attachement insécuré dans la constitution du défaut de régulation de l'état affectif des troubles limites de l'enfant.

II.1.4. Approche psychologique

II.1.4.1. Tests psychométriques

La passation des épreuves, tant cognitives qu'affectives, ne s'affranchit pas du moment singulier de l'histoire de l'enfant ni de l'interaction avec l'examineur et reste engagée dans la dynamique du mouvement évolutif de l'enfant (67).

Les tests psychométriques, notamment le WISC ou le *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence* (WPPSI), indiquent une importante hétérogénéité des résultats entre les enfants, et pour un même enfant entre les tests et les subtests, rendant compte de la dimension dysharmonique (19) (28) (67). Le niveau d'efficacité globale n'a donc que peu de valeur propre et l'examineur doit prêter une attention particulière à l'analyse qualitative. En effet, les résultats sont à prendre en compte en fonction des troubles de la concentration, des troubles de l'attention, des troubles du langage et des adaptations psychiques (rapport à la réalité, capacité à fonctionner seul ou nécessité d'étayage ...).

Les épreuves de performance mettent en lumière les capacités de perception et les capacités de fonctionnement sans appui d'un autre, nécessitant de s'appuyer sur des représentations d'objets suffisamment solides (28). L'enfant limite est particulièrement en difficulté dans ce domaine.

Chez les enfants MCDD, plusieurs études montrent une infériorité des scores aux différents tests par rapport à une population normale d'enfants, notamment dans le versant verbal des tests. Ils manifestent plus de difficultés à compléter les tâches, font plus d'erreurs, ne réussissent pas à apprendre de leurs erreurs, sont incapables d'avoir une vision globale des tests, ce que les auteurs relient à des difficultés de planification, de contrôle exécutif, de vitesse de réactivité et à un manque de flexibilité (57). Ces perturbations des fonctions exécutives des MCDD peuvent compromettre leurs capacités d'adaptation à l'anxiété, par leur impact sur les troubles du langage, rendant difficiles l'expression des conflits. L'altération des fonctions exécutives peut être à l'origine des difficultés dans les stratégies de planification et des troubles du comportement.

II.1.4.2. Psychologie clinique

♣ Transfert et contre-transfert

O. Kernberg insiste particulièrement sur la nature du contre-transfert des états limites chez l'adulte, spécifiée par des réactions des plus intenses (58). C'est justement dans la qualité du contre-transfert que B. Falissard situe la différence entre états limites de l'adulte et de l'enfant. Les enfants ne sont pas à l'origine d'une telle caractéristique du contre-transfert, « vraisemblablement du fait de la non-survenue des réaménagements œdipiens de l'adolescence ».

♣ Tests projectifs

Le bilan de personnalité par les méthodes projectives est un moyen d'appréhender l'organisation psychique sous-jacente de l'enfant, par une mobilisation conjointe de « la perception (qualité du rapport au réel) et [de] l'imagination de l'enfant (intégration d'une réalité psychique propre et distincte dans le système de pensée) » (27) (19). Ces épreuves sont utiles pour démasquer les productions fantasmatisques. Elles servent de support et de soutien à la représentation « par la liaison qu'elles favorisent entre la figuration et le traitement des modes d'excitation », elles sont donc riches d'apports sur les capacités de symbolisation du sujet (28). Ces éléments nous semblent donc particulièrement intéressants chez le trouble limite de l'enfant, chez qui les capacités de représentation sont justement mises en défaut.

♣ Expression fantasmatique

Le trouble limite est spécifié par un écart entre une adaptation de surface à la réalité marquée par une relativement bonne adaptation sociale et une anormalité de la production fantasmatique, signant un va et vient entre réalité et archaïque.

L'expression fantasmatique des enfants présentant un trouble limite est caractéristique et prégnante sur leur appréhension du réel (72). Elle prend généralement une tonalité intense, débordante, crue, directe, violente, témoin de leurs angoisses et de leur activité pulsionnelle la plupart du temps non intégrées. Le contenu de leur monde interne est empli de thématiques agressives, destructrices, terrifiantes, incompréhensibles, mortifères, sexuelles, crues, de dévoration, de persécution (56). La frontière entre imaginaire, désir, pensée, fantasme est parfois floue, pouvant amener à des préoccupations étranges ou à des accès de dépersonnalisation (11) (65) (67). Ces productions peu élaborées peuvent faire brusquement irruption, se déverser dans la réalité (64). Cependant, le contact avec la réalité est globalement maintenu. Les enfants manifestent une importante sensibilité à l'autre, qui reste un objet potentiellement source d'excitation et présentant un risque liée à la possible dépendance.

L'activité perceptive prime sur l'activité de symbolisation, à l'origine de représentations floues, peu limitées et peu liées aux affects (28). Les décharges d'affect sont fréquentes, sans passer par le langage. Les affects dépressifs sont souvent déniés et donc repérables par les témoins de la lutte anti-dépressive, notamment les défenses maniaques et l'agitation psychomotrice. Le fonctionnement généralement repéré est labile, désorganisé, haché. Le psychisme de ces enfants « prend une allure débordée et débordante » (28) : débordée par l'effraction provoquée par une source excitante, rendant floues les limites entre intérieur et extérieur, et débordante par les décharges pulsionnelles interrompant la pensée.

La clinique symptomatique de l'enfant trouble limite ainsi présentée, en raison de son polymorphisme, de la présence de tableaux parfois incomplets ou prenant un masque trompeur, nous paraît extrêmement large et peu spécifique. Malgré tout, la variabilité des signes, les modalités relationnelles, la dysharmonie entre les productions fantasmatiques et l'adaptation au réel de ces enfants nous éclairent. Pour poursuivre l'analyse du groupe trouble limite de l'enfant, nous proposons de l'examiner sous l'angle nosographique, afin de tenter de délimiter les frontières de ce groupe et les rapports avec d'autres groupes cliniques pédopsychiatriques.

II.2. DISCUSSION DE LA PARENTE AVEC LES AUTRES ENTITES ET DE LA PLACE AU SEIN DES CLASSIFICATIONS

La question de la nosographie en psychiatrie est complexe. Selon N. Georgieff, « la démarche classificatrice nosographique ne voit que les ressemblances et crée des catégories, la démarche clinique ne s'intéresse qu'aux différences et individualités, pour elle, chaque cas est littéralement unique et son histoire jamais finie d'être écrite » (73).

Trois principales classifications, toutes multiaxiales, sont utilisées en France en pédopsychiatrie (9). Les classifications internationales, le DSM et la CIM, ont un objectif de consensus international et sont construites à partir de « données statistiques sur des grandes cohortes de malades » à visée de recherche, de statistique et d'épidémiologie (9) (28) (54). Elles « visent à délimiter des entités définies par un ensemble de critères essentiellement comportementaux, strictement exclusives les unes de autres, stables au cours du temps » (20). La Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA) quant à elle, « a plutôt pour perspective d'identifier des modes d'organisation » (20) (54). De par cette différence de conceptualisation, il n'est pas toujours aisé de les mettre en lien.

La question de la place du trouble limite de l'enfant au sein des classifications et de ses rapports avec les autres entités nous paraît être une question complexe. Il nous a été difficile tout au long de ce travail d'en comprendre les liens. Il nous est apparu que les caractéristiques de la dysharmonie évolutive pouvaient permettre de relier le trouble limite et le MCDD. Au sein des classifications, le MCDD pourrait se situer entre le trouble du spectre autistique et la schizophrénie de l'enfant. Le trouble limite de l'enfant pourrait présenter une proximité clinique essentiellement avec le trouble des conduites. Le trouble limite et le MCDD peuvent également être discutés dans leurs liens avec le trouble de la personnalité borderline.

II.2.1. Les liens entre dysharmonie, trouble limite et MCDD

II.2.1.1. Place du trouble limite au sein de la CFTMEA

♣ Présentation générale de la CFTMEA

Contrairement aux deux classifications internationales, la cinquième révision de la CFTMEA publiée en 2012 est spécifique de l'enfant et de l'adolescent et se présente plutôt sous forme de « glossaire diagnostique » avec des critères d'inclusion et d'exclusion peu détaillés (9) (11) (28) (54) (55) (74) (75). L'accent est porté

sur la notion d'évolutivité et de dynamique propre à l'enfance ainsi que sur les liens avec l'environnement. Elle propose une catégorisation avec une mise en adéquation avec le chapitre V ou F de la CIM 10. Les catégories 0 à 4 constituent les axes diagnostiques principaux et regroupent un éventail de signes cliniques ayant pour point central une hypothèse psychopathologique, ce qui définit alors un fonctionnement ou une structure, contrairement aux catégories 5 à 9, utilisées par défaut (27) (33). Ce point lui vaut certaines critiques de la communauté scientifique psychiatrique.

♣ Discussion au sein de la CFTMEA

La CFTMEA est la seule classification qui intègre les pathologies limites de l'enfance, dans sa définition psychopathologique et évolutive (28). La catégorie 3 de l'axe I de la CFTMEA est intitulée « pathologies limites » et sa définition s'appuie sur des critères psychopathologiques communs (74). Ce grand ensemble se divise en plusieurs catégories syndromiques :

- « dysharmonies évolutives » classées dans la CIM dans « personnalité émotionnellement labile »
- « pathologies limites avec prédominance des troubles de la personnalité », proches des organisations limites et incluant les troubles de type narcissique, anaclitique, schizoïde, pseudo-névrotique, abandonnique, les personnalités à faux *self* ; elle correspond à la catégorie « autres troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels » de la CIM
- « pathologie limite avec prédominance schizotypique », correspondant à la catégorie « trouble schizotypique » de la CIM
- « pathologie limite avec prédominance comportementale », correspondant à la catégorie « troubles des conduites, sans précision » de la CIM

Il est à noter que la catégorie 7 intitulée « troubles des conduites et du comportement » contient entre autre les catégories « troubles hyperkinétiques », « troubles de l'angoisse de séparation », « autres troubles caractérisés des conduites » (74).

Dans la dernière version de la CFTMEA, le terme de psychose est écarté des entités TED, en raison de la « connotation stigmatisante », même si la référence structurale persiste (76) (74) (75). Cependant, « en raison de leur fréquence, de leur originalité et de leur ancrage dans la clinique pédopsychiatrique en France », la catégorie « dysharmonie évolutive de type psychotique » (I. 04) est maintenue, sous cette terminologie ou celle de « dysharmonie complexe du développement » (20).

II.2.1.2. Les critères des MCDD

Le MCDD est caractérisé par des critères diagnostiques retrouvés dans trois domaines [Annexe 1] : le fonctionnement émotionnel, cognitif et social (60) (20) (57). Cette définition exclut un diagnostic d'autisme ou de schizophrénie, inclut une durée d'évolution d'au moins six mois, lors des premières années de vie. Ces perturbations sont au-delà de ce qui est attendu chez un enfant de même niveau développemental.

Cette définition clinique s'appuie sur des études longitudinales, qui apportent le caractère évolutif, fluctuant et imprévisible de l'expression clinique, à court et à long terme (56) (57).

II.2.1.3. Parenté entre MCDD et dysharmonie évolutive psychotique

Pour certains auteurs, le MCDD présente une proximité avec les entités cliniques de dysharmonie évolutive de type psychotique (18) (22) (33) (59) (60) (72).

« En dépit des écarts conceptuels » (74), la CFTMEA convient de la proximité clinique entre les dysharmonies psychotiques et les MCDD, qu'elle traduit par « dysharmonies multiples et complexes du développement » et qu'elle place donc dans une même catégorie. Cette catégorie intitulée « dysharmonies multiples et complexes du développement - dysharmonies psychotiques » est rangée dans le grand ensemble « autisme et TED », lui-même dans la catégorie 1 (TED, schizophrénies, troubles psychotiques de l'enfance et de l'adolescence) de l'axe I de la CFTMEA, et trouve sa correspondance dans la CIM dans la catégorie TED NS. Ce diagnostic exclut une pathologie de la personnalité (catégorie 3 de la CFTMEA).

S. Tordjman démontre, par une analyse comparée détaillée entre MCDD et dysharmonie psychotique, qu'outre le même âge d'apparition (à partir de trois-quatre ans) et la dimension évolutive au cours de l'enfance, ces deux entités partagent une symptomatologie similaire, centrée sur un « trouble de la régulation » dans les trois dimensions de la définition du MCDD (20).

S. Tordjman pointe cependant des divergences entre ces deux entités. Au sein de la dysharmonie psychotique, la variabilité symptomatique est présente entre les enfants comme pour le MCDD, mais également pour un même enfant, contrairement au MCDD. La notion de psychose est présente pour la définition de la dysharmonie psychotique, notamment sous l'angle des angoisses, des conflits fantasmatiques, des mécanismes de défense, des modes relationnels et d'identifications de type psychotique, alors que le MCDD se situe davantage parmi les troubles du développement, en tant que « processus d'altération de l'organisation des structures mentales et de la formation des fonctions

supérieures » (20). L'approche est psychopathologique pour l'entité de dysharmonie psychotique, tandis qu'elle est syndromique et comportementale pour le MCDD.

S. Tordjman envisage ces deux approches, américaine et française, comme complémentaires et non opposées. Un même tableau clinique est approché par deux méthodes différentes, l'une diagnostique et descriptive, l'autre psychopathologique et psychodynamique. Elle propose le concept de « dysharmonies psychotiques/MDD » (*psychotic, disharmonious developmental disorder* ou DDD), afin « de discuter et d'affiner la description d'un tableau clinique commun, sans que pour autant chacun ne perde sa spécificité », catégorie dont la validité et la fidélité interjuge restent encore à établir.

II.2.1.4. Discussion d'une parenté entre trouble limite et MCDD

Nous l'avons vu, la dysharmonie évolutive psychotique possède sa propre place dans la catégorie 1 de la CFTMEA. Elle est définie par un processus dysharmonique associé à un noyau psychotique, possédant donc des traits cliniques et psychopathologiques de la série psychotique. Dans la catégorie 2 « troubles névrotiques », il existe une sous-catégorie nommée « troubles névrotiques avec perturbations prédominantes des fonctions instrumentales », qui permet d'inclure les dysharmonies de type névrotique (74).

La sous-catégorie « dysharmonie évolutive » de la catégorie 3, dont la correspondance avec la CIM est la catégorie « personnalité émotionnellement labile », prête alors à confusion (6). En effet, nous pouvons d'abord penser qu'il s'agit de regrouper sous ce terme toutes les entités cliniques dysharmoniques dans les pathologies limites de l'enfance, la dysharmonie évolutive pouvant s'associer d'emblée ou plus tardivement à toute la diversité des structures psychopathologiques. En 1990, R. Misès définit en partie les pathologies limites comme étant un groupe plus large incluant les entités cliniques dysharmoniques. Cependant, dans les catégories 1 et 2, il existe des sous-catégories dysharmonie psychotique et dysharmonie névrotique, entités cliniques en rapport avec la structure prédominante sous-jacente. La catégorie dysharmonie évolutive placée au sein de la catégorie 3 peut alors permettre d'envisager une dysharmonie de type pathologie limite, nommée de façon confuse dysharmonie évolutive. Toujours en 1990, R. Misès rapporte que ce type de dysharmonie occupe « une place centrale sur le « troisième axe » », axe entre névrose et psychose (48).

Certains auteurs notent une distinction entre les pathologies limites en tant que pathologie de l'archaïque et les dysharmonies psychotiques comme variété de pathologie psychotique (50). Cet écart entre archaïque et psychotique est notamment théorisé par A. Green en 1986 et par P. Jeammet en 1989. L'archaïque

centre ses problématiques sur celles de la dépendance, de l'autonomie, mais également l'individuation, l'intériorisation, la représentation, les liaisons intra-psychiques. Les angoisses de la dysharmonie psychotique sont de deux types, à la fois morcellante, de néantisation, mais également de dépression, de séparation, de perte (66). Dans les pathologies limites, seules ces trois dernières sont présentes (33). Les mécanismes de défense archaïques et psychotiques sont très proches (déli, clivage, projection, idéalisation, identification projective), la dissociation de la pensée étant spécifique à la psychose et la réparation maniaque des affects spécifique à l'archaïque (39). En 2000, dans un article concernant les dysharmonies de type psychotique, R. Misès fait mention du diagnostic différentiel avec les pathologies limites, sur des critères psychopathologiques. Au cours d'une présentation clinique qui s'inspire de la CFTMEA, R. Roussillon évoque une difficulté à différencier la dysharmonie psychotique, « de la psychose symbiotique, de l'état limite ou borderline, ou de la dysharmonie évolutive (qui est aussi une forme d'état limite) » (39).

Pour autant, cette distinction n'est pas spécifiée par tous les auteurs, qui, pour la plupart incluent les dysharmonies de type psychotiques au sein des troubles limites de l'enfant. Ceci pourrait nous permettre de rapprocher l'entité trouble limite avec celle des MCDD mais cette question reste ouverte. Nous pouvons noter les apports de la classification *Zero to Three*, utilisée chez le bébé et le très jeune enfant (18). Au sein de l'axe I, celui du diagnostic principal, figure une catégorie intitulée « troubles touchant de multiples systèmes de développement (*MultiSystems Developmental Disorders* ou MSDD). Selon B. Golse, « c'est sans doute [cette] rubrique [...] qui représente le meilleur candidat au titre de précurseur des dysharmonies évolutives et des états-limites ultérieurs, mais ceci prête encore à discussion » (18).

II.2.2. La place du trouble limite dans le DSM et la CIM

Nous débutons cette discussion par les propos de D. Marcelli datant de 2009 : « Aujourd'hui ces enfants n'ont pas de tableaux bien individualisés dans la nosographie internationale » (9).

II.2.2.1. DSM

Le DSM, actuellement dans sa cinquième version publiée en juin 2013 mais non encore traduite en français, se dit descriptif et athéorique (77) (78). Il regroupe la symptomatologie en troubles, selon une approche catégorielle, même si la cinquième version tend vers une approche dimensionnelle (9) (28). Le DSM ne fait

pas référence à la psychopathologie et fait disparaître les notions de psychose et de névrose depuis la quatrième version de 1994 (18).

Ni le trouble limite de l'enfant, ni les dysharmonies, ni l'entité MCDD ne figurent dans le DSM.

II.2.2.2. CIM

La CIM, sous sa dixième version, se décline en trois axes, également dans une approche catégorielle (79). Ses catégories diagnostiques sont plus diversifiées que dans le DSM, même si elles se recourent largement, et sont souvent considérées comme plus proches d'une démarche diagnostique de pratique quotidienne (9) (28).

La CIM n'inclut pas non plus le trouble limite de l'enfant, ni la dysharmonie, ni le MCDD (18).

II.2.2.3. Discussion au sein de la CIM 10 et du DSM IV et V

♣ Concernant l'entité MCDD

Pour une majorité d'auteurs, l'existence de ce trouble n'est plus à débattre, mais sa place dans la nosographie reste en cours de discussion (57).

- L'inclusion des MCDD au sein des TED, et notamment au sein de la catégorie « TED NS » (*PDD NOS*) du DSM IV TR ou « autisme atypique », « autres TED » et « TED sans précision » de la CIM 10, est l'objet de débats dans la communauté scientifique (20) (57) (59). Des auteurs, tels que D.J. Cohen, l'approuvent lorsque le trouble envahissant du développement est compris en tant que « spectre » (DSM V) (56). D'autres, tels que K.E. Towbin, la réfutent par la notion de fluctuation clinique des MCDD contrastant avec la stabilité des autistes ; par l'âge de début, le MCDD ayant un âge de début retardé et donc un « développement initial préservé des compétences de socialisation et de communication » (20), contrairement à l'autisme ; par des distinctions cliniques, tant quantitatives (moindre intensité des symptômes) que qualitatives (absence de la triade complète, relations troublées), les symptômes des MCDD étant limités à certains domaines ou certaines phases évolutives, empêchant d'envisager les MCDD sur le continuum des TED.

Le DSM V inclut davantage une approche développementale, qui pourrait être bénéfique pour l'approche des MCDD (78). La catégorie « trouble du spectre autistique », classée dans un plus grand groupe intitulé

« troubles neurodéveloppementaux », regroupe toutes les entités classées antérieurement au sein de la catégorie TED. En effet, sa définition repose sur la notion d'un unique continuum dans deux domaines (trouble de la communication et des interactions sociales ; comportements, intérêts et activités restreints et répétitifs). Outre ces deux dimensions, il est possible d'ajouter des précisions, notamment en termes de sévérité ou d'autres particularités cliniques associées (retard intellectuel, trouble du langage, maladie génétique ...). De plus, la catégorie *Not Otherwise Specified* (NOS) est remplacée par deux catégories : *other specified* (spécifié autrement), qui permet de mentionner pour quelles raisons les critères de l'entité concernée ne peuvent pas être remplies, et *unspecified* (non spécifié), lorsqu'il n'est pas possible de spécifier cette raison. Ce continuum est prouvé par la littérature pour un certain nombre d'entités au sein des TED, mais pas pour les TED NS. La spécificité des différentes sous-catégories TED est ainsi écartée, ne reconnaissant pas la notion de MCDD qui tente justement de se démarquer des TED (59).

- Les auteurs ayant proposé l'entité MID la placent au sein de la catégorie des schizophrénies de l'enfant, catégorie qui pourrait accueillir certaines des manifestations des MCDD (56) (57). La schizophrénie à début très précoce (*Very Early Onset Schizophrenia* : VEOS) concerne les enfants de moins de treize ans, celle à début précoce (*Early Onset Schizophrenia*) concerne les enfants de moins de dix-huit ans (60) (80). Il n'existe pas de spécificité pour ces entités infantiles dans le DSM, les critères de l'adulte sont applicables chez l'enfant. Ces formes très précoces sont très rares, d'évolution chronique, de pronostic sévère et ne débutent le plus souvent pas avant six ans, ce qui les oppose aux MCDD (72). Cependant, certaines manifestations et leur caractère épisodique ou intermittent se rapprochent des MCDD.

Des travaux de recherche actuels, à prédominance neurodéveloppementale, évoquent l'idée d'un continuum étiopathogénique entre l'autisme et la schizophrénie à début très précoce (60) (80). Les études rétrospectives apportent des preuves en ce sens, alors que les études prospectives sont plus réservées. Le MCDD pourrait être envisagé par certains comme occupant une place centrale entre les spectres autistique et schizophrénique, comme une « passerelle » entre les deux, s'appuyant sur des arguments cliniques, chronologiques et expérimentaux (neurobiologique, génétique) (60) .

♣ Concernant le trouble limite de l'enfant

Une parenté clinique est retrouvée entre le trouble limite et les troubles disruptifs, syndromes centrés sur des troubles du comportement et fréquemment associés entre eux (81).

- Le trouble des conduites (TC) provient de la description des troubles du comportement chez l'enfant, à la rencontre « entre inné et acquis, entre soin et punition, entre psychiatrie et justice... » (82).

Quand bien même le TC est fréquemment considéré comme un diagnostic d'élimination, il est « le diagnostic psychiatrique le plus fréquent en population générale chez l'enfant et l'adolescent » (81). Il prend en compte des « signes comportementaux peu spécifiques et [...] peu informatifs sur le plan étiopathogénique et psychopathologique » dont le critère commun est la transgression répétée des règles sociales ou comportement antisocial (81). Lorsque les symptômes comportementaux dominent le tableau clinique du trouble limite, le diagnostic reçu par l'enfant peut être celui d'un TC (9). Le TC est l'objet d'une polémique entre acteurs sociaux et acteurs de soin chez l'enfant, à partir d'un rapport publié par l'Inserm en 2005 (73) (83).

Dans le DSM IV, le TC prend place dans la catégorie « déficit de l'attention et comportement perturbateur », lui-même intégré aux « troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance et l'adolescence » (77). Dans le DSM V, la catégorie « *conduct disorder* » est incluse dans la catégorie « *disruptive, impulse-control and conduct disorder* », elle-même intégrée au groupe « *attention deficit / hyperactivity disorder and disruptive behavior disorders* » (78). Dans la CIM 10, le TC, inséré dans le groupe « troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence », se distingue en un type d'expression restreinte à la famille (« type socialisé ») et un type d'expression ouverte à la scène sociale (« type mal socialisé »).

Le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) est fréquemment rapproché du TC. Alors qu'il constitue une catégorie à part entière aux côtés du TC et du TDAH dans le DSM V, il est un sous-type du TC dans la CIM 10. Le TOP, entité parfois rapprochée des organisations prénévrotiques, présente pour certains les atteintes de la construction de leur personnalité qui ne semblent pas aussi sévères que dans les troubles limites de l'enfant (47).

- Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) regroupe de façon spécifique sur le plan descriptif une symptomatologie dans les trois domaines que sont les troubles de l'attention, l'hyperactivité et l'impulsivité (9). Dans une étude de M. Emmanuelli et C. Azoulay réalisée en 2012 afin de permettre une compréhension pluridisciplinaire d'enfants diagnostiqués TDAH, il est retrouvé que la moitié de l'échantillon correspond à une organisation limite de l'enfance (28).

Le TDAH apparaît dans le DSM V dans la catégorie « *attention deficit / hyperactivity disorder* » est intégrée au groupe « *attention deficit / hyperactivity disorder and disruptive behavior disorders* » (78). Dans la CIM 10, cette entité prend le nom de « troubles hyperkinétiques » au sein du groupe « troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence » (79).

♣ Trouble limite et MCDD et leurs rapports vis à vis du trouble de la personnalité borderline

La notion même de trouble de la personnalité chez l'enfant est une notion complexe. L'appartenance des MCDD au sein des troubles de la personnalité, notamment borderline, reste soumise à controverse. La parenté avec les TED, les problèmes de validité scientifique de l'entité syndrome borderline chez l'enfant, l'absence de preuve d'une continuité avec les troubles de la personnalité borderline de l'adulte, donc la difficulté d'utiliser les critères DSM du trouble de la personnalité adulte chez l'enfant et la difficulté de proposer la même terminologie chez l'enfant et l'adulte sont autant d'arguments en défaveur de cette inclusion (57). Pour certains auteurs, le trouble limite de l'enfant n'entre pas dans le champ des troubles de la personnalité, « les enfants étant ici encore davantage victimes d'une souffrance chaotique qui leur échappe » (34). Cependant, différentes études soutiennent la validité du trouble de la personnalité borderline chez l'adolescent, appuyées par la validation de l'échelle diagnostique DIB dans cette tranche d'âge (35).

Depuis le DSM IV en 1994, les troubles de la personnalité « peuvent s'appliquer aux enfants et adolescents dans les cas relativement rares où les traits de personnalité inadaptés du sujet semblent envahissants, durables [depuis une année au minimum] et dépassent le cadre d'un stade particulier de développement ou d'un épisode d'un trouble de l'Axe I » (35) (77). Le trouble de la personnalité antisociale est l'exception, puisque son diagnostic n'est autorisé qu'à partir de 18 ans. De plus, les traits de personnalité pathologique apparaissant dans l'enfance ne se poursuivent pas de manière inchangée jusqu'à l'âge adulte. Les caractéristiques de stabilité et de rigidité des troubles de la personnalité chez l'adulte semblent cependant en opposition avec les caractéristiques évolutives de l'enfant, et particulièrement de l'entité fluctuante MCDD. Ce diagnostic est cependant validé chez l'adolescent, rejoignant les critères adultes.

Dans le DSM V, les définitions des troubles de la personnalité et les spécificités concernant les âges sont inchangées (78). Une section supplémentaire fait néanmoins mention d'une approche dimensionnelle des troubles de la personnalité, mais elle reste encore soumise à une validation scientifique.

« Pourtant [souligne D. Marcelli], un consensus existe [...] sur l'individuation d'un tableau clinique chez l'enfant caractérisé par des difficultés développementales variées se distinguant des troubles envahissants du développement, des retards mentaux et des troubles spécifiques des apprentissages. Deux propositions terminologiques persistent dans la littérature : le trouble multiplex du développement et la dysharmonie de développement » (9). Malgré cet apparent consensus, nous avons été en difficulté au cours de ce travail pour la compréhension des liens et des distinctions entre les entités nosographiques. Ce concept même de trouble limite ne se situe-t-il pas justement à la limite des modèles théoriques (33) (38) ?

II.2.3. Les limites des modèles théoriques

La question des troubles limites de l'enfant est une question « particulièrement dérangeante » et conflictuelle au cours du temps (58). Les difficultés de regroupement de l'entité des troubles limites, de délimitation avec les entités proches persistent. Ses possibilités de glissement vers d'autres entités et de solution d'attente sont à la fois une force et une limite de ce concept. Certains y voient l'opportunité d'une ouverture aux potentialités évolutives de l'enfant, pouvant permettre au clinicien, mais également au patient et à la famille, de s'éloigner de l'aspect péjoratif d'un pronostic, sans pour autant éluder totalement cette question (15) (9). D'autres y voient le danger d'un vaste champ « fourre-tout », à l'origine d'un excès de leur utilisation en clinique, d'un manque de projet thérapeutique précis associé (16) (9).

Notre difficulté concernant la nosographie de ce trouble est peut être lié aux limites des théories.

Sur le plan des théories psychodynamiques, les confusions se situent à plusieurs niveaux. Le concept de dysharmonie évolutive est régulièrement confondu entre sa dimension de concept psychopathologique à l'origine d'un fonctionnement psychique particulier, sa dimension de présentation clinique et sa dimension de catégorie clinique spécifique, elle-même divisée en plusieurs sous-catégories. Sur le plan du concept, le trouble limite de l'enfant s'appuie sur des éléments de la dysharmonie. Sur le plan clinique, le concept de trouble limite de l'enfant est parfois entendu comme un groupe élargi comprenant les diverses dénominations, et notamment les diverses entités de dysharmonies, parfois entendu comme une entité dysharmonique de type état limite. Les apports historiques d'entités cliniques tant infantiles qu'adultes apportent certainement une part à cette confusion.

De plus, la référence à la notion de structure trouve ses limites avec le caractère évolutif et non fixé de l'enfance. Les références à des modalités de fonctionnement soutenues par des auteurs tels que M. Corcos ou B. Golse nous semblent plus adaptées aux spécificités de l'enfant.

Afin de souligner les potentialités d'ouverture du devenir de l'enfant, M. Corcos préfère la notion de « structuration psychique », « structure ouverte » et « dynamique », à celle de structure psychique, permettant de les situer « en deçà de la dimension de personnalité » (36).

Pour M. Corcos, le mouvement de la psyché en construction s'effectue selon deux « lignes de forces » : d'une part selon les « lignes de suite », qui permettent une certaine continuité du sujet « sur les traces ancêtres et selon certaines lignées », et d'autre part selon les « lignes de fuite », qui permettent une certaine liberté en se laissant modifier (28) (35) (36). Ces deux lignes de forces sont dépendantes de la réponse de l'objet. « Nous sommes des être historiques et sociaux et nous n'avons rien de définitif » précise M. Corcos (36).

Selon B. Golse, « Il y a ainsi une limite, en pédopsychiatrie, entre pathologies-limites et états-limites, limite qui renvoie à la nécessaire prise en compte de la dynamique même de l'ontogenèse de la personne » (18). Il situe le trouble limite de l'enfant en tant que « concept limite entre approche psychodynamique et structurale de la psychopathologie infanto-juvénile (18), entre la pré et la post puberté du fait de la maturation très progressive de l'appareil psychique de l'espèce humaine ».

Enfin, la notion de dysharmonie évolutive et celle de trouble limite sont des notions spécifiquement françaises, non retrouvées dans les autres pays ni dans les classifications internationales (20). Cet aspect gêne les possibilités d'études internationales.

Les modèles classificatoires nous montrent également leurs limites. Ces enfants semblent inclassables, à la limite de chaque catégorie. Plusieurs auteurs critiquent l'exclusivité des catégories des classifications, à l'origine d'une importante comorbidité (56) (57). Pour D.J. Cohen, le concept de MCDD peut être perçu comme un paradigme de la comorbidité, car incluant différents aspects de multiples entités (28) (56).

Le trouble limite de l'enfant et le MCDD souffrent de la nosographie actuelle essentiellement descriptive et catégorielle, qui, quand bien même nécessaire et consensuelle, est réductrice et ne permet pas de saisir la diversité symptomatique des MCDD. Selon P. Jeammet, les troubles limites sont « la voie royale » de l'approche dimensionnelle des troubles psychiatriques (35). De plus, les classifications omettent l'aspect développemental qui fait partie intégrante de la définition des troubles limites (9). Enfin, les classifications, hormis celle chez le très jeune enfant, ne laisse pas de place pour l'impact environnemental, pourtant essentiel chez l'enfant (33). Certains auteurs proposent donc la création d'une nouvelle sous-catégorie des TED pour les MCDD (59).

Malgré toutes ces critiques, il n'en reste pas moins que ce concept est plus que d'actualité et fréquent en pratique courante. B. Falissard apporte une réponse issue de la pratique clinique quotidienne : « Oui, il existe des états-limites » chez l'enfant (58). La plupart des auteurs actuels ne remettent pas en question son existence. Les travaux sur les limites de ce trouble, ses articulations avec d'autres entités et sa catégorisation dans les classifications doivent se poursuivre. Ces différents regroupements nosographiques paraissent en réalité décrire une réalité clinique proche selon différentes conceptions théoriques ou propres à certains auteurs ou certains pays (9). Reprenons P. Jeammet : « On voit que les études de tous ces auteurs s'adressent à la même réalité clinique qu'ils essaient de cerner différemment et surtout qu'ils abordent dans un contexte et avec des préoccupations différentes » (16). Peut apparaître au premier plan

la dimension développementale (MCDD, dysharmonie évolutive), ou la dimension psychodynamique (prépsychose, état limite, personnalité *as-if*, dysharmonie psychotique) ou cognitive (dysharmonie cognitive), ou la dimension descriptive holistique (pathologie du caractère, de la personnalité), ou enfin la dimension sémiologique et lésionnelle (TDAH). Il nous paraît illusoire de tenter de superposer ces différentes approches, leur angle d'approche étant fondamentalement différent.

P. Jeammet explicite ainsi cette complexité de compréhension : « Les pathologies limites méritent bien leur nom » (35). Nous citerons également les propos de R. Misès qui certes datent de 1968 mais nous paraissent toujours d'actualité : « Il demeure que nombre des incertitudes qui subsistent au terme de cet exposé reflètent davantage la précarité (et les contradictions) de nos connaissances sur la pathologie mentale de l'enfance, plutôt qu'un simple désaccord entre les auteurs » (14).

Nous proposons de poursuivre l'étude de ce groupe sous l'angle psychopathologique.

II.3. APPROCHE PSYCHOPATHOLOGIQUE DU TROUBLE LIMITE

En effet, la définition des pathologies limites de l'enfance de R. Misès repose sur une approche psychopathologique, reprise par de nombreux auteurs. Le découpage que nous présentons est plutôt artificiel, l'étroite intrication entre ces facteurs est prépondérante, sans prééminence de l'un d'entre eux. L'étiopathogénie de la pathologie limite de l'enfant ne doit pas se réduire à cette description.

II.3.1. Défauts d'étayage et défaillance du sentiment de continuité d'être

II.3.1.1. L'étayage suffisant

D.W. Winnicott définit sous la dénomination « préoccupation maternelle primaire » l'état psychique temporaire de la mère entourant la naissance de l'enfant, permettant une « hypersensibilité » et donc une juste adaptation aux besoins de l'enfant (84). De plus, le « maintien (*holding*) » ou portage physique du nourrisson dans l'environnement spatial et temporel par la mère dans la toute première enfance, est un facteur de protection et de support du Moi de l'enfant (17) (85). Combinant ses potentialités propres à la

continuité des soins, l'enfant sort progressivement d'un état de dépendance absolue en se constituant un « *self* personnel séparé », authentique, permettant l'acquisition d'une réalité psychique et corporelle personnelle. Grâce à ce processus d'individuation et de différenciation avec le monde externe, « la propre ligne de vie de l'enfant est très peu perturbée par les réactions aux empiètements de l'environnement » (84). Cette étape du développement est nécessaire pour la construction du « sentiment continu d'exister » ou « sentiment d'une continuité d'être ». Elle conduit aux processus de maturation de l'enfant, permettant notamment le développement de la « capacité d'être seul » (17) (86).

S. Freud évoque l'importance de l'étayage maternel dans la construction de l'appareil psychique de l'enfant et notamment son narcissisme et son activité fantasmatique (87). L'alternance entre des phases de frustration et des phases de satisfaction des besoins de l'enfant permet le développement d'une satisfaction hallucinatoire pour survivre aux frustrations. Il s'agit d'une activité fantasmatique primaire qui s'étaye sur l'objet externe, c'est « l'étayage objectal du fonctionnement psychique » (88). Les réponses différées de l'objet externe remanient ce fantasme primaire, introduisant un principe de réalité, à l'origine de la fantasmatisation secondaire. Il permet à l'enfant un « premier mouvement de désétayage pulsionnel » (88). Selon M. Corcos, la juste présence parentale doit assurer une rythmicité faite de continuité et de discontinuité, une fiabilité et une authenticité des réponses (36). L'alternance entre séparations et retrouvailles permet l'élaboration d'un écart entre soi et l'autre et empêche les relations d'emprise. L'étayage par l'objet est un processus interactif en mouvement, qui participe d'une activité réciproque entre l'enfant et l'un de ses parents.

II.3.1.2. Les défauts d'étayage

Les défauts d'étayage peuvent s'observer à travers des carences éducatives, sociales, affectives, en lien avec des ruptures répétitives des liens entre l'enfant et ses parents, ou à travers des manifestations plus subtiles, telles la fragilité des parents, les interrelations familiales et transgénérationnelles, la place que l'entourage accorde à l'enfant (41) (48). La participation des traumatismes et des troubles des interactions parentales précoces, plus précisément les interactions entre une mère borderline et son bébé, est largement soulignée pour le trouble limite de l'enfant (18) (52) (33). Aucune causalité linéaire n'est démontrée (67) et selon M. Corcos, il semble nécessaire de prendre en compte « les effets d'un début précoce, ceux d'une absence continue d'étayage, ceux de facteurs biopsychosociaux de vulnérabilité ou de renforcement » (35). Les événements caractérisés par un défaut d'étayage peuvent jouer un rôle pathogène lorsqu'ils surviennent à des moments importants de l'histoire de l'enfant, spécialement lorsque celui-ci requiert « une étroite adaptation » à ses besoins.

C'est « à travers l'insuffisance des apports libidinaux et narcissiques ainsi que des défauts d'ajustement » (41), que des perturbations dans « le déroulement de l'histoire vécue » s'ancrent chez l'enfant (48). Un « environnement pas suffisamment bon », le caractère insécure et non prévisible des relations, un manque d'articulation avec les besoins de l'enfant, un défaut d'accordage affectif mutuel, une préoccupation maternelle inadéquate sont à l'origine de réactions aux empiètements, « par intrusion ou par délaissement » (38), réactions qui interrompent la « continuité d'être » (84) (53).

Dès lors, l'organisation du sentiment de soi - du *self* - et des rapports avec la réalité est défailante, pouvant engendrer la construction d'un « faux *self* qui masque le vrai *self*, qui se conforme aux demandes, qui réagit aux stimuli, qui se débarrasse des expériences instinctuelles en les accomplissant, mais qui ne fait que gagner du temps » (84). S'appuyant sur des mécanismes de protection contraignants tels un clivage du moi, plusieurs niveaux de fonctionnement psychique et de modes relationnels coexistent. Des positions inconciliables ou contradictoires sont juxtaposées sans conflit. L'enfant, dans certains secteurs, se conforme, voire se suradapte, au réel, il fait face aux empiètements, par l'exercice d'un contrôle à travers ce qu'il imagine de l'attente de l'autre, « sous une forme défensive à travers des rapports marqués par la soumission et le mimétisme » (48). Dans d'autres secteurs, les modalités archaïques de symbolisation, de fonctionnement psychique et de relation, notamment marquées par la toute-puissance infantile, persistent. La fragilité de l'articulation entre ces deux modalités et de l'équilibre des supports de la vie psychique « se manifeste particulièrement dans les circonstances où il y a défailance soudaine de la maîtrise exercée sur soi et sur les objets » (48). Les relations objectales sont régulièrement une menace pour le sentiment de continuité d'être de l'enfant (85).

Ces mécanismes le protège d'une rupture d'ordre psychotique, mais empêchent « l'appropriation des mécanismes qui assurent l'individuation, la maîtrise des instruments de la symbolisation, l'accès à la vie fantasmatique » (48) (53). L'activité de représentation est particulièrement fragilisée. Ces particularités de fonctionnement peuvent entraîner une limitation des capacités cognitives, comme le démontre B. Gibello dans les dysharmonies cognitives.

Nous pouvons rapprocher ces constatations du trouble du sentiment de soi du MCDD ou trouble du développement du *self*, caractérisé par son incohérence, son état fragmenté ou parcellaire, et sa possible désintégration lors de moments d'anxiété ou de séparation (20) (56).

II.3.2. Défauts d'élaboration de la fonction de contenance et altération des limites

II.3.2.1. La contenance adaptée

La fonction de « pare-excitations » ou « protection contre l'excitation » est initialement développée par S. Freud (89) (90). Cet appareil « enveloppant l'organisme et filtrant passivement les excitations » protège l'individu contre « les excitations en provenance du monde extérieur, qui, par leur intensité, risqueraient de le détruire » tout en offrant une certaine perméabilité (91). Dans un premier temps, S. Freud compare la psyché à une vésicule vivante qui doit se protéger par une succession de couches. Dans un deuxième temps, il conceptualise l'appareil perceptif psychique comme un système à deux couches (89). Une couche externe, nommée « pare-stimulus », tend à abaisser l'importance des excitations externes, et une deuxième couche, le système préconscient-conscient, reçoit ces stimuli. Les excitations internes provenant de l'inconscient sont traitées à travers le système préconscient-conscient comme si elles provenaient de l'extérieur, par le mécanisme de la projection.

Dès la naissance, la mère remplit cette fonction de pare-excitations, elle apporte une protection contre les stimuli provenant du dedans et du dehors (92). La mère participe également à l'apport de stimulations, sa fonction excitatrice par le « bain sonore » tel que le décrit D. Anzieu est un mécanisme important pour la construction du narcissisme de l'enfant.

Le système préconscient-conscient régule les processus primaires et secondaires, corrélatifs du principe de plaisir et du principe de réalité. Au cours du processus primaire, « l'énergie psychique s'écoule librement », s'orientant vers le réinvestissement des « représentations attachées aux expériences de satisfaction constitutives du désir » (91). Au cours du processus secondaire, l'énergie est liée, permettant un écoulement contrôlé, vers une stabilité des investissements des représentations. La constitution du Moi permet d'inhiber ou de modérer le processus primaire et ainsi de favoriser un fonctionnement sur le mode secondaire. La capacité de symbolisation permet une évaluation des différentes options en vue de la satisfaction, sans recours immédiat à celle-ci.

La fonction d'enveloppe psychique est celle d'une contenance, permettant d'accueillir et de maintenir ce qui est déposé ou déchargé, mais également de transformer (93). L'enveloppe psychique apporte une protection contre les stimuli internes et externes, indispensable au développement de la vie psychique. L'enveloppe est un concept qui se comprend à l'échelle individuelle, mais qui s'étend et s'articule avec les enveloppes familiale et groupale.

Selon W.R. Bion, la fonction α de la mère - ou contenant - dépendant de la fonction de rêverie maternelle, permet de contenir et de détoxifier l'expérience de chaos du bébé ou éléments β . Ce contenu chaotique est projeté par le bébé, puis lui est renvoyé sous forme de « contenant-contenu » ou éléments α , qui sont introjectés par le bébé (93). Ce phénomène, qui fonctionne grâce à l'identification projective non pathologique, est à la base du développement de l'appareil à penser et de l'activité de symbolisation du nourrisson.

Selon E. Bick, la propre contenance du bébé se développe grâce à une recherche intense et une identification du bébé à un objet contenant. Tout se passe comme s'il s'agissait de maintenir les parties de sa personnalité ensemble et à l'intérieur d'une peau.

Selon D. Houzel, le contenant serait un « attracteur » des pulsions et émois du bébé possédant des capacités de stabilité. Le contenant attire toute la sensorialité d'une façon indifférenciée, puis organise dans un second temps cette sensualité confuse en une enveloppe rythmique.

Selon D. Anzieu, l'expérience de nourrissage permet au bébé d'élaborer une surface délimitant un dedans, un dehors et un volume, qui de façon concomitante apportent un contenant. Les vécus de limites entre le dedans et le dehors et d'intégrité de ces limites se développent. « Ce sentiment d'intégrité donne au Moi une enveloppe narcissique et un bien-être de base, d'où l'idée du moi-peau », représentation de l'enfant d'un Moi contenant (93).

La constitution de l'enveloppe s'effectue par « intériorisation de l'objet contenant ou de la fonction contenante de l'objet. Ce processus suppose différentes conditions. Les premières concernent les qualités de l'objet contenant : portage, soutien, holding, présentation des objets (selon les termes de Winnicott), capacité de rêverie, fonction α , activité de symbolisation, intégration de la bisexualité, [...] sollicitation, [...] rythmicité, [...] attention [...]. La deuxième série de conditions à l'intériorisation de la fonction contenante concerne l'intériorisation elle-même » (93).

II.3.2.2. Le trouble de la contenance

En raison d'une absence d'étayage ajusté et d'un défaut de la fonction de « pare-excitations » de l'environnement précoce, l'enfant construit des enveloppes fragiles régulièrement menacées, ce qui ne lui permet pas d'intégrer pour lui-même une fonction de pare-excitations (41) (48). Les traumatismes, en tant que sources d'excitation trop importantes, entravent la construction d'un contenant. Par la suite, un contenant fragile ne permet pas la gestion des traumatismes (28). En raison des capacités de contenance insuffisantes, « un appareil psychique hiérarchisé » s'organise par un processus dysharmonique. « Le préconscient n'assure pas pleinement les liaisons habituelles entre affect et représentation, à travers le

langage », laissant s'installer une mauvaise régulation entre processus primaires et processus secondaires (48). Comme chez l'état limite de l'adulte, les premiers infiltrent régulièrement l'ensemble de la psyché, peuvent faire irruption dans la pensée et les défenses, prenant le pas sur les deuxièmes (12) (16) (31). A ce mouvement s'associe une importante agressivité libre, pouvant se décharger brusquement (15). L'appréhension de la réalité devient ainsi plus floue, rendant la distinction entre réel et imaginaire médiocre (19).

Selon W.R. Bion, en cas d'impossibilité pour l'objet d'assurer la fonction α , le bébé « réintrojecte sa détresse augmentée des failles de l'objet ou de l'échec de l'objet, il réintrojecte ce que cet auteur appelle « une terreur sans nom » » (93). Selon E. Bick, en cas d'absence d'objet contenant, le bébé recherche des objets-sensations afin de se constituer cette enveloppe, à l'origine d'un accrochage à des sensations. L'instabilité, l'agitation voire la violence de l'enfant limite peuvent être compris comme une création d'un contenant de substitution et d'un palliatif au sentiment d'existence discontinu (35).

La problématique des limites issue des théories des états limites chez l'adulte peut apporter une aide conceptuelle chez les troubles limites de l'enfant. Un « Moi-peau passoire » est retrouvé chez les enfants limites, la continuité de leurs enveloppes est altérée, trouée (28). Selon D. Anzieu, les angoisses sont alors celles d'une fuite du monde psychique, qui pourrait se vider. Les identifications s'effectuent sur des objets à caractère carencé ou troué, la représentation humaine est fragmentée, le « Moi-corporel » est atteint. L'enfant limite met en place des « tentatives désespérées pour cerner les contours du vide, trouver une limite, un contenant face au risque de se perdre dans l'infini sans bornes du vide psychique, contenir le risque de s'y annihiler et se confronter à un vécu de perte de la relative continuité d'exister » (28). R. Roussillon relie la problématique des limites à une problématique de démarcation, de discrimination des propres catégories intrapsychiques de l'enfant.

Afin de pallier une faible capacité de contenance interne, l'enfant limite tente de s'appuyer sur l'extérieur pour contenir un possible débordement, il recherche intensément l'objet source d'étayage (28). Les processus secondaires sont alors principalement « orientés vers la maîtrise des objets externes, au détriment de leur rôle de liaison » (48).

En lien avec sa théorie développementale d'une structuration autour de « lignes de force », M. Corcos propose de penser les structururations limites à travers une « métaphore fluviale », qui nous semble intéressante (28) (35). Les lignes de force seraient représentées par des berges, plus ou moins rigides, non fixes, non fermes, tangibles, modifiables par un flux des pulsions. Ces modifications se situent dans l'espace, à la source, à l'estuaire, ou entre les deux, mais également dans le temps et dans la profondeur. Le fleuve des troubles limites est peu prévisible, vit des crises qui pourraient emporter les berges, en raison

d'une structuration fragile dans certaines dimensions, « au contenant à la fois trop mou par excès de sensibilité et trop dur d'être redressé par la peur » (35). Le Moi du sujet limite est obligé de se mouvoir dans ce système non fixé, « troué », « criblé », dont dépend son mouvement et l'incitant à des défenses en conséquence. Le dehors est sans cesse vécu comme menaçant, mais il en va parfois de même pour le dedans. Cette articulation dedans-dehors dépend d'un équilibre narcissico-objectal tolérable mais précaire, qui se fige pour mieux résister, mais qui peut alors exploser « lors de perte de l'étanchéité des limites » (35).

Nous pouvons rapprocher ces modalités des théories de défaut de régulation caractéristiques des MCDD (56). Ils présentent en effet des difficultés dans la régulation et la compréhension de leur monde interne, notamment pour relier les désirs, les intentions et les réponses émotionnelles et dans la compréhension des états mentaux des autres. Lors d'un manque d'étayage, réalité et fantasme, soi et autrui, pensée et acte, deviennent indistincts pour l'enfant.

II.3.3. Echecs dans le registre de la transitionnalité et relations de type anaclitique

II.3.3.1. Le phénomène transitionnel normal

Par l'hyperajustement de la mère aux besoins de son enfant, la période d'« illusion » permet initialement au petit enfant de penser qu'il est omnipotent, qu'il crée l'objet, c'est la période de « créativité primaire » (94). Cette phase est un préalable pour la construction de la réalité extérieure, qui existe à cet instant par « illusion ». Le nourrisson n'est pas en mesure de différencier l'absence temporaire de la perte définitive de sa mère. En présence d'un entourage suffisamment étayant, contenant et continu, la mère quitte sa position de « préoccupation maternelle primaire » pour soumettre l'enfant à des expériences de satisfaction puis de manque ou de frustration, elle devient une « mère suffisamment bonne » (94). L'enfant va progressivement percevoir qu'il est différent de sa mère et que l'absence devient tolérable grâce à l'introjection de la succession de départs et retours de la mère et grâce aux expériences consolatrices de celle-ci. En raison d'une plus grande capacité à supporter une augmentation de tension interne et grâce à la capacité de transformer les investissements libres en investissements liés, l'enfant abandonne l'hallucination lors d'un défaut de satisfaction. Ce qui permet la transition entre principe de plaisir-déplaisir et principe de réalité (87). Durant cette période, il perçoit qu'il est plus efficace de s'appuyer sur l'objet que sur son processus hallucinatoire, l'objet étant source de satisfactions réelles (28). L'enfant entreprend d'agir sur l'objet, de communiquer avec lui, pour tenter de ne pas dépendre de lui.

L'acquisition de la capacité de représentation, née de l'absence, peut se mettre en place notamment grâce aux phénomènes transitionnels étudiés par D.W. Winnicott. La transitionnalité est une « aire intermédiaire d'expérience qui se situe entre le pouce et l'ours en peluche, entre l'érotisme oral et la véritable relation d'objet, entre l'activité créative primaire et la projection de ce qui a déjà été introjecté » (94). En plus des deux réalités intérieures et extérieures de l'être humain, D.W. Winnicott ajoute une troisième modalité, l'aire transitionnelle. Celle-ci « consiste à maintenir, à la fois séparés et reliés » le dedans et le dehors et se situe entre une perception subjective et la réalité objective (94). En effet, après le temps de l'illusion vient le temps du « désillusionnement », un temps de sevrage symbolique, au cours duquel l'enfant s'aperçoit que l'objet n'est pas le fruit de sa propre création. L'aire transitionnelle se situe justement entre la période d'illusion et le désillusionnement, qu'elle recouvre chacune partiellement. Les phénomènes transitionnels marquent une étape du développement de l'enfant comme un passage entre l'absence de prise en compte de la réalité, marquée par une subjectivité pure et un contrôle omnipotent, et l'acquisition progressive de l'expérience vécue, de l'objectivité, de l'épreuve de réalité, grâce à la manipulation d'objets « non-Moi » ou « premières possessions non-Moi ».

L'enfant peut se servir de l'objet transitionnel lorsque l'objet interne est suffisamment bon, prenant lui-même appui sur un objet externe adéquat et vivant. Par ce processus, l'enfant acquiert un plaisir autonome par le jeu, puis par la créativité (38). D.W. Winnicott lie ces expériences à l'acquisition des processus de pensée, tels que la rêverie et l'illusion, des processus de fantasmatisation, de l'activité de représentation, de la subjectivation (95). L'enfant acquiert ainsi une séparation entre fantasme et réalité, entre imaginaire et réel, entre objets internes et externes, entre créativité primaire et perception, il acquiert les notions de différence et de similarité. L'objet transitionnel représente symboliquement un objet réel et différent de l'objet de la première relation, à la place de celui-ci. Le recours à cet objet et au jeu lui permet de se protéger du risque d'intrusion des objets du monde réel et du risque de leur négation. L'utilisation d'objets transitionnels est « une défense contre l'angoisse, en particulier contre l'angoisse de type dépressif » (94). Ceux-ci sont vitaux pour éviter en cas d'absence de l'objet des sentiments d'abandon, de perte, d'angoisses archaïques telles que des angoisses d'anéantissement ou de destruction. L'espace transitionnel permet le travail de l'internalisation du lien, donc de la séparation. Symboliser l'absence en permet une certaine maîtrise (38).

La résolution de cette phase de développement inhérente à l'enfant détermine l'organisation psychique en vrai ou faux *self*. Ce comportement du petit enfant tend ensuite à se réaménager tout au long de la vie.

II.3.3.2. Le défaut d'accès à l'aire intermédiaire

En lien avec les défauts d'étayage et de contenance, ce processus de transitionnalité ne s'élabore pas au cours du trouble limite. Selon S. Freud, les absences de la mère, répétées, prolongées ou lors de moments de besoin de l'enfant, agissent tels des évènements traumatiques (28). Cette idée rejoint les « traumatismes cumulatifs » de M. Khan ou encore les « traumatismes identitaires » de R. Roussillon. Lors de carences de l'objet externe, l'objet interne peut devenir insignifiant ou persécuteur, retentissant alors sur l'objet transitionnel qui peut prendre les mêmes caractéristiques (94). Au quotidien, l'enfant n'investit pas ou seulement partiellement l'objet transitionnel, processus parfois renforcé par l'entourage, notamment par une relation d'emprise avec lui. Chez d'autres enfants, l'objet externe devient vital pour l'objet interne et ainsi la mère peut elle-même représenter l'objet transitionnel.

L'enfant ne développe pas la capacité à jouer seul en présence de la mère, les activités de jeu ne sont pas source de plaisir. Le jeu est alors plutôt un moyen utilisé par l'enfant pour déployer « des échanges captatifs plus ou moins ritualisés », où priment le perceptif et l'accrochage au réel par rapport au représentatif (48).

L'enfant n'accède pas « à un espace intermédiaire de liaison » (48). La distinction entre la réalité interne et la réalité externe peut devenir floue par instants. Il n'est pas en mesure d'élaborer l'absence, il reste alors « soumis aux angoisses d'intrusion ou de vidange » (48). Lors d'une absence, la représentation interne de l'objet, non acquise, s'efface après un temps supportable à l'enfant (94). Ce défaut de l'absence ou « absence d'absence » (38) de l'expérience borderline est développé chez l'adulte état limite par A. Green et J. André. « Lorsque la relation à l'objet n'a pu se constituer pleinement, l'enfant se mesure à des carences fantasmatiques et, ne pouvant intérioriser la qualité du lien à l'objet, il est confronté perpétuellement à la violence de la séparation » (38). La séparation est vécue comme insupportable, de même que la dépendance, dont l'enfant se défend activement. L'enfant ne dépasse pas la « dépendance anaclitique et fusionnelle » ni les modes relationnels primitifs, les blessures narcissiques de l'enfant et les réactions de l'entourage renforçant un mode de relation spéculaire. Il investit de façon massive l'objet externe, notamment les objets d'investissements primaires, les parents, et reste dépendant de leurs réponses. L'enfant est alors perpétuellement dans l'attente d'une « interrelation primaire sans laquelle le sujet est *nothing* » en référence aux travaux de D.W. Winnicott, relation de dépendance qu'il ne peut, tout à la fois, pas supporter (28).

Lorsque la capacité à se représenter l'absence est faible et que la dépendance à l'objet devient intolérable, le lien avec l'objet total est maintenu au détriment d'une majoration de l'action sur l'objet, par un contrôle et une omnipotence exercés à son égard. Durant le moment précédent le ressenti de la perte, l'enfant peut

dénier la crainte de cette perte au moyen d'une utilisation pathologique de l'objet réel, par la maîtrise ou l'emprise, qui caractérise bien souvent les modes relationnels (28) (38).

La fonction signifiante de la vie fantasmatique, l'exercice de la pensée, la capacité de rêverie et de représentation, la narrativité sont altérés sans pour autant être atteints au point des processus psychotiques (33). Ces fonctions psychiques s'élaborent en secteur par clivage. En raison de la carence de la capacité à symboliser, les angoisses et mouvements émotionnels ne sont que partiellement traités et passent alors par le corps et l'agir (64). Les mécanismes de défense archaïques majorent l'altération du processus des représentations.

II.3.4. Défaut d'élaboration de la position dépressive et angoisses de perte d'objet

II.3.4.1. La théorie des positions

Selon M. Klein, le bébé à la naissance est caractérisé par un Moi primitif, non intégré, labile (6) (96) (97). Il dépasse la « position paranoïde-schizoïde », temps initialement dominé par les pulsions de vie et les pulsions de mort, grâce au clivage du Moi et de l'objet, grâce à la projection et à l'introjection, grâce à l'identification projective. Cette période aboutit à la formation d'un objet idéal et d'un objet persécuteur. Le nourrisson tente d'acquiescer le bon objet, de s'identifier à lui, et d'exclure le mauvais objet ; il tente de protéger l'objet idéal, et donc le soi, des menaces persécutives. « Lorsque les bonnes expériences l'emportent sur les mauvaises » (97), l'objet idéal devient supérieur à l'objet persécuteur, l'identification du soi à l'objet idéal prend le pas sur les angoisses persécutives, le clivage et la projection diminuent, pour parvenir à une intégration progressive du Moi et de l'objet, comme complets et non plus partiels. L'enfant peut supporter le mauvais objet dans son monde interne et comprendre les distinctions mais également les liens entre objets internes et externes.

C'est l'entrée dans la « position dépressive », caractérisée par l'angoisse de la « perte de l'objet d'amour ». La reconnaissance de l'objet total implique la reconnaissance de la dépendance envers la mère, renforçant le besoin de posséder l'objet et de le conserver en lui, par introjection et identification. La reconnaissance de l'objet total implique aussi la reconnaissance de l'ambivalence, se manifestant par des éprouvés contraires amour-haine à l'égard de l'objet, en fonction de ses réponses satisfaisantes ou frustrantes. De cette ambivalence, naît la crainte de l'enfant de détruire le bon objet externe dont il dépend, et son bon objet intériorisé, par ses pulsions agressives. Le nourrisson expérimente alors une culpabilité d'haïr et de penser détruire la bonne partie de la mère, mais aussi sa bonne partie interne, à l'origine d'une souffrance

dépressive. Cette phase dépressive est dépassée par les capacités de réparation de l'enfant, qui est soutenu et validé dans son interaction avec la mère et plus généralement avec la réalité extérieure. L'amour pour les objets intériorisés et la confiance en eux reposent sur l'amour et la confiance envers les objets externes réels. Ainsi l'enfant élabore une protection contre les angoisses dépressives. La permanence, la tolérance et l'ajustement de la mère est indispensable à cette intégration. Elle donne à l'enfant une signification de ses mouvements psychiques pour qu'il puisse en acquérir la représentation.

Durant ce mouvement, l'enfant acquiert la reconnaissance de sa propre réalité psychique séparée de la réalité extérieure, la représentation de soi comme sujet unifié et différencié des autres, la représentation de l'objet potentiellement ambivalent et sa permanence dans le temps et l'espace. Cette phase permet également l'abandon de l'omnipotence et l'élaboration des pulsions agressives (26). Les angoisses de destruction de l'enfant vis-à-vis du bon objet peuvent parfois être contrebalancées par des mécanismes de défense maniaques pour réparer l'objet.

II.3.4.2. La position dépressive inachevée

En présence de trop faibles capacités de mentalisation de l'enfant et d'un risque narcissique pour la mère lors de la prise d'autonomie de celui-ci, l'enfant présentant un trouble limite aborde cette position dépressive mais ne la dépasse pas. Il n'élabore pas les angoisses dépressives, ni les angoisses de séparation, ni le conflit d'ambivalence. Lors d'expériences peu agréables, l'ambivalence se majore, l'espoir se réduit, « la peur de l'anéantissement intérieur et de la persécution externe » sont responsables d'un sentiment d'insécurité interne (96). En l'absence d'une ambivalence psychique, l'enfant pense abîmer l'objet dans la réalité lors de pulsions agressives. Il craint alors d'être abandonné par l'objet, ce qui est à l'origine d'une vulnérabilité à la perte d'objet, se manifestant par une angoisse de perte ou une crainte constante de perdre les bons objets (28). L'enfant cherche à se défendre de la menace de la perte d'objet et non de la menace de la perte d'amour de l'objet. L'accroche à la perception et non à la représentation, au monde objectif plutôt qu'au monde interne, repose sur cette vulnérabilité (30). La distance entre monde interne et externe est précaire, organisée en secteur, notamment par les clivages. L'archaïque prédomine, tant dans la symbolisation que dans les relations, les mécanismes de défense. L'identification projective ou la lutte maniaque sont notamment des défenses contre les angoisses dépressives. Les représentations fantasmatiques restent non intégrées, ne permettant pas la résolution complète des conflits internes, ni le contrôle de l'agressivité, ni l'apparition des sentiments de culpabilité. Malgré ces menaces archaïques, la reconnaissance de l'objet total et la différenciation entre le soi et le non-soi sont acquises mais fragiles.

L'accès au sentiment de soi et « la prédominance des angoisses dépressives et de séparation relativement aux angoisses de morcellement et de néantisation » (48) marquent ici la distinction avec la psychose.

La dépendance et l'avidité affective sont des caractéristiques du fonctionnement limite (28). Il ne peut vivre sans l'objet externe et tente de s'en protéger, notamment en la déniait par son omnipotence. L'omnipotence, telle qu'elle est présente dans les premiers liens, est ici au service de la lutte anti-dépressive.

C'est le paradoxe des angoisses du sujet limite, marqués par les angoisses d'intrusion et d'abandon. En lien avec l'impossibilité de constituer l'absence, l'objet est vécu comme soit trop peu présent soit intrusif (48).

II.3.5. Instauration partielle de la relation triangulaire œdipienne et relations de type duel

II.3.5.1. L'Œdipe normal et la relation tierce

A partir d'une relation initiale du petit enfant essentiellement duelle, se rapportant à celle avec la mère ou le substitut maternel, la crise œdipienne infantile introduit la relation triangulaire (39). B. Golse reprend S. Freud, « le complexe d'Œdipe est le point nodal qui structure le groupe familial et la société humaine toute entière (prohibition de l'inceste), c'est le moment fondateur de la vie psychique assurant [...] le dépassement de l'auto-érotisme primitif et l'orientation vers des objets extérieurs. Le complexe d'Œdipe permet l'avènement d'un objet global, entier et sexué. Il joue un rôle crucial dans la constitution du Surmoi et de l'Idéal du Moi. La problématique œdipienne illustre le fait que l'être humain normal est foncièrement constitué pour se situer par rapport à deux objets extérieurs et non pas pour se maintenir dans une relation duelle » (17). La forme positive du complexe d'Œdipe consiste en un attrait et un souhait d'exclusivité envers le parent de sexe opposé et en un mouvement de rivalité et de haine envers le parent de sexe identique (96). Les parents sont alors des supports identificatoires sur lesquels l'enfant s'appuie.

La castration symbolique, contemporaine de cette phase de développement, prend toute son importance en tant qu'elle « permet le passage d'une relation duelle à une relation triangulaire, l'acceptation d'un tiers médiateur, la reconnaissance de la différenciation sexuelle et de la différence des générations » (17). L'accès à la relation triangulaire contribue à la construction de la personnalité et des relations avec les autres. L'enfant évolue ainsi vers une place de sujet d'une famille et d'un groupe social. Elle permet l'altérité, c'est-à-dire la constitution d'un accès à l'autre et la construction de l'enfant comme autre. Le conflit œdipien au sens lacanien permet le début d'une subjectivité, c'est-à-dire être un sujet différent de

ses parents et donc accéder à la pensée symbolique, tandis que pour S. Freud, il permet l'accès à un monde interne organisé.

Le dépassement de la crise œdipienne signe l'entrée dans la phase de latence, marquée par un désinvestissement des objets œdipiens, par le refoulement et de nouvelles identifications (28). L'intérêt manifesté pour le monde interne en lien avec la réalité externe permet le renoncement à la satisfaction directe. La prise en compte du principe de réalité est assurée par la reconnaissance du père (98).

« La capacité d'être seul », concept développé par D.W. Winnicott, peut se situer à différents moments de la vie psychique de l'enfant (17). Premièrement, elle peut correspondre à « l'expérience d'être seul, en tant que nourrisson et petit enfant, en présence de la mère » (86). Cette possibilité est supportée par le Moi immature du nourrisson en raison de la présence effective de la mère ou pour un temps d'un objet symbolique la représentant. Deuxièmement, cette « mère-support du Moi » est par la suite intériorisée par l'enfant, lui permettant de supporter une solitude effective. Dans un langage kleinien, la capacité d'être seul prend appui sur une intériorisation d'un bon objet interne, permettant de suppléer l'absence d'objets externes ou de stimuli externes. Elle est donc liée à la capacité de contenance et à la qualité des apports du milieu dans lequel s'est développé l'enfant. Troisièmement, la capacité d'être seul s'opère dans les suites de la relation triangulaire (86). Elle devient un mécanisme élaboré autorisant les relations intersubjectives dans les différents groupes de l'enfant.

II.3.5.2. La résolution partielle du complexe d'Œdipe

Dans le trouble limite de l'enfant, « la relation triangulaire ne s'organise qu'en secteur et de façon partielle » (48). L'environnement, généralement empreint d'une tonalité narcissique, est en difficulté pour apporter des supports identificatoires élaborés et emploie des contre-investissements fréquents (48).

Les enfants n'accèdent pas à une configuration conflictuelle structurante, ni véritablement à la phase de latence, l'angoisse de castration n'est pas pleinement affrontée (99). Ils restent figés dans une « pseudo-oedipification », J. Bergeret situant sur ce point la genèse des états limites de l'adulte, qui oscillent entre un Moi adaptatif et un Moi anaclitique (37). L'autre est reconnu comme autre, mais il reste peu différencié sur les plans sexuel et générationnel. La différenciation entre le père et la mère ne réside pas dans une différenciation des sexes et des fonctions, mais « reste appuyée sur l'opposition entre bon et mauvais, entre inexistence et présence dominante ». Le concept de « bi-triangulation » défini par A. Green ou celui de « triple relation duelle » de J.L. Lang en est proche (44) (48). Le père est une protection contre une relation maternelle menaçante, vécue comme une menace d'engloutissement « c'est-à-dire à la fois

indispensable (lien anaclitique) et porteuse d'angoisses et de représentations archaïques » telles les menaces d'intrusion et de vidange (33). Ainsi, la position de l'enfant comme tiers exclu face au couple parental est source d'angoisses d'abandon et la représentation de tiers inclus n'est pas suffisamment élaborée. Les modalités relationnelles se situent davantage sur un versant duel.

L'enfant ne parvient pas aux conflits les plus élaborés, il doit utiliser des moyens de défense plus archaïques de type clivage, déni, projection, pour juguler les angoisses intenses (39) (100). Le répertoire défensif est généralement restreint, son utilisation est stéréotypée, rigide et ne s'adapte pas à l'environnement.

L'échec de l'élaboration de l'Œdipe, combiné aux effets du Surmoi, conduit selon R. Roussillon à l'échec relatif de la mise en place de la fonction limite de la psyché. L'organisation en « cinq non » est transformée en organisation en « cinq oui » ou en « fonctionnement en tout, en tout de suite, en tout seul, en tout ensemble et en tout en un, dans lequel chaque partie tend à se donner comme un tout » (30) (40). Le sujet doit se soumettre à ce fonctionnement ou celui-ci prend la forme d'un idéal à atteindre. Dans les deux cas, des sentiments de honte sont vécus de façon intense, et non des sentiments de culpabilité.

« Toute cette symptomatologie laisse penser qu'il y a absence d'un véritable travail de latence, en tant qu'il suppose une déssexualisation relative permettant la mise en perspective des instances idéales, le Surmoi issu de l'Œdipe dans cette période » (101). La période de la latence met à distance ou en sommeil les conflits actuels, le travail du sexuel et l'excitation pour les élaborer plus tard. Lorsque ce travail ne s'effectue pas, le développement de la pensée, l'élaboration de la castration, des fantasmatiques incestueuses et parricides sont altérés.

Enfin, « la capacité d'être seul » de l'enfant trouble limite fait défaut à tous les niveaux de développement, par carence d'étayage et de contenance, par carence d'intériorisation d'un bon objet interne, par carence d'élaboration des relations triangulaires. L'enfant ne peut supporter d'être seul en présence de sa mère, d'être seul en son absence, d'être seul en groupe.

II.3.6. Atteintes narcissiques et relations de type narcissique

II.3.6.1. Le narcissisme normal

Emprunté au mythe de Narcisse, S. Freud introduit le terme narcissisme pour décrire, dans le champ psychanalytique, cet amour porté à l'image de soi-même (91) (102). F. Pasche propose de lier les idées des tenants d'un « narcissisme primaire », en tant qu'investissement centripète ou amour tourné uniquement vers le nourrisson lui-même, et celles des tenants d'un « amour primaire », en tant qu'investissement

centrifuge ou amour tourné uniquement vers la mère (98). Selon lui, « le sujet tend donc à la fois à se détruire et à se conserver, d'une part et, d'autre part, à s'appauvrir en faveur de l'objet en même temps qu'à s'imprégner de l'amour dont autrui dispose » (98). Il nomme cette tendance au renoncement par le nourrisson d'une part de lui-même l' « anti-narcissisme ». Il montre l'importance de l'action du nourrisson lui-même et de son environnement.

P. Kernberg définit le narcissisme normal comme le reflet de « l'investissement libidinal d'un self normal intégré », nécessitant préalablement « l'intégration dans un concept cohérent du self, des représentations du self et de l'objet, déterminées à la fois de façon libidinale et agressive » (103). Le self est différencié de l'objet, l'objet réel est correctement perçu, le Surmoi se constitue. Les assises narcissiques, le soi, la sécurité interne des attachementistes, sont autant de termes pour décrire un narcissisme solide ou « sentiment serein d'une continuité dans la filiation et le développement d'une estime personnelle » (28) (104).

D'un point de vue économique, il existerait un quantum constant d'énergie intrapsychique, permettant les investissements du Moi et de l'objet, définis comme les investissements narcissiques et les investissements objectaux, tous deux de façon libidinale et agressive. Ces deux types d'investissements sont en opposition et fonctionnent comme une balance énergétique dans les théories freudiennes. « Un solide égoïsme préserve de la maladie, mais à la fin on doit se mettre à aimer pour ne pas tomber malade, et l'on doit tomber malade quand on ne peut aimer, par suite de frustration » (102). L'investissement narcissique décroît quand il se déplace vers l'objet, mais revient par l'investissement du sujet par l'objet. L'amour de l'objet est soustrait de soi et placé sur l'objet, à l'extérieur de soi, en respectant les places de soi et de l'objet, permettant d'investir le monde en y mettant de soi. Le Moi est enrichi par les satisfactions obtenues par les réponses de l'objet, mais également par l'accomplissement de l'Idéal du Moi. Telle une modalité de l'expression de la grandeur du moi, « le sentiment d'estime de soi comprend une part primaire (reste du narcissisme infantile), une part dans ce que l'expérience confirme de notre toute puissance (accomplissement de l'Idéal du Moi), une part de la satisfaction de la libido d'objet » (102).

P. Jeammet décrit le narcissisme comme un paradoxe (104). Afin d'assurer son développement, la personnalité doit initialement se construire en s'appuyant sur les autres, en fusionnant dans un premier temps avec l'objet. L'investissement de l'enfant par les parents comporte irrémédiablement une part narcissique, mais de manière ajustée. Selon S. Freud, cet amour parental n'est autre que la « reviviscence et la reproduction de leur propre narcissisme qu'ils ont depuis longtemps abandonné » (102). L'unité complexe mère-enfant des tous débuts de la vie nécessite la réciprocité de l'investissement, possible par des capacités intersubjectives présentes dès la naissance (98). Par incorporation des relations avec l'environnement, empreintes de plaisir, d'étayage, de contenance et de sécurité, l'enfant « investit aussi

cette mère en ce qu'elle forme effectivement son Moi » (98). Puis la personnalité de l'enfant doit se différencier de celles des autres, en partie grâce à l'intervention du père.

Au narcissisme correspond deux extrémités : l'une étant une sécurité interne suffisante, mais non totale auquel cas elle constitue l'emprise, et l'autre étant l'angoisse de perte. Il permet ainsi la juste construction de limites et de frontières. De plus, la sécurité narcissique agit comme un filtre pulsionnel, fait ressentir l'attraction vers l'objet comme présente mais de façon non menaçante. Ce type d'investissement permet de situer l'enfant de façon hiérarchique, tout d'abord dans la dyade, puis dans la famille, puis dans la société. « Le sujet ne peut donc être considéré à part de l'objet », « l'unité naturelle n'est pas le Je mais le Je avec l'Autre ».

Le « Moi Idéal » est « l'idéal premier de toute puissance », prenant appui sur les identifications primitives et l'idéalisation primaire, sur les relations précoces au narcissisme parental donc dans le lien à l'autre (102). En tant que représentant du narcissisme primaire de l'enfance, il est marqué de la toute puissance infantile, il dénie la dépendance à l'objet, et devient le support de l'autarcie narcissique et de l'omnipotence infantile. C'est à partir de ce Moi Idéal que l'enfant pourra réaliser les « projets narcissiques tracés par l'environnement » (48). L'« Idéal du Moi » est une construction plus tardive, plus élaborée, à travers les choix fantasmatiques personnels de l'enfant, prenant appui sur des modèles plus ancrés dans la réalité notamment le jugement des autres et de soi-même. L'idéalisation secondaire est à l'origine de l'Idéal du Moi de configuration œdipienne, l'objet étant un objet idéal que le Moi voudrait incorporer. Il s'élabore dans l'espace transitionnel. Au cours d'un développement normal, les idéaux du Moi sont progressivement remplacés par d'autres, que l'enfant construit. Ces instances surveillent la réalisation des satisfactions narcissiques de l'Idéal du Moi, par comparaisons incessantes entre Idéal du Moi et Moi réel.

II.3.6.2. Les assises narcissique fragiles

« L'incapacité de la mère à investir l'enfant comme objet réel, distinct de l'enfant imaginaire, différent d'elle-même » endommage les assises narcissiques de l'enfant (48). L'enfant ne peut développer une identité propre détachée de l'emprise narcissique de ses parents. Cette incertitude sur sa propre identité, cette « précarité de l'espace psychique » (65) rend difficile la position en tant que sujet face à un autre sujet (64). L'enfant ne peut compenser par lui-même les déceptions de la réalité, en raison d'un « défaut d'intériorisation des bons objets » et de sa faible capacité de réparation fantasmatique de par l'absence d'élaboration de la position dépressive (48). L'adaptation nécessaire face à l'épreuve de réalité fragilise de façon répétitive ce narcissisme précaire. Cette atteinte narcissique de fond peut s'exprimer par la formation d'un « soi blanc », caractérisé par « le sentiment d'un espace psychique vide, l'incapacité à une

authentique empathie » ; ou par un renforcement du déni et d'une autosuffisance, marquée par le retrait passif de l'enfant, en attente de comblement ; ou encore par des défenses maniaques, marquées par la maîtrise, la manipulation, la séduction, la provocation, la domination.

Selon P. Kernberg, le « narcissisme pathologique reflète l'investissement libidinal d'une structure du self pathologique, dans laquelle le soi grandiose est apparu comme défense contre les conflits intenses, pré-œdipiens et œdipiens entre l'amour et l'agressivité » (103). Une fusion de l'image réelle du self avec une image du self idéal et une image de l'objet idéal peut être à l'origine d'une grandiosité ou d'un « soi grandiose » tel que défini par H. Kohut, qui permet de combattre un Surmoi persécuteur. Il existe un clivage entre le soi grandiose, souvent valorisé par l'environnement, donc majoré, et le self dévalorisé, souvent projeté. Un narcissisme troublé ne conduit qu'à une relation spéculaire, l'autre n'est pas envisagé comme sujet différencié mais doit servir ce narcissisme défaillant, renforcer la toute puissance du soi, le gratifier ou satisfaire ses besoins (28). Ce besoin d'attention est souvent le reflet de l'incapacité d'être seul. Aucune critique, aucune absence, aucune temporisation n'est supportée dans la relation. Dans le cas contraire, l'enfant dévalorise l'autre, ce qui engendre son rejet, majorant alors les comportements de coercition et de possession, majorant encore son rejet. Il lui est difficile de vivre de manière indépendante et de percevoir l'autonomie de fonctionnement des autres. Selon R. Misès, les présentations de « soi banc » ou « soi grandiose » chez l'enfant sont non fixées, non globalisantes, non permanentes.

Selon P. Jeammet, les exigences des Idéaux se combinent à l'insécurité interne (104). Selon R. Misès, le Moi Idéal contraignant de l'enfant souffrant de trouble limite empêche la liberté de construction d'Idéaux du Moi et empêche leur fonction transitionnelle, l'illusion créative étant remplacée par « l'illusion aliénante ». « L'imitation, la construction factice, le mimétisme [...], le déni par l'enfant de sa propre identité » (48) sont à l'origine de l'hyperadaptation apparente ou hypercontrôle, retrouvées dans les descriptions de la personnalité « *as-if* » d'H. Deutsch (33). L'enfant limite s'identifie aux désirs de l'autre. Le poids des objets parentaux pèse sur les projections et les idéalizations. « Se perpétue ainsi une relation de double où l'enfant s'immobilise dans une position d'objet narcissique » (48). La conflictualité prend place entre les idéaux du Moi archaïques et le Moi Idéal, les premiers étant au service du deuxième. Le Surmoi se trouve confondu dans l'Idéal du Moi, reste précaire, ne permet pas un accès à la culpabilité, laissant le sujet confronté à des instances répressives archaïques et peu différenciées. Le sujet serait comme en attente d'un interdit venant de l'extérieur, qui lui permettrait de contenir ses menaces de débordement. La dimension narcissique pèse sur toutes les menaces de défaillance, majorant les sentiments d'insécurité et de revendication, donc d'injustice et de préjudice. L'enfant devient intolérant à toute mise à l'épreuve, se manifestant parfois par des rages narcissiques. L'autre dans la relation n'est utile qu'à être idéalisé pour renforcer le narcissisme de l'enfant, de façon non durable. Ces échanges captatifs doivent être renouvelés

pour « alimenter une pseudo-identité reposant sur l'illusion » selon P. Kernberg, amenant aux réactions de coercition et de possession de l'enfant et de son l'entourage.

Lors d'un défaut de transitionnalité, lors d'une accroche nécessaire à la perception en cas d'absence de la mère, « le narcissisme est engagé : « Qu'est-ce qui est à moi ? Qu'est-ce qui est à elle ? Dans quelle mesure est-ce que je dépends d'elle ? » » (104). La dépendance de la mère renforce celle de l'enfant et vice versa, réduisant la distance relationnelle et la différenciation. P. Jeammet décrit un « narcissisme d'insécurité où l'on est toujours menacé d'être absorbé par l'autre. C'est parce qu'on est tellement en insécurité qu'on a, en permanence, besoin d'incorporer l'autre. Et c'est l'ampleur de notre besoin incorporatif qui rend l'autre si dangereux » (104) (35). L'attente de la reconnaissance par l'autre devient un besoin et une menace, en lien avec la double angoisse fondamentale, d'abandon et d'intrusion. Le manque de sécurité interne ne permet pas le filtre de l'excitation pulsionnelle, l'objet de désir devient menaçant car en possession d'un pouvoir envahissant sur l'objet. Plus l'insécurité interne est importante, plus le besoin d'incorporer chez les autres ce qui manque est grand, plus le risque de se confondre avec l'objet est grand, plus grandit la crainte de l'intrusion. Plus les assises narcissiques sont fragiles, plus la sensibilité aux autres est importante, et plus le territoire que l'enfant se doit de contrôler pour sauver son narcissisme s'agrandit.

L'emprise est alors un mécanisme de sauvetage, suppléant le narcissisme défaillant. Elle se manifeste dans l'apparent désintéressement de l'enfant, qui renonce à tout pour ne plus souffrir. Elle est maximale dans la destruction de soi ou de l'autre menaçant, pour redevenir maître de soi-même. « La maîtrise [...] c'est justement la mort, c'est une des façons désespérées pour le narcissisme de contrôler ce qui lui échappe, mais qu'en voulant contrôler, il finit par tuer » (104).

II.3.7. Décalages entre les lignes développementales

L'altération des processus de la pensée peut être expliqué par « un décalage entre les lignes de développement au plan de la maturation neurobiologique [...] ou au plan de la maturation pulsionnelle et de l'organisation de la personnalité [...] voire une dysharmonie au sein d'une même ligne de développement » (9). Néanmoins, le trouble limite se distingue des psychoses par un Moi non morcelé et de l'autisme par un repli narcissique partiel et une capacité d'investissements d'objets totaux. Ces enfants sont capables de distinction entre réel et imaginaire, entre objets internes et réalité externe.

Il nous semble que les différents courants théoriques, développementaux ou psychodynamiques, se rejoignent sur ce point. Nous retrouvons ici les caractéristiques de la dysharmonie. La dysharmonie

concerne l'hétérogénéité des lignes développementales et le mouvement développemental autour duquel se construit le fonctionnement psychique.

R. Misès, s'appuyant sur sa définition de la dysharmonie, rapporte « une coexistence de plusieurs niveaux de fonctionnement mental et de relation avec autrui », à l'origine d'une « hétérogénéité des modes de pensée et de raisonnement » (48). Les aspects des différents niveaux fonctionnent sans articulation, pouvant entraîner des limitations du fonctionnement psychique. Cette particularité repose sur les mécanismes de clivage et de déliaison qui maintiennent différentes positions inconciliables sans conflit, sans possibilité d'accès aux conflits les plus élaborés. Le clivage lui-même altère le développement intégrateur (28). Les mécanismes de défense sont d'une diversité restreinte et dans l'incapacité de s'adapter à la réalité.

M. Corcos détermine ce qu'il nomme le « fonctionnement limite », acception différente de celle de R. Misès pour une définition proche. Selon M. Corcos, « le sujet limite est un mixte et mélange plus ou moins destructeur ou créateur, de régimes de fonctionnements différents » (35). Il l'explique par une « coexistence de niveaux régressifs structuraux différents, à la fois névrotiques et archaïques, qui alternent entre eux selon les moments de vie et les interactions affectives, sans pour autant penser qu'un niveau ne serait que défensif vis-à-vis de l'autre dans une vision mécaniciste qui laisserait présager que ces niveaux ne peuvent s'emboîter, interagir entre eux et même dialectiser » (36).

Le trouble limite est envisagé comme un « arrêt du développement des fonctions du Moi qui, non fixé, établit les conditions d'un processus de fonctionnement ouvert, susceptibles de régressions vertigineuses sans possibles paliers de fixations stables » (35) (28). Les limites du Moi du sujet limite sont donc très variables « puisque ces limites, pour le mieux épouseraient les défenses psychiques mises en place par le sujet, pour le pire se dévoreraient elles-mêmes quand elles sont aux prises avec des paradoxes fous dans la relation à l'objet : contenant-contenu avec phénomène d'inclusion réciproque ; indifférenciation-dédifférenciation ; intrusion-persécution ; dépendance-indépendance ; autonomie-insuffisance, opposition jusqu'à antagonisme narcissico-objectal » (35). Ces limites sont elles-mêmes « plurielles, feuilletées, empilées les unes sur les autres » (35). L'organisation limite, en perpétuel mouvement, peut subir des changements brutaux de modalité structurelle, à l'origine d'un « télescopage » de plusieurs registres.

M. Speranza explore le MCDD selon des lignes développementales fragilisées, évoluant chacune selon des trajectoires diverses (105) (106). L'altération de l'évolution des lignes est à l'origine d'une cascade de modifications développementales. Face à ce processus hétérogène, l'enfant met en place des stratégies de compensation, il tente de s'ajuster pour compenser les failles. M. Speranza explique ainsi les présentations de ces enfants en « patchwork ». Cette théorie nous semble rejoindre les modèles d'A. Freud et de R. Misès.

La psychopathologie du trouble limite est abordée selon différentes lignes développementales communes à tous les enfants. Elle permet selon nous une certaine unité au sein du groupe trouble limite de l'enfant et nous semble pertinente pour la compréhension de ces enfants dans le groupe. Nous proposons d'aborder quelques points concernant l'évolution du trouble limite.

II.4. EVOLUTION DU TROUBLE LIMITE

Les potentialités évolutives des troubles limites de l'enfant sont partie intégrante de leur définition. Malgré une importante divergence de leur évolution, les auteurs s'accordent sur un pronostic plus favorable que celui des troubles du spectre autistique, des psychoses et des déficiences, ce qui permet de s'écarter de ces diagnostics. Cette caractéristique évolutive est un critère commun retrouvé dans les différentes approches, tant de trouble limite que de MCDD. Nous pouvons noter que la dysharmonie évolutive n'est pas décrite chez l'adulte.

II.4.1. Constatations empiriques

A l'adolescence, l'évolution peut s'effectuer vers les pathologies des agirs, se manifestant par « 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 » (48). Ces expressions ne sont pas spécifiques d'une pathologie limite et sont étroitement liés à la période adolescente elle-même.

A l'âge adulte, R. Misès envisage trois principales possibilités évolutives en l'absence d'un traitement (12) (48). La première, et selon lui la plus fréquemment observée, est représentée par une entrée dans les états limites de l'adulte. Le deuxième risque évolutif concerne un autre trouble grave de la personnalité qu'est la psychopathie, débutant à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. En tant que troisième éventualité, la déficience peut soit marquer l'essentiel du tableau clinique, dans un ou plusieurs domaines, soit s'ajouter à un trouble grave de la personnalité. Enfin, R. Misès envisage l'évolution vers une psychose comme une potentialité rare. Il pose la question de l'évolution des formes pauci-symptomatiques de l'enfance, équilibrées en apparence par un faux *self*, vers la psychose, la période de l'adolescence pouvant jouer un rôle fortement traumatique chez ces enfants. Certains auteurs expliquent le pronostic moins favorable de

ces formes en raison de l'absence de manifestations extériorisées ayant permis un accès aux soins (34). Néanmoins, avec un traitement adapté et précoce, la majorité des auteurs soulignent la possibilité d'une évolution favorable (9).

II.4.2. Etudes longitudinales

La diversité de trajectoires évolutives est démontrée par les études longitudinales. Il est possible de constater un fonctionnement quasi normal, avec une insertion socioprofessionnelle de qualité, mais avec quelques difficultés persistantes, telles une inhibition sociale ou une vulnérabilité à l'anxiété. Cependant, il peut également être observé une évolution vers un trouble anxieux, un trouble des interactions sociales, puis à l'âge adulte, vers un trouble de la personnalité, un trouble de l'humeur, une schizophrénie (20).

Une étude réalisée par H. Van Engerland et R.J. Van der Gaag en 1994, portant sur un échantillon relativement réduit d'enfants MCDD mais sur une durée de vingt ans, montre que 22% évoluent vers un trouble du spectre schizophrénique à l'adolescence et 64% à l'âge adulte (60). Dans l'étude de D.P. Lofgren en 1991, aucun enfant présentant un trouble borderline ne présente après un suivi de vingt ans un diagnostic de l'axe I du DSM (33) (57). Alors qu'une petite proportion d'enfant ne présente plus aucun trouble selon le DSM, la plupart d'entre eux remplissent les critères d'un trouble de la personnalité, sans spécificité vers un trouble borderline. Une revue de la littérature de 2008, entreprise par P.K.W. Deschamps et C. Vreugdenhil, indique que 80 % d'enfants borderline conservent un diagnostic de trouble de la personnalité à l'âge adulte, mais seulement 16 % de trouble de la personnalité borderline. Cette étude souligne un continuum de la dysrégulation émotionnelle de l'enfance à l'âge adulte.

La continuité de la personnalité borderline entre l'enfance et l'âge adulte est donc toute relative, mais existante. A noter que chez l'adolescent, les résultats des recherches sur la continuité de la personnalité borderline chez l'adulte sont contradictoires. Par ailleurs, ces études nous paraissent intéressantes pour souligner le risque évolutif de ces pathologies infantiles, majoritairement vers un trouble de la personnalité (57).

Si la dimension évolutive nous autorise à regrouper les enfants présentant un trouble limite, en tant qu'elle compose leur définition, la diversité des potentialités évolutives est marquante.

Le trouble limite de l'enfant est donc un groupe clinique complexe. Nous avons présenté la diversité des présentations cliniques et des possibilités évolutives, la place nosographique éparse et peu consensuelle. Ce concept est essentiellement fondé sur une définition psychopathologique, que nous avons détaillée. Sans nous faire perdre de vue notre objectif principal de pratique quotidienne, le soin psychique pour les enfants, ce développement nous a paru important pour pouvoir aborder la suite de notre travail, afin de percevoir quels enfants pouvaient être réunis au sein d'un groupe thérapeutique. Nous abordons à présent l'aspect spécifiquement groupal de cette pathologie infantile, tout en gardant bien à l'esprit que le trouble limite de l'enfant ne se limite pas à cet aspect. Ce trouble est-il lié à d'éventuelles difficultés particulières en groupe ? Comment entravent-elles tant la présence de l'enfant dans le groupe que la formation du groupe lui-même ? Et enfin, comment des groupes thérapeutiques peuvent-ils tenter de répondre à ces difficultés ? Pour cela, nous tentons une mise en dialogue de certains aspects psychopathologiques du trouble limite de l'enfant avec les théories psychodynamiques du groupe.

PARTIE III : LE TROUBLE LIMITE

DE L'ENFANT A L'EPREUVE DU

GROUPE

Les apports des théories de psychologie sociale nous permettent d'entrevoir la place que prend le groupe pour l'enfant, notamment pour sa construction subjective.

III.1. LA PLACE DU GROUPE DANS LA SOCIALISATION DE L'ENFANT

Les liens de tout individu avec autrui, ainsi que son insertion et son appartenance à des groupes sont des paramètres vitaux pour l'être humain. Depuis le début de son histoire l'homme s'associe et forme des groupes, initialement pour survivre. « Toutes les cultures ont reconnu les vertus civilisatrices du groupe et les grandes fonctions qu'il assure dans le développement et le maintien de la vie psychique » (107).

Différents auteurs soulignent qu'aucun individu n'existe en dehors d'un groupe, groupe familial et groupe social (108). Les idées freudiennes soutiennent que le sujet n'a pas d'existence en dehors de son environnement social. S.H. Foulkes détermine l'individu comme une « abstraction », ce qui peut être rapproché des propos de D.W. Winnicott « *there is no such a thing as a baby* », autrement dit « mais un bébé, cela n'existe pas » (109), ou plutôt « un bébé tout seul ça n'existe pas » (39) (85).

Les groupes sont des objets intermédiaires ou d'articulation entre l'individualité du sujet et la société, au sein desquels la construction psychologique et sociale s'effectue (5) (110). Le groupe est un instrument de

la socialisation, lorsqu'il assure des fonctions de continuité et de passage depuis le groupe primaire jusqu'aux groupes secondaires et même jusqu'au corps social (107). La socialisation est la manière dont la société dans laquelle vit le sujet façonne l'individu par l'intermédiaire du groupe. A l'inverse, la société peut exister en tant que telle et se pérenniser par les traits qu'elle attribue à ses membres. Chez l'individu, la socialisation s'effectue tout au long de la vie selon deux mouvements qui sont la personnalisation et l'individuation. Les deux processus dépendent de l'intégration du sujet dans un groupe. Ces processus permettent de rencontrer et de se confronter à l'altérité, mais également au commun, au semblable.

III.1.1. La personnalisation

La personnalisation « est le processus par lequel un individu devient une personne, un être humain comme les autres et parmi les autres, semblable à eux sans être eux, ego parmi des alter ego » (5). Ce « processus par lequel un système socioculturel façonne *l'esprit* de ses membres » s'effectue majoritairement durant l'enfance, par l'intermédiaire des modes d'interaction et des groupes (5).

III.1.1.1. Les groupes au cours de la vie de l'enfant

« Le groupe est une expérience psychique intense, décisive dans les transformations psychiques qui se produisent » à certains âges de l'individu (111).

L'être humain naît dépendant de l'autre, autre qui prend soin de lui et qui le fait exister. Le premier groupe de l'enfant, la famille, est un groupe en construction, minimal, vital (112). « Le groupe famille n'est pas à penser, il sert à maintenir en vie », même si parfois l'importance de l'affectivité qui règne est « difficile à contenir » (112). Le groupe famille est un « groupe pour exister » (112). L'enfant est reconnu dans ce groupe comme unique, mais il n'est pas à égalité en raison des rapports d'autorité. Ce groupe est à l'origine de diverses découvertes - amour, haine, conflits œdipiens et rivalité fraternelle - et fonde le lien social, élément vital de l'être humain (110). Les demandes d'amour, l'autorité, l'identification à l'objet sont des supports pour que l'enfant puisse établir des liens dans sa famille. Un idéal de famille se crée, que les membres intègrent personnellement à leur manière.

La socialisation de l'enfant débute par l'intégration dans le milieu familial. Le groupe famille est un groupe restreint, comme un « modèle réduit » de groupe, facilitant l'accès à une représentation du groupe par l'enfant (5). Il est un groupe très structuré, organisé autour de buts et de fonctions établies, notamment par des rôles répartis entre les membres. L'enfant assume ses rôles, observe les rôles des autres membres,

ce qui permet l'acquisition des relations, des conduites, des normes, des valeurs propres à son groupe familial. L'enfant intègre la coopération intrafamiliale, la coordination entre les membres, ce qui le prépare aux conduites collectives gérées par des règles et des normes. Celles-ci représentent une partie seulement des règles et normes de la société, chaque groupe familial d'une même société possédant des traits culturels distincts. « La famille environne l'enfant de modèles divers dont l'empreinte, qu'on appelle le *modelage*, persistera très longtemps » (5).

Par la suite l'enfant se doit de quitter ce groupe pour en fonder d'autres, l'intégration dans la société et dans le monde passe par une intégration dans des groupes relais. Ces nouveaux milieux permettent la poursuite du processus de socialisation et permettent à l'enfant puis à l'adolescent de se déprendre des modèles parentaux.

La crèche puis l'école sont les nouveaux groupes de pairs, où les règles diffèrent de celles du groupe famille (112). Le groupe école n'est pas égalitaire, celui qui sait détient l'autorité, la règle est imposée par le maître. L'organisateur du groupe école et du groupe famille est nécessairement un adulte (113). L'école est un groupe du « tous pareils », de l'« ensemble », la place de l'enfant en tant que membre du groupe lui est assignée mais de ce fait assurée, source de soulagement pour l'enfant.

Plus tard l'enfant se construit des « groupes d'appartenance » ou « systèmes affiliatifs » selon la terminologie des théories de l'attachement, groupes fondés sur des liens d'amitié (112). Ces groupes sont plus fragiles, plus fluctuants et reposent sur des pactes ou alliances. L'enfant fait l'expérience de la différence, de l'altérité (110). L'appartenance à ces divers groupes prépare l'abord de la séparation avec le premier groupe. Les groupes d'appartenance prennent de plus en plus d'importance au cours du temps.

III.1.1.2. Les processus psychiques de la personnalisation

La personnalisation permet la formation de la personnalité, du fonctionnement cognitif et du fonctionnement social, par l'intermédiaire de deux mécanismes : l'interaction et l'intériorisation (5). Certaines théories présentent la construction de la personnalité en lien avec un groupe par plusieurs étapes nécessaires : le stade de symbiose, nommée « symbiose interactionnelle » par S.J. Bradley, puis le stade du miroir, puis la crise œdipienne. La théorie de l'esprit est un acquis nécessaire à la personnalisation. L'élaboration du complexe d'Œdipe permet à l'enfant un accès à l'altérité de l'autre par l'acquisition d'une représentation de sa place dans la famille et des interactions dans ce groupe. Vers trois ans se construit alors un « premier complexe de représentations sociales » ou « unité d'éléments différenciés » pouvant

être rapprochés des « groupes internes » de R. Kaës. La personnalité se remodèle ultérieurement dans les groupes de pairs, par des « interidentifications » et des sources d'Idéaux du Moi nouvelles.

Pour certains auteurs, tels que M. Mead, les conduites sociales du groupe s'intériorisent chez l'enfant et permettent l'édification de son moi. L'intériorisation des rôles qu'il assume et des comportements d'autrui contribue à un accès à l'anticipation des réactions d'autrui, une perception aux réactions présentes d'autrui et une « décentration, c'est-à-dire une perception de l'altérité de l'autre » (5). Les membres du groupe jouent des rôles attendus par ce groupe social, rôles liés au sexe ou à l'âge et que l'enfant intériorise comme des modèles. L'intégration des normes et des valeurs de son groupe d'appartenance et de sa société permet l'accès à un « autrui généralisé » (5).

III.1.2. L'individuation

La phase de personnalisation conditionne l'entrée dans la phase d'individuation, « processus par lequel une personne se singularise d'autrui » ou « acquiert une singularité sociale » (5). Il s'agit de trouver une « distinctivité optimale » selon M.B. Brewer, c'est-à-dire « un équilibre dynamique entre la ressemblance (soi, comme partie d'un groupe) et la dissemblance avec autrui (soi, comme individu « unique ») » (5). Le processus d'individuation dépend des groupes environnant le sujet, groupes d'appartenance et groupes de non-appartenance.

Dans les groupes d'appartenance, l'individu cherche à se distinguer des autres sujets grâce à diverses stratégies, ou autocatégorisations, notamment décrites par les travaux de J.P. Codol. Une première stratégie consiste en l'accentuation des distinctions soi-autrui. L'individu se considère comme un « élément de différenciation » et comme un « centre de similitude » : « « je » ressemble moins aux autres qu'ils ne me ressemblent, « je » diffère plus des autres qu'ils ne diffèrent de moi, « je » diffère plus des autres que je ne leur ressemble et les autres me ressemblent plus qu'il ne diffèrent de moi » (5). Cette accentuation des différences soi-autrui se manifeste dans le groupe mais également en regard des normes du groupe, puissants vecteurs d'homogénéisation dans un groupe. Afin de préserver un équilibre entre désir de singularité et désir de similitude, l'individu accentue sa conformité avec les autres du groupe, ce que J.P. Codol nomme « la conformité supérieure de soi ».

Dans les groupes de non-appartenance, le processus de catégorisation, en tant qu'il classe le semblable et le différent dans la société, est essentiel pour la construction cognitive. La catégorisation sociale, permise par la comparaison sociale, permet à l'individu de percevoir l'autre comme appartenant ou non à un groupe social commun. Ce processus s'établit par une mise en lien des groupes d'appartenance avec les

groupes de non-appartenance. Les groupes de non-appartenance se divisent en groupes de référence et groupes de non-référence. Un groupe de référence est un groupe auquel l'individu s'identifie ou souhaite s'identifier, auquel il compare ses représentations et conduites sociales. L'intégration est autorisée quand le groupe de référence correspond au groupe d'appartenance, l'exclusion du groupe d'appartenance est possible dans le cas contraire. A l'inverse, la comparaison sociale entre le groupe d'appartenance et un groupe de non-référence est généralement à l'origine d'une perception et d'une majoration des distinctions entre ces groupes, c'est la « différenciation intercatégorielle », et d'une diminution des différences au sein du groupe d'appartenance, c'est l' « homogénéisation intracatégorielle ». Généralement, l'individuation au sein du groupe d'appartenance est plus forte dans les groupes dominants et dans les groupes où cette valeur est une norme valorisée. L'identité sociale se construit « en accentuant les différences entre les catégories qui les distinguent des personnes appartenant à d'autres groupes, tout en homogénéisant ces catégories » (5).

III.2. LE GROUPE SOUS L'ANGLE PSYCHODYNAMIQUE

III.2.1. Quelques points historiques

III.2.1.1. De l'Antiquité au 19^{ème} siècle

Le traitement en groupe des maladies psychiques existe depuis l'Antiquité, depuis l'époque classique chez les Grecs et dans les sociétés traditionnelles africaines (107) (114). Les identifications mutuelles, un encouragement partagé, une communauté de mécanismes défensifs et d'idéaux sont des propriétés thérapeutiques reconnues à cette époque (115).

C'est au cours du 19^{ème} siècle qu'apparaît une opposition entre individu et groupe. Certains auteurs de cette époque, tels que G. Tarde et G. Le Bon, considèrent le groupe comme menaçant l'ordre social et rendant l'individu dépendant de lui (115).

III.2.1.2. Les préalables freudiens

Dès 1895, S. Freud entreprend la description de l'organisation et du fonctionnement psychique sur le modèle du groupe, en décrivant des « groupes psychiques ». Ces ensembles d'éléments intrapsychiques liés entre eux fonctionnent dans une organisation spécifique, qui donneront ensuite naissance aux différentes instances des deux topiques (107) (111). Au cours de la période de la Première Guerre Mondiale, S. Freud dresse une première esquisse des théories groupales, même si son intérêt principal reste porté sur la psyché individuelle et sa détermination par le groupe (116). Il extrapole, à partir de la cure analytique individuelle, les liens de l'espace psychique inconscient avec celui de l'autre, des groupes, des masses et des institutions (117). S. Freud tente d'amoindrir l'opposition entre sujet et groupe « en indiquant que l'individu mène une double existence, qu'il est à lui-même sa propre fin, et qu'il est assujéti à un ensemble » (115).

Selon lui « la vie en commun des hommes ne devient possible que lorsqu'une pluralité parvient à se réunir en un ensemble plus puissant que chaque individu particulier, et réussit à se tenir ensemble face à tout individu particulier » (107). S. Freud s'interroge sur la transformation d'une pluralité en un groupe, et plus précisément en un groupement institué ou une institution (2).

III.2.1.3. Le développement des théories groupales

Les crises sociales du monde moderne sont des périodes désorganisant la société et la culture, qui n'apportent plus suffisamment de supports psychiques communs. « La désagrégation des cultures et des systèmes de sociabilité traditionnels au sein de la société globale, et plus précisément [...] la transformation en profondeur des groupes primaires, c'est-à-dire de la famille » caractérisent ces moments (118). La période de l'entre-deux-guerres initie le développement des théories groupales en France et dans les autres pays. Celles-ci prennent leur essor dans les suites de la seconde Guerre Mondiale et lors de différents conflits au sein du groupe psychanalytique (113) (119).

Aux Etats-Unis, T. Burrow initie une psychanalyse en groupe peu après 1909 (114). Des groupes d'enfants auraient été menés par J.L. Moreno dès 1911 (120). S.R. Slavson, dans la lignée des travaux de T. Burrow, est néanmoins reconnu comme le premier à instaurer des thérapies groupales chez l'enfant et l'adolescent dès 1934. S'appuyant sur les modèles fonctionnalistes de l'*Ego Psychology*, l'apport thérapeutique provient des conditions environnementales favorables, de la « pédagogie correctrice » d'une bonne expérience groupale et de la stimulation des interactions (121). Le groupe ne possède pas d'existence propre, l'accent est porté sur l'idée du besoin de tout individu d'appartenir à une communauté, ou phénomène de « *social*

hunger » ou « faim sociale » (120). Egalement dans les années 1935, L.K. Wender et P. Schilder proposent les thérapies groupales psychanalytiques chez l'adulte, notamment pour les patients états limites.

C'est à partir des années 1940 en Angleterre qu'une méthode groupale spécifique se développe dans une perspective davantage psychodynamique, faisant apparaître le groupe comme une entité avec un fonctionnement psychique propre (107). Le courant de la « *Group-analysis* » se développe, soutenu par S.H. Foulkes, s'inspirant du courant du gestaltisme de l'allemand K. Goldstein et de l'américain K. Lewin. En 1961, W.R. Bion édifie un modèle théorique des formations et processus de la vie psychique des groupes, ainsi que des modèles pratiques thérapeutiques notamment pour des patients borderline, développés pour leur aspect économique sur les plans financier et psychique. Le groupe thérapeutique est envisagé comme une alternative aux échecs de la cure individuelle (115).

En Argentine, dès les années 1950, les travaux d'E. Pichon-Rivière et J. Bleger sont axés sur l'articulation entre l'espace psychique individuel et l'espace psychique du groupe (107). E. Pichon-Rivière développe le groupe thérapeutique comme soutenant le processus de socialisation, dont la visée de contrôle social persiste.

En France, les thérapies groupales se développent dans les années de reconstruction économique et sociale qui suivent la fin de la Seconde Guerre mondiale (107) (122). En 1947, S. Lebovici et J. Moreau Dreyfus publient un article intitulé « La psychothérapie collective chez l'enfant ». A partir des années 1970, les théories groupales prennent leur essor en réponse aux lois de politique de santé publique et de gestion des ressources thérapeutiques appliquées aux soins psychiques, visant la proposition de soins au plus grand nombre et le renforcement des processus de socialisation. Par la suite, les théories psychanalytiques groupales s'appuient sur la psychiatrie communautaire et la psychothérapie institutionnelle. Tandis que les techniques groupales foisonnent dans les pays anglo-saxons, la pratique en groupe, dans le groupe « tenu essentiellement pour un lieu d'aliénation » et en dehors de la cure individuelle rapportée comme un idéal, est d'abord accueillie et pratiquée avec méfiance en France (118) (123). Seul le psychodrame de groupe ou en groupe, notamment morénien, connaît un essor important. Suite aux courants de J.B. Pontalis, D. Anzieu et R. Kaës, les pratiques de groupe chez l'enfant se développent avec G. Haag, S. Urwand, P. Privat, J.B. Chapelier.

Les groupes thérapeutiques, destinés aux maladies psychiatriques, alcooliques et tuberculeuses, débutent d'abord dans les hôpitaux. A cette époque, « le groupe sert essentiellement les intérêts du social, secondairement ceux de l'individu. Le groupe sert à contenir les malades, à les constituer en néo-communauté ; le groupe sert au dépôt de ce qu'ils ne peuvent contenir dans leur espace interne. Il sert aussi à transformer, changer leur vie par l'effet énergétique des processus de groupe » (115). Chacun à leur

époque, S. Freud et M. Klein s'opposent aux prises en charges thérapeutiques groupales (124) (125) (126). La psychothérapie de groupe se développe en s'écartant de la situation de la cure type, elle réintroduit une dimension plus familière, celle du social, sans pour autant n'être qu'un groupe social (127). Dans le monde postmoderne, selon R. Kaës, le groupe peut être envisagé comme une entité spécifique et l'individu comme « un sujet structuré dans le groupe » (115). Cette technique de soins s'exporte dans les différentes structures de soins pédopsychiatriques en dehors des murs, où elles prennent actuellement une place importante.

III.2.1.4. Les trois théories contemporaines

Selon R. Kaës, « le groupe n'a pas de sens, il ne comporte pas de signification, mais il peut en fabriquer si l'on s'intéresse à son usage et à l'appareil pour penser, pour délier et relier qu'il constitue » (2). Le groupe est une représentation des individus et de leurs liens à un instant donné (126). Les conceptions psychodynamiques du groupe sont une construction théorique nous permettant d'appréhender la réalité groupale, partageant des processus psychiques inconscients entre leurs membres et différentes fonctions de transmission, de délégation, de transformation, de symbolisation (126). R. Kaës ne manque pas de souligner la construction de ce corpus théorique à partir des dispositifs groupaux eux-mêmes construits, réduisant ainsi ce qui est observable, mais sans diminuer leurs possibilités. Les dimensions sociales, politiques et culturelles du groupe importent tout autant (115).

Au fil du temps, trois niveaux de théories groupales psychodynamiques peuvent être décrits. Les théories les plus anciennes comprennent les théories du groupe en tant qu'il est un ensemble et une organisation spécifique doté d'une réalité psychique propre. Sont apparues ensuite les théories visant la compréhension des processus psychiques issus des liens intersubjectifs entre plusieurs individus, à l'origine du groupe comme manifestation et comme matrice. Enfin, la théorie du « *sujet de l'inconscient* en tant qu'il est *sujet de/dans l'intersubjectivité* » de R. Kaës (107) porte l'accent sur la réalité intrapsychique des membres du groupe mobilisée par le groupe.

Nous présentons quelques points des théories psychodynamiques du groupe, nécessaires à la suite de notre travail.

III.2.2. Les trois espaces psychiques du groupe

III.2.2.1. L'entité groupale

L'espace du groupe est, pour certains théoriciens, l'unique espace à envisager, donc compris comme une entité à part entière, une totalité, possédant une réalité psychique propre avec son organisation et ses processus (107). Le groupe est pensé comme un objet, irréductible à la somme des sujets et des interactions qui le composent et qui n'existe pas sans le groupement (117) (111). Il est « une structure de transfert des formations de la réalité psychique de chaque sujet, avec cette particularité décisive que le transféré s'y agence d'une manière autonome par rapport à son lieu d'origine » (115). La réalité groupale est évoquée par S. Freud en termes de « psyché ou âme de groupe », par W.R. Bion en termes de « mentalité et culture de groupe », par S.H. Foulkes en termes de « matrice groupale », par E. Pichon-Rivière en termes de « totalité et de champ » (126).

♣ Les fonctions du groupe

Les modèles fonctionnalistes décrivent les fonctions et processus du groupe indispensables aux besoins de l'entité groupale (107). Le groupe prend forme par une association d'interrelations plus efficace dans la tâche qui lui est assignée que par une action menée individuellement. Le groupe s'occupe de rester en équilibre, les interactions entre les membres devant agir dans l'intérêt collectif, tout dysfonctionnement devant être éliminé. Plusieurs fonctions sont essentielles au groupe.

Les fonctions du meneur ou leadership régulent le groupe et les besoins de ses membres afin de le rendre efficace. Dans une perspective psychodynamique, le leader reçoit une partie des Idéaux des membres du groupe pour permettre à ces derniers d'accueillir des formations psychiques communes au groupe.

Dans le groupe, les fonctions de l'Idéal sont les effets de la dépendance précoce du Moi à l'objet et participent à la cohésion du groupe (107). Les fonctions de l'Idéal sont attribuées au groupe ou au meneur, le groupe valide ses Idéaux et est géré par des contrats unissant les membres du groupe. Ce concept permet d'éclairer le « narcissisme des petites différences » décrit par S. Freud. « Celui-ci procède de la tendance à se mettre à part des autres, à s'affirmer soi-même, à combattre chez les autres leurs expressions narcissiques et à considérer son propre groupe (ou famille, ou institution, ou nation) comme supérieur à celui de l'autre. Les formations de l'Idéal des autres sont particulièrement haïes et attaquées. Une des fonctions du groupe, qui peut être déléguée à l'un de ses membres ou à un dispositif idéologique, est de cultiver le narcissisme des petites différences » (107).

Les fonctions de croyance du groupe, qui s'appuient sur les fonctions de l'Idéal, sont particulièrement à l'œuvre dans la cohésion du groupe où toute défaillance lui est niée. La fonction de croyance « comporte une dimension narcissique qui s'accroît chaque fois que les restrictions de l'épreuve de réalité ne permettent pas d'élaborer la position dépressive. Idéaux, croyances, narcissisme des petites différences sont appelés à combler l'espace dépressif qui s'ouvre en chacun. En ce sens, la croyance est un antidépresseur groupalement induit » (107). Cette fonction peut être rapprochée de l'illusion groupale définie par D. Anzieu comme « la coïncidence entre l'attente individuelle et son comblement par le groupe » et de l'aire transitionnelle de D.W. Winnicott, espace de « déjà-là » et de « non-encore advenu » (107). « La confiance (soit la croyance primaire en la bonté de l'objet) permet d'éprouver l'illusion fondatrice d'une continuité entre la réalité psychique et la réalité externe ». L'illusion est nécessaire à la formation du groupe, mais aussi nécessaire à la désillusion, permettant la différenciation des différents éléments du groupe.

Les fonctions métadéfensives décrivent les mécanismes de défense communs du groupe sur lesquels peuvent s'appuyer les propres mécanismes de défense des sujets. L'institutionnalisation du groupe, les alliances inconscientes, les Idéaux, les croyances communes en sont des exemples. Les fonctions d'enveloppe groupale, nécessaires à l'identité du groupe et à sa délimitation entre un dedans et un dehors, débutent avec les travaux de K. Lewin, puis ceux d'E. Bick et de D. Anzieu.

♣ La structure du groupe

Les modèles structuralistes définissent une réalité psychique du groupe distincte de la somme des espaces psychiques individuels, spécifiée par une structuration, des principes organisateurs, des lois qui relient le groupe avec ses éléments, ses éléments entre eux, ainsi que par des principes de transformation d'une structure à une autre (107) (115). Ils s'appuient sur la *Gestalttheorie*, qui envisage la structure groupale sous une forme de « figure-fond » : l'individu est un point du réseau qu'est le groupe. Les travaux de K. Lewin rejoignent ici ceux de S.H. Foulkes : le groupe est une structure qui n'est pas modifiable lors des changements de ses composants, alors que « la modification de la structure de l'ensemble peut, dans certaines conditions, changer l'économie de ses éléments constitutifs » (107).

Selon S.H. Foulkes, l'espace psychique groupal ou « matrice groupale » serait le terrain des relations, du réseau d'interactions, des réactions et des communications inconscientes. La matrice groupale permet le développement de l'individualité (113). Le traitement du réseau du groupe, soit du groupe d'origine soit par un groupe construit (par exemple certaines psychothérapies de groupe), permet le traitement d'une maladie, supposée produite par un réseau défaillant.

Selon W.R. Bion, la mentalité de groupe est « l'activité mentale qui se forme dans un groupe à partir d'opinions, de la volonté des désirs inconscients, unanimes et anonymes de ses membres » (107). La mentalité de groupe permet la satisfaction des pulsions et désirs lorsque ceux-ci sont en adéquation avec le groupe, de faire supporter au groupe certains affects, mais le groupe est à l'origine de frustrations de certains besoins des individus. Les présupposés de base, contenus de la mentalité groupale, sont des affects intenses, primitifs et inconscients, communs au groupe et renvoyant le plus souvent aux parts individuelles archaïques (5) (114). Les présupposés de base sont aussi des mécanismes groupaux de défense, notamment contre les angoisses psychotiques ravivées par la régression de chaque individu en groupe. W.R. Bion décrit le présupposé d'attaque-fuite contre l'angoisse de persécution, le présupposé de dépendance contre l'angoisse dépressive et le présupposé de couplement contre l'angoisse œdipienne primitive (5) (115). La structure et l'organisation du groupe, définies par la tension entre la mentalité groupale et les souhaits et affects individuels, à un moment donné, sont à l'origine de la « culture de groupe », propre à chaque groupe (126). W.R. Bion isole deux types de fonctionnement des groupes, en tension l'un avec l'autre, oscillant de l'un à l'autre : le « groupe de travail », organisé par les processus secondaires et le « groupe de base », lieu des pensées indifférenciées et archaïques organisé par les processus primaires, étant eux-mêmes sous la forme de présupposés de base (107) (115). De même que l'appareil psychique maternel, le groupe est « un appareil à penser les pensées » (126) : il peut assurer l'opération de transformation des éléments β en éléments α ou pensée élaborée.

Les modèles structuralistes définissent la loi du groupe, qui diffère de la Loi de groupe (107). La première concerne le fonctionnement et la composition d'un groupe particulier, portée par le leader et s'appliquant aux membres du groupe. La seconde est une loi générale imposée à tout groupe et à tout membre d'un groupe, qui se la réapproprie en fonction de sa loi du groupe. La Loi de groupe érige les règles et les interdits qui autorisent les liens dans les groupes et les réalisations de ses membres. S. Freud définit l'interdit du meurtre et les pactes ou contrats de renoncement mutuel des buts pulsionnels qui garantissent l'appartenance et la protection par le groupe.

Enfin, selon les modèles structuralistes, l'affect, conscient et inconscient renvoyant aux premières relations, permet de lier les membres d'un groupe (5). « Chacun est pour chacun un objet d'investissements pulsionnels, d'émois, d'affects et de représentations divers, peut-être antagonistes, qui entrent en résonance ou en dissonance les uns avec les autres » (115). Les émotions de groupe portent un caractère fondateur de la cohésion groupale dans les théories de D. Anzieu, d'O. Avron et l' « émotionnalité groupale », d' A. Abraham et les « émois du co-soi » (107). Selon W.R. Bion, les émotions groupales, qui teintent les présupposés de base, d'intensité importante, instaurent une confusion groupale mais renseignent les membres du groupe sur la tendance émotionnelle groupale.

♣ La genèse du groupe

Les modèles génétiques s'intéressent aux processus à l'œuvre dans le développement et la vie des groupes, même si ce point est développé par la majorité des autres théories. Dans une perspective d'historicisation, ces modèles décrivent le groupe et sa naissance, renvoyant à « un en-deçà de la rencontre » où peuvent être saisis « certains processus de l'originaire » (107), sa croissance composée de phases stables parsemées de crises, ses maladies et sa mort. Ces modèles prennent appui sur les notions d'évolutivité et d'organiseurs, rappelant le développement de l'enfant. Au cours de sa théorie, D. Anzieu en 1975 et 1981 rapporte plusieurs organisateurs psychiques : le fantasme individuel, l'imgo, le fantasme originaire, le complexe d'Œdipe, l'enveloppe groupale. Plus spécifiquement dans les groupes d'enfants, G. Decherf en 1981 énonce trois organisateurs principaux : « un premier organisateur constitué par une imago maternelle à deux faces, provoquant sidération, fusionnalité et illusion groupale, et un deuxième organisateur, œdipien, qui organise la recherche d'une Loi de groupe, la prohibition de l'inceste étant déplacée sur les intervenants du groupe ; les fantasmes originaires forment le pivot d'un troisième organisateur et le principe du processus de fantasmatisation » (107).

♣ Les émotions du groupe

Divers affects sont éprouvés au cours des groupes (5). Le groupe peut débiter par un sentiment de dépersonnalisation, de perte d'identité singulière traduisant l'absence d'unité du groupe. Puis un sentiment de menace peut intervenir une fois l'angoisse de dépersonnalisation dépassée, par angoisse du jugement par autrui. Un sentiment de dépendance peut faire basculer la coopération entre les membres à la fusion qui anéantit toute différence entre les individus. D. Anzieu décrit ici l'« illusion groupale », véritable identité groupale vécue avec euphorie, qui prend la place de l'identité des individus (128). Cet état fusionnel se caractérise par le « sentiment d'être bien ensemble » (126). Il s'agit d'un état « nécessaire à la création du groupe comme ensemble, comme objet libidinal commun » (126), pour un temps seulement, pour ne pas qu'elle transforme le groupe en idéologie effaçant et maintenant sous son emprise les individus. Un sentiment d'abandon, s'accompagnant souvent d'un vécu de culpabilité, peut être ressenti lors de la phase de désillusion, de l'arrêt du groupe, ravivant les angoisses d'abandon et de séparation. Ces sentiments peuvent être mis en parallèle avec la rencontre avec un étranger, mobilisant « la méconnaissance, l'affrontement, l'affiliation et l'intériorisation » mais également comme reviviscence de la première rencontre du tout petit avec sa mère (5).

♣ Les processus et les principes groupaux

La vie des groupes est retracée sous forme de processus et principes (107). Leur complexité est due à l'association de deux espaces hétérogènes, l'espace intrapsychique des membres du groupe et l'espace intersubjectif et transsubjectif du groupe, ainsi qu'à l'hétérogénéité des temporalités individuelles et groupales des processus.

Plusieurs processus entrent en jeu :

- Les processus psychiques groupaux originaires, mobilisés lors de la mise en groupe, se rapportent à un mode de fonctionnement psychique qui précède les processus primaires et secondaires, « produit dans la rencontre entre la psyché de l'infans et le monde environnant » selon P. Aulagnier (107). Dans le groupe, cette étape se caractérise par des effets de non-séparation des espaces psychiques individuels et par des expériences de nature psychotique : abaissement des limites du Moi des sujets, fantasmatique d'auto-engendrement, moindre différenciation de leur temps et de leur espace ainsi que des limites dedans - dehors, le groupe devenant « un espace narcissique sans limite » (107). La rencontre inaugurale en groupe débute par les expériences de plaisir et de déplaisir, sur le modèle de la rencontre du nouveau-né avec sa mère. La recherche d'un plaisir commun permet de lier les espaces psychiques et les objets. « La constance des investissements de liaison sur le groupe en tant que formant un tout [...] et sur ses limites sera donc un des processus originaires majeurs » (107). L'illusion groupale pourrait constituer un processus originaire.

- Les processus primaires définis par S. Freud sont ceux de l'inconscient, au service de la satisfaction des désirs inconscients. Dans les groupes, la mentalité de groupe de W.R. Bion, l'onirisme groupal de D. Anzieu, sont gouvernés par les processus primaires (115). Selon ce dernier, « le groupe est, comme le rêve, le moyen et le lieu de la réalisation imaginaire des désirs inconscients infantiles. Comme le rêve, comme le symptôme, le groupe est l'association d'un désir inconscient qui cherche sa voie de réalisation imaginaire, et de défenses contre l'angoisse que suscitent dans le Moi des membres du groupe de tels accomplissements » (107) (118).

- Les processus secondaires sont caractéristiques du système Préconscient-Conscient, au service de l'investissement des représentations, de la mise en sens, de la régulation des processus primaires, en lien avec le principe de réalité. Dans cette perspective, le discours de groupe se fonde sur la reprise, la modification et l'intégration des énoncés par les sujets, la pensée acquérant ainsi des propriétés groupales. « Tous les discours sont à la fois déjà là, inscrits dans la culture et créés par les contributions des sujets dans le groupe » (107).

- Les processus tertiaires, dans le langage d'A. Green, sont explicités comme un moyen d'articulation entre les processus primaires et secondaires dans la psyché individuelle, et entre le langage et la psyché. Dans le langage d'E.R. Doods, les processus tertiaires rendent conformes les productions à la structure

culturelle, en lien avec les mythes de cette culture. Les contenus des mythes collectifs sur le groupe et sur les sujets imprègnent les énoncés des sujets. « Le groupe et ses énoncés sont une des conditions nécessaires à la constitution d'un sujet du discours » (107).

Plusieurs principes de fonctionnement opèrent dans les groupes de façon complémentaire et antagoniste :

- Le principe de plaisir/déplaisir, principe économique, organise les autres principes. Il fonctionne dans les groupes dans le sens de la satisfaction des désirs (formation d'un ensemble, protection, stimulation et régulation des pensées) et à l'encontre du déplaisir (trop plein d'excitation individuelle et groupale, atteintes narcissiques, angoisse d'abandon, de rejet ou d'absence de place dans le groupe).

- Le principe d'indifférenciation/différenciation, principe topique, organise la vie du groupe, qui se forme dans l'indifférenciation des espaces psychiques individuels puis qui tend vers la différenciation. Ce principe est décrit sous les termes de présupposés de base pour W.R. Bion, de pôle isomorphe et homéomorphe de l'appareil psychique groupal pour R. Kaës.

- Le principe de délimitation dedans/dehors, principe topique, permet la formation d'une limite dedans-dehors, d'une différenciation contenant-contenu, d'une enveloppe entre l'espace psychique individuel et groupal.

- Le principe d'autosuffisance/interdépendance « gère la formation de la spécificité de la réalité psychique groupale par rapport à la réalité individuelle et sociale » grâce aux organisateurs psychiques inconscients et aux présupposés de base (107). L'illusion groupale, les fantasmes d'autoengendrement, les rêveries utopiques et les idéologies autarciques organisent la modalité d'autosuffisance, le complexe d'Œdipe organise la modalité d'interdépendance. Le registre imaginaire se distingue ainsi du registre symbolique.

- Le principe de constance/transformation, principe économique et dynamique, régule le groupe entre un minimum d'excitations et de conflits et l'activation des autres principes à l'origine des transformations groupales.

- Le principe de répétition/sublimation permet de dépasser les traumatismes groupaux par l'activité symbolique, tel le passage de la Horde au Groupe.

- Le principe de réalité, ou groupe de travail de W.R. Bion, tente de prendre le pas sur le principe de plaisir/déplaisir, même si quelques représentations inconscientes le parcourent. Ce principe exige comme organisateur préalable la Loi sociale. Les règles des groupes thérapeutiques garantissent ce principe de réalité.

III.2.2.2 Les liens de groupe

Certains auteurs, notamment J.B. Pontalis, D. Anzieu et R. Kaës, s'intéressent au groupe dans le lien que le sujet entretient avec lui, au groupe en tant qu' « objet d'investissements pulsionnels et de représentations inconscientes » pour le sujet (118) (111) (113) (114). Les théories explicitant l'intersubjectivité dans les groupes se développent surtout grâce aux travaux d'E. Pichon-Rivière et J. Bleger (107). Selon une majorité d'auteurs, « l'intersubjectivité est constitutive de la subjectivité » (38), l'intersubjectivité est un préalable nécessaire à la construction de la subjectivité : « chacun est précédé par la place qui lui est assignée dans un ensemble intersubjectif dont il devient le sujet » (107).

♣ Les liens, les relations d'objet et la sociabilité

Les théories psychosociales ont pour objet d'étude le champ externe de la relation, c'est-à-dire la relation avec un objet externe, nommée lien, alors que les théories psychodynamiques ont pour objet le champ interne de la relation, c'est-à-dire la relation avec un objet interne, nommée relation d'objet (107). Néanmoins, la relation d'objet est un élément constitutif du lien, elle s'intègre à l'intersubjectivité. L'objet de la relation d'objet, représentation de l'objet par le sujet, diffère de l'objet du lien, véritable autre. « Le lien de groupe possède une logique propre : celle de l'appareillage des psychés sur la base des relations d'objets (ou d'autres organisateurs) de sujets membres du groupe » (107).

J. Bleger définit deux modalités de sociabilité. La sociabilité syncrétique fonde le groupe sur une association involontaire des sujets entre eux, elle est une non-relation comme par exemple dans un bus ou dans une file d'attente. Elle se rapporte à un état de non-discrimination ou de non-individuation du Moi, elle active des parties psychiques archaïques et indifférenciées du Moi (114). « La sociabilité par interaction implique, quant à elle, une relation d'objet interne, une différenciation dans l'espace psychique et dans l'espace intersubjectif ; elle est figure, ou Gestalt, sur le fond de la sociabilité syncrétique, dont on voit bien qu'elle accomplit une fonction de contenant, de dépôt ou d'enveloppe pour les interactions » (107). Ces deux niveaux coexistent chez l'individu, la sociabilité par interaction s'exprime chez le sujet en groupe, par clivage du Moi.

♣ Les identifications

L'identification, « processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci » (91), joue un rôle

majeur dans la constitution de la personnalité mais également dans les liens du groupe. S. Freud note la dimension groupale de l'identification et sa dimension de lien entre l'espace intrapsychique et l'espace des liens intersubjectifs. L'identification porte la marque de l'expression précoce du lien affectif avec autrui, du « substitut régressif d'un choix d'objet abandonné » (107), et de l'intériorisation d'un élément partagé avec l'objet.

L'identification primaire repose sur l'étayage corporel et psychique maternel. L'identification narcissique est la recherche par le sujet d'un objet à aimer, lui permettant de s'aimer lui-même de façon similaire à la représentation qu'il a de l'amour que lui a porté sa mère. L'identification spéculaire permet au sujet de construire son Moi dans le rapport qu'il a avec sa propre image puis dans le rapport qu'il entretient avec l'autre. L'identification introjective repose sur l'introjection de l'objet avec ses pulsions et ses liens narcissiques et objectaux, permettant « de maintenir et conserver à la fois l'investissement narcissique et la relation d'objet (à l'autre) en son absence » (107).

L'identification adhésive est le résultat, selon E. Bick, d'un défaut de la fonction de contenance chez la mère, l'enfant s'accrochant à un objet de son environnement afin de se maintenir unifié. L'identification projective, quand elle est pathologique, résulte d'un mouvement de clivage de l'objet et du moi, puis d'une idéalisation du bon objet et d'une fragmentation et projection des mauvais objets, à visée de contrôle et destruction des mauvais objets internes (97).

Les identifications œdipiennes complexifient les précédentes : « l'identification œdipienne est une identification au rival sur le mode de l'identification hystérique au désir de l'autre, identification régressive sur le modèle de l'objet perdu, et identification progressive dans laquelle coexistent identification introjective et investissement narcissique » (107). Elle permet de dépasser les précédentes identifications décrites, les relations à la mère et au père se modifient. « L'identification œdipienne donne accès à l'ambivalence du lien social. [...] Le lien social est précisément cette transformation dans les identifications, cette coexistence d'un sentiment primitivement hostile avec un attachement positif » (107).

Les « repères identificatoires », terme emprunté à l'ethnologie, sont les supports des liens dans les groupes. Ils sont des « repères matériels et culturels [qui] articulent l'espace intrapsychique, l'espace culturel et l'espace social » mais aussi des éléments distinctifs signant les limites de l'appartenance à un groupe. Les identifications inconscientes sont mobilisées par les repères identificatoires, « chaque sujet cherche à faire coïncider dans les liens de groupe ses identifications inconscientes avec les exigences d'emplacement requises par l'appartenance au groupe et par les repères identificatoires qui en témoignent » (107).

♣ Les alliances inconscientes

Afin d'explicitier la formation des groupes, R. Kaës propose le concept d' « alliances inconscientes » (107). Elles sont « des processus de production conjointe de l'inconscient par les sujets de tout lien en raison même de ce qu'exigent leur lien et leurs propres contraintes internes dans le lien qu'ils ont contracté » (117). « L'ensemble ainsi lié ne tient sa réalité psychique que des alliances, des contrats et des pactes inconscients, que ses sujets concluent et que leur place dans l'ensemble les oblige à maintenir » (107). Il s'agit d'une réalité psychique inconsciente établie par le lien des différents sujets, ainsi rassemblés en groupe. « Chaque ensemble s'organise positivement sur des investissements mutuels, sur des identifications communes, sur une communauté d'idéaux et de croyances, sur des modalités tolérables de réalisation de désirs. Chaque ensemble se construit aussi négativement sur une communauté de renoncements et de sacrifices, sur des effacements, sur des rejets et des refoulements, sur un « laissé de côté » et sur des restes » (107). Les fonctions métadéfensives des groupes (dénî, clivage ou refoulement des représentations dangereuses) s'organisent grâce aux alliances inconscientes et sont un appui pour les mécanismes de défense des sujets du groupe.

Les alliances inconscientes peuvent prendre des formes structurantes ou des formes défensives, voire pathologiques (117). Les premières sont représentées par l'accordage primaire, le contrat narcissique, les pactes des interdits fondamentaux, le renoncement à la réalisation des buts pulsionnels. Les secondes sont représentées par le pacte dénégatif dans sa modalité défensive et non organisatrice, la communauté de dénî, l'alliance dénégatrice ou les alliances perverses.

Selon S. Freud, l'étayage narcissique parental permet la construction du narcissisme primaire de l'enfant. Selon P. Aulagnier, l'individu qui naît contribue à faire perdurer le groupe familial et la société auxquels il appartient, en échange d'un investissement narcissique groupal de cet individu. Le « contrat narcissique » permet justement de donner une place à l'enfant, déterminée dans le groupe par les individus qui portent le discours de groupe. Ce discours de groupe est ensuite repris personnellement par l'individu. Le « pacte narcissique » en serait la version « immuable », « de parfaite coïncidence narcissique », « ne supportant aucune transformation » (107).

Chaque membre s'inscrit dans une lignée et dans une fraternité. Ce qui sert à unifier le groupe unifie également le monde interne de l'individu, délimite le dedans du dehors, distingue l'étrange du familier, l'ami de l'ennemi.

♣ Les fonctions phoriques

Dans le lien intersubjectif, lien entre les espaces psychiques, certains sujets occupent une place qui leur donne une fonction particulière, appelée fonction intermédiaire ou fonction phorique. L'accent est porté sur l'articulation de « l'organisation intrapsychique du sujet de l'inconscient, la part qui lui revient en propre dans la fonction phorique qu'il accomplit et dans sa façon de se servir du lien, et le sort qui est fait à cette fonction et au sujet qui l'incarne dans le processus du lien » (107). C'est par exemple la fonction de « porte-voix » ou « porte-parole », dont la parole témoigne d'un processus groupal. Ce sont aussi les fonctions de porte-rêve, porte-symptôme, porte-idéal, porte-mort, bouc émissaire, sacrificateur. Le sujet placé dans cette fonction à la fois par les autres membres du groupe et par lui-même.

♣ La pensée groupale

La représentation s'inscrit dans tout lien intersubjectif, hormis dans les « liens « non-liens », fondés sur l'union fusionnelle ou sur le rejet » (107). La pensée du lien emploie les processus primaires, secondaires et tertiaires afin de métaboliser groupalement une anxiété que le sujet n'est pas en capacité d'élaborer individuellement. La pensée de groupe est déterminée par le groupe entier tandis que la pensée en groupe est spécifique à chaque sujet mais construite grâce au lien intersubjectif. Les liens entre la pensée de groupe et la pensée en groupe sont complexes. Une certaine syntonie, tout autant qu'un certain écart, sont nécessaires à la collaboration de la pensée individuelle et de la pensée groupale.

III.2.2.3. L'appareil psychique groupal, la groupalité psychique et les groupes internes

Les précédents modèles nous semblent assez restrictifs, notamment les modèles visant à décrire le groupe comme entité, qui absorbe le sujet et abolit l'individualité et la subjectivité des membres. C'est pourquoi nous présentons la théorie de R. Kaës qui nous semble davantage holistique.

♣ L'appareil psychique groupal

Sur le modèle de l'appareil psychique freudien, R. Kaës développe vers la fin des années 1960, l'« appareil psychique groupal » qui produit, contient, lie, forme, transforme et gère une réalité psychique commune et

propre à l'espace du groupe (107) (111) (115). L'appareil psychique groupal est la structure qui accorde les réalités psychiques individuelles par l'intermédiaire de leurs groupes internes ou « organisateurs psychiques inconscients » (117), « le groupe en reçoit les investissements, les dépôts, les projections » (115). Cette réalité psychique est agencée en une réalité psychique groupale au-delà d'une collection des réalités psychiques individuelles mais prenant appui sur elles. « Le modèle de l'appareillage psychique groupal est centré sur les articulations entre le sujet et le groupe, précisément sur les nouages des effets de groupe avec les effets de l'inconscient » (107). Cet espace de réalité psychique est le contenant de productions groupales spécifiques : illusion groupale et enveloppes groupales, processus associatifs, espace onirique, alliances inconscientes, mythes, idéologies et utopies (117). L'appareil psychique groupal obéit à des principes et des processus de transformation essentiellement primaires.

Cette construction psychique commune comprend trois pôles d'organisation. Le premier est isomorphique, ou indifférencié, ou psychotique, fonctionnant sous la modalité des processus originaires et primaires. Les limites individuelles sont abolies, l'écart entre le groupe intersubjectif et les groupes internes est réduit voire nié. Dans ce pôle d'organisation, « tout ce qui arrive du dedans arrive aussi du dehors », l'homogénéité domine les émotions et les réactions (107) (111). Ce mode de groupement caractérise le début d'un groupe et peut être nécessaire à la survie du groupe lors de crises ou de menaces. Le deuxième pôle est homéomorphique ou différencié, autorisant l'accès à la pensée symbolique et à la différenciation. La Loi de groupe énonçant les interdits, contenant les conflits et l'ambivalence, permet cette construction. Le groupe oscille entre ces deux polarités, qui sont complémentaires et antagonistes. Une troisième modalité d'appareillage des psychés dans le groupe est celle du « tourbillon » (111). Cette organisation est chaotique, maniaque, instable. Les psychés individuelles ne parviennent pas à s'accorder, les espaces psychiques internes ne se lient pas avec l'espace du groupe. Cette modalité prend fin lorsque le sujet trouve psychiquement sa place.

♣ La groupalité psychique et les groupes internes

E. Pichon-Rivière explicite les relations intrasubjectives qui sont des « structures de liens intériorisés et articulés dans un monde interne » (107). Le sujet intériorise le réseau des liens intersubjectifs et sociaux, introjecte les structures relationnelles des liens familiaux et des différents groupes auxquels il appartient, les reconstitue intrapsychiquement sous forme de « groupe interne », ce qui lui permet d'émerger en tant que sujet, sujet social et sujet psychique. « Les groupes internes sont des modèles internes qui orientent l'action vers les autres dans les rapports intersubjectifs » (107). D. Napolitani ajoute que la groupalité intrapsychique se construit par introjection des objets, des liens entre les objets internes et les imagos

familiales, sur support des identifications. Selon ces deux auteurs, les groupes internes sont réactivés dans le groupe.

Selon R. Kaës, l'appareil psychique groupal est agencé selon deux éléments centraux : la groupalité psychique et les groupes internes (107). Cette conception permet l'assemblage ou « l'arrangement combinatoire » des psychés individuelles par les liens intersubjectifs, dans un « espace de réalité psychique commune et partagée » « de et dans le groupe » (111). La réalité psychique groupale se forme en puisant et modifiant les groupes internes individuels, l'individu en tire profit en retour.

La groupalité psychique « est au principe de la fonction d'organisateur inconscient des liens intersubjectifs et des groupes » (117). Elle est un modèle de l'organisation de la réalité psychique sous forme groupale, rassemblant les processus des groupes internes (111). Son activité est « celle d'associer de la matière psychique, d'en combiner les éléments, de les différencier, de les transformer et de les organiser en des ensembles de complexité variable, mais aussi de les dissocier, ou de les réduire en une masse compacte et indifférenciée, ou encore de les agglomérer en des formations composites et hétérogènes » (107). Au-delà de l'introjection des groupes sociaux, la groupalité psychique s'aménage selon les activités de liaison et déliaison, d'association et dissociation. Selon R. Kaës, la groupalité psychique est d'abord « la forme, la fonction et le processus qu'occupe le groupe dans l'espace de la réalité psychique interne », puis s'étend « dans tout le champ de la réalité psychique organisée par les liens de groupes, interne et externe, réelle et fantasmatique » (111).

Les groupes internes ou groupes psychiques sont des « organisateurs psychiques inconscients du lien intersubjectif de groupe » (115) (117) (121) (124). Ils agencent les représentations du groupe à l'intérieur de la psyché de chaque sujet et sont les architectes de la groupalité psychique. Ils configurent les « liens intrapsychiques entre des pulsions et des objets, leurs représentations de mots ou de choses, entre des instances de l'appareil psychique, des imagos ou des personnages » (107). R. Kaës décrit sept groupes internes principaux : des groupes internes originaires (l'image du corps, les fantasmes originaires, les complexes œdipiens et fraternels) et des groupes internes primaires (les identifications, les imagos, les relations d'objet, l'image de l'appareil psychique) (111) (117). Grâce à des « propriétés scénarique et syntagmatique » (107), les groupes internes définissent la place et les mouvements des objets intrapsychiques et celle des sujets dans le groupe, selon le sujet et le groupe en question. Les groupes internes sont au-delà d'une simple adjonction, ils sont ordonnés dans une organisation structurale, fonctionnelle et transformationnelle. Ils résultent d'identifications et d'introjections. Des organisateurs sociaux ou culturels s'ajoutent aux groupes internes, tels les modèles historiques, mythiques... Les groupes internes sont soumis à divers processus originaires et primaires, selon l'espace dans lequel ils agissent :

condensation, déplacement, diffraction, multiplication de l'élément identique, permutation, inversion (111).

♣ Les corrélations de subjectivité

Selon S. Freud, l'élaboration psychique résulte de l'exigence de travail de l'énergie pulsionnelle par l'appareil psychique, au moyen de la liaison entre les affects et les représentations, constituée par les fantasmes (107) (116). Il initie une théorie sur la production groupale des scénarios fantasmatiques, résultant d'un compromis d'une part entre les désirs individuels et ceux pouvant être supportés par le groupe, d'autre part entre la place souhaitée par l'individu dans ce scénario-là et celle que le groupe lui assigne.

Le concept de « corrélations de subjectivité » défini par R. Kaës explicite la relation du sujet avec la subjectivité de l'objet. Dès les relations primaires, étayantes et organisatrices pour la psyché de l'enfant, l'introjection de l'objet concerne certaines de ses qualités et de ses relations. Selon R. Kaës, la réponse maternelle aux besoins de l'enfant est importante en tant que telle, mais également en tant qu'activité psychique de la mère transmise au Moi de l'enfant. « Cette intervention est aussi irruption de l'inconnu de l'autre dans le Moi, elle marque la discontinuité irréductible entre l'intrapsychique et l'intersubjectif » (107). L'introjection précoce concerne l'introjection de l'objet, mais également de la subjectivité de cet objet, donc « l'autre de l'objet » selon A. Green et « l'autre dans l'objet » selon R. Kaës. « C'est que l'autre, présent dans l'objet, est irréductible à son intériorisation comme objet » (107).

Les corrélations de subjectivité qui s'établissent par les liens dans le groupe sont à l'origine de plusieurs exigences de travail psychique. Il s'agit du narcissisme primaire, s'exprimant par les contrats et pactes narcissiques, nés de l'investissement narcissique du bébé par les parents et par le groupe familial. Il s'agit également des pactes et alliances inconscients, issus des mouvements intersubjectifs qui forment l'inconscient. Il s'agit encore des représentations des interdits et des renoncements à l'origine de la communauté de droit, de la formation de l'activité de représentation, des processus d'introjection mesurés par les identifications, et enfin des exigences de non-travail psychique (méconnaissance, non-pensée, abandon de pensée).

♣ L'impact de la subjectivité de l'objet sur les groupes internes du sujet

Le « travail psychique de l'intersubjectivité », nécessaire à la constitution du sujet, représente « le travail psychique de l'autre ou de plus-d'un-autre dans la psyché du sujet de l'inconscient » (107). Les exigences de travail psychiques décrites précédemment sont les processus nécessaires à ce travail psychique de l'intersubjectivité. Elles se construisent dans l'histoire des liens du sujet et sont à considérer « comme ce qui s'impose dans l'espace interne du sujet, mais aussi dans l'espace du lien et dans celui du groupe, à la fois dans la diachronie et dans la synchronie » (117). « Chaque sujet acquiert, à des degrés divers et dans certaines conditions de son rapport à l'autre, la capacité de signifier et d'interpréter, de contenir et de rejeter, de lier et de délier, de jouer avec - ou de détruire - des représentations, des émotions et des pensées qui appartiennent à un autre sujet, qui transitent à travers son appareil psychique ou en deviennent, par incorporation ou introjection, des parties enkystées et inertes, ou intégrant et réutilisables » (107).

Les membres du groupe participent à la constitution de l'appareil psychique groupal en échange de bénéfices et de contraintes imposés par le groupe (115). Pour son fonctionnement, le groupe reçoit certaines représentations des psychés individuelles et les investissements des groupes internes, transformés par le groupe, ce que R. Kaës nomme les emplacements psychiques (111). Les fonctions phoriques sont ces emplacements, spécifiques de chaque sujet dans la structure d'un groupe spécifique. Des contraintes psychiques sont imposées à chaque sujet par le groupe, « elles concernent les renoncements, les abandons ou les effacements d'une partie de la réalité psychique : renoncement pulsionnel, abandon des idéaux personnels, effacements des limites du Moi ou de la singularité des pensées, exigences de croyance, de représentation, de normes perceptives, d'adhésion aux idéaux et aux sentiments communs. Le groupe prescrit aussi des voies d'accomplissement : il [...] exige une coopération au service de l'ensemble ; il ordonne les lois locales qui régissent les contrats, les pactes et alliances inconscientes, préconscientes et conscientes. En échange, le groupe assume un certain nombre de services au bénéfice de ses sujets, services auxquels ils collaborent, par exemple, par l'édification de mécanismes de défense collectifs ou par la participation aux fonctions de l'Idéal » (107). Ces emplacements subjectifs régis par l'organisation groupale sont déterminés en complémentarité ou en opposition avec chaque sujet du groupe.

Le sujet du groupe se définit comme un sujet appartenant à un ensemble groupal et participant aux processus psychiques du groupe. Le sujet prend une place dans le groupe déterminée par le groupe et par le sujet lui-même. Ce processus groupal est synergique avec le processus individuel ou parfois à l'origine de conflictualités psychiques. La conflictualité intrapsychique s'opère par opposition entre les exigences individuelles et les exigences groupales.

♣ Le sujet du groupe et sujet de l'inconscient

Selon R. Kaës, « le sujet de l'inconscient [...] se constitue comme sujet du groupe dans les différents ensembles auxquels il a appartenu, le groupe familial en tout premier » (107). Ainsi, l'inconscient individuel porte l'empreinte de l'inconscient d'autrui, il se forme dans le groupe, par l'intersubjectivité, en lien avec l'inconscient de l'autre et de plus-d'un-autre (117). Le sujet ordonne les relations intersubjectives environnantes qu'il reconstitue en un réseau intrapsychique. « Le sujet du groupe est sujet de ses groupes internes où se tiennent les représentants de plus-d'un-autre » (111).

Le groupe social et le groupe familial imprègnent le sujet du groupe de leurs investissements narcissiques et libidinaux (116). Le sujet de l'inconscient se construit par un compromis entre les identifications à ces groupes, sa création singulière en acceptant ou refusant ces identifications et la réalité. Cette construction est parfois difficile, l'enfant est pris entre ses souhaits et représentations propres et ceux de ses ascendants, à l'origine de conflits identificatoires pouvant mener au symptôme. Le sujet se construit par le groupe auquel il appartient et le sujet construit le groupe, à l'origine d'un assujettissement du sujet au groupe. « Des formations de l'inconscient se transmettent par la chaîne diachronique des générations et par celle, synchronique, des contemporains ; une partie de ces formations prend appui sur certaines modalités de la transmission psychique, fixées par les alliances, les pactes et les contrats inconscients » (107).

♣ Les trois espaces de réalité psychique

Afin de proposer une synthèse, nous reprenons le postulat de R. Kaës concernant l'existence de trois espaces qui contiennent la réalité psychique. Le groupe active de manière associée et interférente trois espaces : un espace intrapsychique et subjectif, propre à chaque sujet du groupe ; un espace interpsychique et intersubjectif ou espace des liens entre les sujets du groupe ; et un espace transpsychique et transsubjectif ou espace d'une réalité psychique propre au groupe, commune et partagée entre les sujets du groupe (111) (117) (118). « Ces espaces sont hétérogènes, leur consistance et leur logique sont distinctes, mais ils communiquent entre eux », parfois, ils entrent en conflit les uns avec les autres et avec la réalité externe (115).

« L'expérience du groupe est essentiellement l'expérience de l'assemblage, ou de l'appareillage entre ces trois espaces. [...] Le groupe est l'ensemble des topiques appareillées, les liens entre les membres du groupe reposent sur un accordage spécifique de ces « topiques » - de leurs propres groupes internes, mais aussi de leur économie et leur dynamique psychique » (111).

Dans l'espace du groupe, « chaque sujet est précédé par le groupe dans lequel il est appelé à prendre place et à contribuer à sa maintenance » (117). « Le groupe intersubjectif dans lequel le sujet a pris place et dont il est conjointement le maillon, le serviteur, le bénéficiaire et l'héritier, il devra s'en séparer pour devenir Je, sans toutefois pouvoir abolir qu'il aura été et qu'il est sujet du groupe, que ce groupe le précède » (111).

Dans l'espace du lien, la réalité psychique propre se déploie à partir d'un engagement relationnel de matière psychique individuelle. Le lien possède ses processus, notamment les alliances inconscientes, les fonctions phoriques, permettant ainsi l'accomplissement de réalisations psychiques groupales. La logique du lien est celle des « corrélations de subjectivités » : « pas l'un sans l'autre, sans les alliances qui soutiennent leur lien, sans l'ensemble qui les contient et qu'ils construisent, qui les lie mutuellement et qui les identifie l'un par rapport à l'autre » (117).

Dans l'espace du sujet singulier, celui-ci est considéré dans son articulation avec les espaces intrapsychiques, du lien et du groupe. L'individu est d'une part quelconque dans la masse groupale, sans subjectivité ni espace psychique propre et d'autre part, il porte la dimension d'une subjectivité singulière. « En groupe ce sujet se manifeste dans son double statut, corrélatif, de sujet de l'inconscient et de sujet du groupe. La situation groupale met au travail les rapports que le sujet entretient avec ses propres objets inconscients, mais aussi avec les objets inconscients des autres, avec les objets communs et partagés qui sont déjà là, hérités, et avec ceux qui se présentent et se construisent dans la situation de groupe » (117).

III.2.3. Les groupes thérapeutiques

III.2.3.1. Différents angles d'analyse groupale

Les approches thérapeutiques groupales, quels que soient leurs appuis théoriques et leurs formes, sont diverses et d'efficacité reconnue empiriquement (9) (113). Le dispositif groupal thérapeutique est un dispositif construit, « inventé ou réinventé » (107).

Trois types d'approches thérapeutiques découlent de l'analyse de la place du sujet dans la pratique groupale (9) (113) (118) (129) (126) :

- l'analyse en groupe est l'analyse de l'individu dans le groupe. Développé notamment par W.R. Bion, le groupe thérapeutique est comme un démultiplicateur de thérapies individuelles, il vise l'accessibilité au plus grand nombre. Nommées thérapies dans le groupe, elles explorent chaque individu singulier et ses modalités relationnelles en laissant de côté les phénomènes de groupe en tant que tels. Le groupe constitue un support, une caisse de résonance, il abaisse les résistances et exacerbe les productions fantasmatiques.

- l'analyse du groupe est l'analyse du groupe en lui-même, elle porte l'accent sur les processus et phénomènes groupaux. Développé par l'école anglo-saxonne, le groupe est pensé comme possédant une réalité psychique propre, pouvant impacter sur l'évolution de chaque sujet participant au groupe. Nommée thérapie par le groupe, le soin s'effectue à travers les processus groupaux et le jeu interactionnel entre ses membres. Le groupe est l'agent thérapeutique principal, sans prise en compte de l'individualité des sujets participants.

Il ne nous semble cependant guère possible de privilégier le groupe ou l'individu, de les écarter totalement l'un de l'autre. Un troisième type d'approche nous paraît plus approprié :

- l'analyse de groupe « ne porte ni sur le groupe, ni sur les individus pris séparément, mais sur la dialectique des interactions qui se jouent entre eux, sur ce qui les lie, les relie, les confronte et les contient dans un ensemble (le groupe) que d'une part ils constituent, et qui d'autre part induit chez chacun d'entre eux des manifestations émotionnelles et comportementales propres à la situation. [L'analyse] porte sur le travail psychique imposé à chacun par la présence des autres et par leur subjectivité » (126).

La finalité de tout projet thérapeutique, y compris le groupe thérapeutique, est la prise en charge de la souffrance psychique individuelle de l'enfant (111) (126) (114).

III.2.3.2. Particularités thérapeutiques du groupe

D'une façon très générale, des facteurs thérapeutiques communs aux groupes sont décrits, tels que l'espérance, l'universalité, le partage de l'information, l'altruisme, la socialisation, l'imitation-identification, la catharsis, la possible révision des premières expériences familiales, les facteurs existentiels, la cohésion groupale et l'apprentissage personnel (9). D'autres auteurs mettent en avant la stimulation des émotions et des fantasmes, la stimulation des capacités d'insight, l'éprouvé du principe de réalité (107) (120). Le groupe thérapeutique peut être considéré comme un moyen de sortir du groupe originel, constituant une voie d'accès vers l'autonomie psychique (113).

♣ Cadre et processus

R. Kaës précise qu'il ne s'agit pas de « faire du groupe », comme pourrait l'être un groupe social. Le processus thérapeutique est rendu possible, selon certains auteurs tels J. Bleger, E. Lecourt, W.R. Bion, par une place différenciée entre cadre et processus (127) :

- « un cadre particulier, contenant humain physiquement matérialisé, avec sa fonction dépositaire » (127). Il s'agit d'un agent fixe, constant, protecteur et ayant valeur de contenant, qui autorise la projection de certains contenus pathologiques (130).

- « un processus thérapeutique fondé sur : la fonction conteneur, pôle actif, vivant, pour une activité de transformation de ce qui est déposé ; la fonction symbolique, le groupe constituant notamment un lieu de figuration possible des systèmes de relation d'objet interne ; la fonction intersystémique, mettant en « travail » deux niveaux : l'individu, le groupe, simultanément » (127). Il s'agit de l'agent dynamique, mobile, variable et ayant valeur de contenu ou de fonction conteneur. Cette « fonction d'engager un processus thérapeutique » est essentielle au groupe thérapeutique et le distingue d'un groupe social (127). Elle agit notamment par la capacité de rêverie décrite par W.R. Bion qui traite ces projections.

La thérapie de groupe s'appuie sur l'hypothèse que certains processus psychiques sont accueillis par le cadre du groupe, puis mobilisés électivement et ainsi élaborés par la situation de groupe et les liens intersubjectifs. Il s'agit notamment des parties les plus primitives, archaïques ou psychotiques ou indifférenciées (114) (118). La charge destructrice de ces parties, s'exprimant par des liens fusionnels, rend difficile leur accueil en prise en charge individuelle. Le groupe peut également devenir un lieu de naissance d'émotions et de pensées groupales. Le groupe permet une double approche des aspects du fonctionnement psychique, à la fois des aspects névrotiques individuels et des aspects précoces indifférenciés.

♣ Transfert et contre-transfert en groupe

Les modalités de transfert prennent une configuration particulière dans cette situation groupale (107) (115). Les transferts sont multilatéraux, diffractés dans et hors le groupe et connectés entre eux, mettant en action plusieurs objets de transferts : soignants, membres du groupe, groupe, hors groupe. R. Kaës développe la notion d' « intertransfert » et J.C. Rouchy celle d' « inter contre-transfert » spécifiques d'un dispositif groupal avec plusieurs soignants, qui constituent les modalités de transfert et contre-transfert entre les membres de l'équipe soignante (101).

♣ Mobilisation des trois espaces psychiques

Selon R. Kaës, « une conséquence de l'existence d'un triple espace de la réalité psychique est que certaines formations psychiques s'y manifestent avec des qualités et des effets spécifiques, dans des dimensions qui n'apparaissent pas, ou de manière moins précise, dans d'autres dispositifs » (117). En situation groupale, les contenus des différents espaces sont mobilisés différemment, selon la fonction que chaque espace tient dans la psyché du sujet et selon le processus groupal, mais toujours de façon liée. Selon B. Brusset, le groupe possède « une grande puissance de mobilisation », il est « un moyen d'une grande efficacité pour faire que l'intrapsychique organise et détermine l'interpersonnel » (124). « L'objectif principal [d'un groupe thérapeutique] est de rendre possible l'expérience de l'inconscient dans les trois espaces psychiques » (117), celui du groupe, du lien et du sujet singulier, permettant la subjectivation.

Il ajoute que le groupe sert à « restaurer les fonctions métapsychiques sur lesquelles reposent les étayages et les pactes de renoncement, l'efficace des interdits structurants, les repères identificatoires, les croyances et les représentations partagées » (107). Trois processus sont mobilisés chez le sujet du groupe : l'abandon de parties de soi pour participer au lien, la projection de parties de soi dans le groupe et l'établissement des alliances avec les autres sujets du groupe. La construction et les modifications de l'appareil psychique groupal impactent nécessairement celles des appareils psychiques des sujets singuliers. « La construction de la psyché individuelle s'appuie sur les soubassements archaïques de la groupalité psychique » (116). Le dispositif groupal vient métaphoriser une groupalité, au sens d'une masse indifférenciée, à partir de laquelle s'effectue une reprise de l'individuation.

Après avoir développé quelques points théoriques du groupe, nous proposons notre compréhension des troubles limites de l'enfant sous cet angle groupal. Les différents modèles théoriques nous apparaissent intéressants à différents niveaux de l'analyse de troubles limites. Dans un premier temps, nous verrons comment les modèles théoriques des liens et de la groupalité intrapsychique peuvent nous aider à la compréhension des difficultés des enfants dans le groupe, qu'il soit familial ou social. Dans un deuxième temps, nous verrons comment les modèles théoriques des groupes en tant qu'entité peuvent éclairer les prises en charges groupales de ces enfants.

III.3. LES DIFFICULTES PSYCHIQUES DES TROUBLES LIMITES A L'EPREUVE DU GROUPE FAMILIAL ET SOCIAL

III.3.1. Les modes relationnels troublés

Les apports psychopathologiques nous renseignent dans un premier temps sur les atteintes des liens dans le groupe en tant que modalités relationnelles dans la réalité des enfants présentant un trouble limite. Le trouble limite empêche la constitution de « relations d'objets diversifiées, fines, suffisamment souples » (31). Ces modes d'échange primitifs et archaïques nous semblent impacter le rapport de l'enfant au groupe, à travers deux aspects, que sont l'exclusivité et l'exclusion. L'analyse que nous proposons pourrait se rapprocher d'une analyse en groupe et d'une analyse de groupe.

III.3.1.1. De l'exclusivité ...

Plusieurs facteurs nous semblent contribuer à l'exclusivité recherchée par l'enfant présentant un trouble limite en situation de groupe, tant intra qu'extra familial.

Les agirs ou comportements perturbateurs, en classe ou en famille, peuvent être des solutions telles des conduites d'appel, à visée de recherche d'une attention exclusive de l'adulte (52) (131). L'exclusivité envers l'objet est envisagée comme source d'étayage ou source de contenance.

La maîtrise, voire l'emprise, permet de pallier l'« absence d'absence » et d'atténuer les angoisses de perte, liées aux défauts d'élaboration de la transitionnalité et de la position dépressive. La dépendance, la relation fusionnelle, l'avidité affective, « en excluant tout partage, sinon dans la destructivité » ou par l'intrusion, définissent la relation anaclitique (132). L'appui perceptif par carence de représentation, qui apaise les angoisses d'abandon et le manque de contenance, peut mener à des comportements de collage envers l'objet externe. Cette dépendance au réel agit telle une prothèse de la défaillance du soi. La recherche de l'interrelation primaire permet à l'enfant d'exister.

La fragilité narcissique de l'enfant et le fonctionnement en identification narcissique soutiennent une recherche de l'autre pour se l'approprier, pour le posséder, afin de le considérer comme une partie de lui-même, ce qui caractérise la relation narcissique (113). L'investissement de l'autre est un investissement qui doit permettre la gratification, la satisfaction des besoins. « Se perpétue ainsi une relation de double où l'enfant s'immobilise dans une position d'objet narcissique » (48). La libido retourne essentiellement vers le

Moi, à visée narcissique et donc se détourne de l'objet. A l'inverse, le trouble narcissique de l'enfant peut parfois s'exprimer par une présentation charismatique, l'enfant suscite l'admiration d'un groupe d'autres enfants. La position de leader est recherchée tel un dérivé du soi grandiose ou telle une tentative de réparation des défaillances narcissiques (103).

En raison de l'échec partiel de l'élaboration du conflit œdipien, le mode relationnel de l'enfant est spécifiquement dyadique ou duel ou bi-triangulaire, à l'origine d'une communication bien souvent élective. La relation duelle permet à l'enfant de préserver ses capacités psychiques et cognitives (19). Le mécanisme d'identification projective participe à l'emprise sur l'objet, sa prise de possession. L'emprise concerne une part subjective de l'objet conforme aux exigences du sujet et non pas en tant qu'autre désirant, non pas en tant qu'individu caractérisé dans la relation triangulaire (124). La relation triadique œdipienne, pouvant autoriser les relations en groupe, est rendue difficile. La représentation de tiers inclus n'est pas suffisamment élaborée. La position de l'enfant comme tiers exclu face au couple parental est source d'angoisses d'abandon (41). L'investissement ne se déplace pas comme pour les enfants de l'âge de latence vers d'autres objets du monde social. Il se maintient envers les objets parentaux.

De plus, il est fréquent de retrouver une confusion chez l'enfant concernant les membres d'un groupe. L'identité de chaque membre est mal limitée, mal définie, mal discriminée, les autres s'amalgament et se confondent. Ceci est le témoin de l'insuffisante discrimination sexuelle et générationnelle, malgré la reconnaissance de l'autre comme autre. Enfin, lors du non dépassement du complexe d'Œdipe, en raison de l'excès d'Idéal du moi, d'une excitation débordante, d'un échec de dépassement de la mégalomanie infantile, « leurs relations avec les enfants de leur âge s'en trouvent évidemment perturbées, [...] ils se retranchent dans une attitude mêlée de mépris et de jalousie » (133).

Des troubles majeurs de l'empathie, autrement dit des difficultés pour s'identifier à l'autre, pour comprendre le monde intrapsychique d'autrui et pour partager les états mentaux avec lui, caractérisent le trouble limite de l'enfant selon M. Corcos (31) (35). Il qualifie ces enfants d'« êtres occupés par l'autre », occupés ou « parfois littéralement incarcérés » par le monde intrapsychique de l'autre. Les défaillances des interrelations précoces astreignent l'enfant à une quête permanente de l'objet cependant avec « une quasi-absence de considération de l'autre comme alter ego mais seulement comme alter » (101). La recherche d'un alter ego au sens d'un investissement objectal et affectif est peu accessible mais la recherche ou plutôt l'accroche au sens d'un objet primaire est majeure (28). L'objet est normalement un semblable et un autre : les similitudes entre le sujet et l'objet sont contrebalancées par l'altérité, une altérité sans étrangeté ni clivage du fait de similitudes suffisantes. Le trouble de l'empathie empêche cette construction adaptée de l'autre et mène parfois à la superficialité ou à l'extériorité relationnelle, au sens d'une absence d'intime dans la relation, d'un rapport utilitariste voire manipulateur.

Seulement, la relation exclusive n'est guère compatible avec un fonctionnement groupal, avec une appartenance à un groupe. De plus, l'investissement de l'objet est empreint d'une grande destructivité, empêchant la liaison dans la relation objectale (95). La relation duelle est donc précaire et temporaire. Elle est rapidement menaçante pour l'enfant en l'exposant à un risque d'intrusion et de séduction intolérable.

III.3.1.2. ... à l'exclusion

♣ L'exclusion par les autres

Les troubles du comportement, l'agitation psychomotrice, l'instabilité de l'enfant présentant un trouble limite participent à une exclusion fréquente des groupes, notamment du groupe classe ou du groupe famille (131). L'intégration et la participation à la vie de groupe sont ainsi régulièrement empêchées en raison du caractère dérangeant et bruyant des comportements sur la scène sociale (82). L'exclusion du groupe classe participe à l'échec scolaire, l'exclusion du groupe famille participe aux histoires ponctuées de rupture, de séparation, d'abandon.

En groupe, les enfants expriment leurs difficultés de façon peu symbolisée et peu temporisée, non par le langage mais sous forme projective : « l'acte, la souffrance, la violence, c'est l'autre et les autres » (99). La violence, la destruction, le hors contact, le fonctionnement sans délai signent les modes relationnels des enfants, en raison notamment de leur problématique narcissique, de leur défaut de pare-excitations et d'activité du préconscient, de leur discontinuité du sentiment d'existence.

« Sur le plan intersubjectif, on note que tout rapproché, toute absence ou tout réaménagement même tenu des dispositifs risquent d'entraîner une rupture du lien ou un agir violent. Toute modification de la distance relationnelle non maîtrisée par le sujet [...] [peut] générer un agir » (99). Ces modalités relationnelles sont parfois à l'origine de vécus de désespoir, en lien avec une résignation face aux échecs et aux exclusions. Ces vécus sont immédiatement transformés en agirs, par des mécanismes de défense maniaques et d'omnipotence. Ces mouvements sont à l'origine d'« effets de déliaison sur les systèmes de liens individuels, groupaux et institutionnels. Ils convoquent frontalement la problématique [...] de l'intersubjectivité, c'est-à-dire de la fonction de l'autre et des autres. Ils sollicitent ainsi des fonctionnements bouclés pris dans des interactions contraignantes et des interagirs violents » (99). Le terme interagir nous paraît intéressant pour souligner la dimension intersubjective des agirs.

En raison de l'absence d'une entrée manifeste en période de latence, la problématique de l'excitation est importante (101). La pluralité confronte chaque membre à une rencontre multiple et amène une

« coexcitation interne et une coexcitation mutuelle importantes [qui] se produisent et s'entretiennent dans un jeu complexe de projections et d'identifications réciproques » (107). La pluralité peut être à l'origine d' « expériences passagères de débordement et de mise en faillite de la capacité d'associer les stimulations excitatrices avec des représentations ». Lors d'une insuffisance de dispositifs pare-excitants et de contenance, démultipliée dans le groupe, comme c'est le cas dans le trouble limite, ces expériences peuvent prendre une tonalité traumatique (115). Ainsi, le groupe peut être la scène d'un débordement interne des enfants, évacué bien souvent par l'agir ou l'agitation, dont nous avons vu les conséquences d'exclusion plus haut.

La recherche de sensations est parfois développée par l'enfant comme pare-excitations, ce système étant chez lui défaillant (35). Ces enfants « s'entourent d'un monde d'excitation qui leur sert essentiellement d'enveloppe » (53). Il peut s'agir d'une modalité défensive lors de vécus relationnels angoissants dans le groupe.

♣ L'exclusion par l'enfant lui-même

La difficulté relationnelle des enfants présentant un trouble limite est manifeste, les liens sont difficiles à créer avec les autres, les investissements dans le temps sont difficiles à maintenir. L'instabilité et l'inauthenticité relationnelles peuvent engendrer des attitudes d'évitement social, de détachement ou de repli sur soi (19).

Les angoisses d'intrusion, liées aux limites entre soi et non soi acquises mais floues, peuvent contribuer à des attitudes de fuite de l'enfant et donc à l'exclusion des groupes. C'est régulièrement le cas lorsque l'enfant ne peut plus soutenir la relation de dépendance aux autres. Les angoisses de persécution peuvent mener à un repli protecteur, également source d'exclusion.

Les modalités relationnelles de nature narcissique empêchent l'accès à des modes relationnels tempérés. L'enfant rejette les autres et donc s'exclut, quand ces derniers ne procurent pas la gratification ni la revalorisation narcissique tant recherchée par l'enfant. Il lui est également difficile de supporter le fonctionnement autonome des autres. L'enfant dévalorise ces autres, ne peut supporter aucune critique, aucune absence, aucune temporisation. Ce qui rend difficile les liens dans le groupe, où le compromis est souvent la règle.

Les investissements objectaux et leur nécessaire déperdition de libido peuvent être perçus comme une dévoration du Moi par l'objet en raison de l'incapacité du sujet à limiter la déperdition d'énergie (98). Ce sentiment d'être aspiré, vidé par l'objet peut s'ajouter au sentiment de persécution issu de la projection.

Une incapacité à recevoir les investissements d'autrui est généralement présente. Les relations objectales sont régulièrement une menace pour le sentiment de continuité d'être de l'enfant (85).

Il nous semble enfin que ces deux aspects, exclusivité et exclusion en groupe, sont en fait des modalités relationnelles dans lesquelles l'enfant oscillerait sans fin, alternant entre l'une ou l'autre des positions, l'une entraînant l'autre et inversement. Le groupe serait une scène amplificatrice des problématiques des enfants, « par un effet de résonance intersubjective et fantasmatique » (99) ou caisse de résonance selon D. Anzieu. Surtout, « la pluralité, par le partage qu'elle implique, va sursignifier les sentiments d'abandon et les vécus persécutifs ; elle renvoie ainsi à des fantasmes de perte et de disparition » (113). La modalité relationnelle exclusive et suffisamment contenante pour protéger l'enfant de l'excitation groupale et du possible débordement, atténue souvent la symptomatologie par rapport à celle présentée en grand groupe. Elle pourrait suffire à pallier aux fragilités psychopathologiques limites, elle pourrait servir de recours à l'exclusion dans le groupe, mais elle se révèle souvent provisoire car rapidement intrusive. Inversement, le groupe pourrait être une échappatoire aux relations duelles, mais rapidement l'exclusion, par les autres ou par l'enfant lui-même, empêche la bonne intégration de l'enfant dans le groupe. Là est peut-être la traduction du paradoxe dans lequel est pris l'enfant : en raison des angoisses d'intrusion mais aussi d'abandon, l'objet est vécu comme soit trop peu présent soit intrusif.

III.3.2. Hypothèses concernant les difficultés psychiques en groupe de l'enfant présentant un trouble limite

Dans un deuxième temps, la mise en lien de la psychopathologie avec les théories du groupe nous renseigne sur les atteintes des relations d'objets en tant que modalités relationnelles intrapsychiques des enfants présentant un trouble limite. Cette mise en perspective permet également une contribution à l'analyse des possibles sources groupales de ces atteintes. Distincte du simple rapport à l'autre, la relation d'objet concerne l'investissement d'un objet par le sujet et la modification du sujet par l'investissement en retour de cet objet. La position de sujet se trouve modifiée ou actualisée lors de sa participation à un groupe.

III.3.2.1. Hypothèses d'une défaillance des groupes internes en lien avec une défaillance des groupes primaires

Nous proposons de croiser les théories de la groupalité psychique et des groupes internes avec les difficultés psychopathologiques limites infantiles.

♣ Défaillance des groupes internes

R. Kaës détaille les groupes internes, nous tentons d'en reprendre certains et de les confronter aux modèles psychopathologiques du trouble limite de l'enfant.

Tout d'abord, les imagos du trouble limite sont spécifiées par leur caractère archaïque, intrusif, rejetant, persécutif, abandonnant et tout-puissant (99). Les imagos imprègnent les fantasmes groupaux et véhiculent un vécu de terreur lors de la mise en groupe. Elles peuvent être à l'origine d'un pacte négatif, à l'origine d'une modalité d' « anti-étayage » selon les termes de J. Cosnier (99).

Ensuite, les identifications, « matière première du lien groupal » selon R. Kaës, sont pathologiques au cours du trouble limite. L'identification projective est fréquente chez ces enfants. L'identification narcissique, recherche d'un objet permettant à l'enfant de se percevoir tel un objet idéal, est fréquente lors d'angoisses de perte ou d'angoisses d'indifférenciation entre l'enfant et l'autre. L'identification œdipienne ne se met pas suffisamment en place chez ces enfants. Or, l'identification projective, tout autant que l'incorporation et l'identification adhésive, constituent des achoppements de l'introjection et participent d'une organisation groupale confuse, déterminées par des confusions d'identité, des processus de fusion, de non-séparation ou d'explosion dans les liens de groupe (107). Par l'échec des identifications œdipiennes, l'ambivalence du lien social n'est pas acquise, l'enfant ne parvient pas à élaborer le vécu hostile précédant l'attachement favorable.

De plus, les relations d'objet, nous l'avons détaillé précédemment, sont caractérisées par des modalités duelles, anaclitiques et narcissiques. Ces modalités de relations intrapsychiques se répercutent inévitablement dans les relations dans le groupe.

La problématique limite affecte la groupalité par un défaut d'organisation et de discrimination internes (114). La conflictualité entre les différents groupes internes et les échanges entre le dedans et le dehors, entre lui et les autres sont empêchés, altérant les capacités de représentation et de symbolisation étayées

par l'autre. Le fonctionnement limite cloisonne les représentations, les affects et un imaginaire souvent violent.

Ainsi, nous pouvons émettre une première hypothèse d'une défaillance propre à l'enfant limite, celle d'une altération de certains des groupes internes, les organisateurs des liens, des représentations et des processus de groupe au sein d'une unité fonctionnelle et transformationnelle propre. L'enfant serait ainsi en difficulté dans les capacités de signifier, interpréter, contenir, rejeter, lier ou délier les représentations des autres. La manière dont l'enfant tente de s'intégrer au groupe, de se lier au groupe et de participer à l'élaboration psychique collective est teintée des spécificités de ses groupes internes. L'intrusion, la persécution, les sentiments d'abandon, les caractères duels, anaclitiques ou narcissiques semblent empêcher les liens de l'enfant au groupe, ce qui peut, selon nous, expliciter en partie l'exclusion et la recherche d'exclusivité de l'enfant.

Nous tentons à présent de comprendre ce qui pourrait contribuer à de telles défaillances des groupes internes de ces enfants.

♣ L'influence du groupe primaire

Selon J.P. Pinel, « la pathologie s'est nouée dans l'intersubjectivité, par carence de la fonction pare-excitante de l'objet primordial et du groupe primaire. [...] L'agir direct, le passage à l'acte témoignent des ratés, des discontinuités et des incohérences de l'environnement primaire à contenir la détresse et les excitations. Ces incohérences se sont répétées dans les groupes secondaires qui n'ont pu ainsi exercer leurs fonctions de « contenant, d'intermédiaire et de pôle identificatoire de relai » » (99).

Selon R. Kaës, « la clinique des états limites [...] se caractérise par un certain nombre de défauts ou de défaillances de la présence de l'autre dans l'objet. Ce sont des maladies des conjonctions de subjectivité. Le travail psychique qu'impose l'objet à la subjectivité du bébé achoppe sur le défaut de l'activité de représentation et d'identification de la psyché maternelle » (107).

Les échecs de la mise en latence sont le fait de l'enfant mais également d'une problématique familiale, « les effets normatifs des appareils psychiques familial et groupal et les modes de socialisation dans et en dehors de la famille semblent compromis » (101). La difficulté des parents à se positionner en tiers, l'association de libertés et d'incertitudes, des attitudes paradoxales dans la socialisation favorisent une attitude parentale libertaire, en lieu et place de références identitaires. L'indifférenciation générationnelle est majorée, renforçant l'appétence narcissique au détriment des dimensions œdipiennes.

L'environnement de l'enfant limite est souvent troublé, des transmissions transgénérationnelles pathologiques s'expriment dans le groupe familial. « Ces blancs, ces absences et distorsions dans et du lien travaillent les groupes internes des sujets, en formatent les contenus et les articulations, rendant le plus souvent inopérants les différenciateurs œdipiens que sont la différence des générations et celle des sexes » (134).

Ainsi nous pouvons formuler une deuxième hypothèse quant aux difficultés groupales des enfants présentant un trouble limite. Elles pourraient se constituer par un processus identificatoire à des réseaux interrelationnels défailants. Ces réseaux sont ceux des groupes entourant l'enfant dès sa naissance, notamment de sa famille (111). La présence de l'enfant dans le groupe réactualise des représentations, des codes, des significations introjectés au cours de son développement (119). « Il existe un rapport constant entre les composantes intrapsychiques et les composantes intersubjectives du pare-excitations », ce qui nous semble particulièrement intéressant dans la problématique limite de l'enfant (115). Les carences d'étaillage et de contenance sont importantes en tant qu'elles véhiculent des carences de leurs valeurs intersubjectives, des carences de l'introduction de l'inconnu de l'autre dans la psyché de l'enfant et d'une mauvaise discontinuité entre le monde intrapsychique et le monde intersubjectif. Une altération précoce des liens entre l'inconscient de plus-d'un-autre et celui du sujet, une altération des corrélations de subjectivité, pourraient participer à la construction psychopathologique limite du sujet.

♣ Défaut de construction ou de compromis

En passant par un processus de subjectivation, l'enfant doit s'extraire de l'histoire du groupe familial et sortir de l'environnement originaire (134). Il s'agit d'un passage de l'environnement premier caractérisé par la symbiose vers un environnement caractérisé par la relation à l'objet. Cette capacité s'acquiert grâce à l'étaillage par le groupe familial, mais suppose également un certain degré de maturité du moi.

Nous pouvons soulever comme troisième hypothèse une mauvaise intériorisation ou une mauvaise organisation des groupes internes, ou encore une difficulté de compromis entre l'identification aux réseaux relationnels et la création singulière des réseaux intersubjectifs intrapsychiques par l'enfant. Une mauvaise conflictualité entre les exigences groupales et les exigences singulières pourrait aboutir à un conflit identificatoire et ainsi à la symptomatologie limite de l'enfant.

III.3.2.2. Hypothèses d'une défaillance des liens dans le groupe

Nous tentons ici de confronter les théories des liens de groupe avec les problématiques limites.

L'ensemble groupal est relié et maintenu en lien par les alliances inconscientes, les pactes et les contrats. Ces alliances sont portées par des bénéfices que le groupe offre au sujet, mais également par des contraintes imposées par le groupe au sujet. La mise en commun d'identifications, d'idéaux, de croyances, de désirs est contrebalancée par « les renoncements à la réalisation directe des buts pulsionnels, les abandons partiels des idéaux personnels ou les effacements des limites du Moi et de la singularité des pensées » ainsi que par le renoncement à son agressivité, le groupe devenant ainsi une communauté de droit (115). Chaque membre du groupe abandonne « une partie de ses idéaux personnels pour y substituer ceux du groupe et y adhérer » (107).

Nous émettons l'hypothèse d'une difficulté pour l'enfant à supporter ces contraintes groupales. Le renoncement à ses pulsions, trop immédiates, trop écrasantes ou trop violentes, les idéaux archaïques trop massifs et les limites déjà floues entre lui et les autres pourraient entraver la mise en commun nécessaire à la construction du groupe. L'altération de sa fonction pare-excitante et de contenance pourrait contribuer à empêcher ce renoncement.

Les alliances inconscientes prennent des formes structurantes mais aussi des formes pathologiques. Nous formulons l'hypothèse d'alliances inconscientes dysfonctionnantes dans les groupes primaires des enfants souffrant de trouble limite. Pour exemple, le contrat narcissique tel que défini par P. Aulagnier, retrace la nécessité de l'investissement narcissique des précédentes générations et de la société envers l'enfant afin que celui-ci puisse développer un investissement narcissique envers lui-même. L'accordage primaire, les contrats narcissiques, les pactes des interdits fondamentaux et les renoncements aux buts pulsionnels pourraient avoir fait défaut. « La défaillance des contrats intersubjectifs (contrats narcissiques, communauté de renoncement, pactes dénégatifs) sur lesquels reposent les garants de l'espace où le Je peut advenir et s'historiciser dans une appartenance à un Nous » sont notées par R. Kaës comme participant aux organisations borderline (107). « Cette souffrance psychique a partie liée avec la pathologie du lien intersubjectif. On pourrait rapporter la plupart de ces troubles à la détérioration de ces formations fondamentales : le contrat narcissique, la fonction conteneur, la présentation et l'énoncé des figures de la loi dans le rapport entre les sexes et les générations » (2).

Les liens qui caractérisent les enfants limites peuvent être définis par leur dimension fusionnelle ou de rejet (107). R. Kaës note à cet effet que ce sont des non-liens. L'activité de représentation du groupe est alors empêchée. J. Bleger rapporte que la sociabilité par interaction repose sur les relations d'objets ainsi que sur

la différenciation des espaces intrapsychiques et intersubjectifs. Nous pouvons supposer une incapacité d'accéder à une sociabilité par interactions suffisante ou encore une persistance d'une sociabilité syncrétique. La terminologie récente de « pathologie du lien » entre en résonance avec ce propos.

III.3.2.3. Hypothèses d'une défaillance de la constitution des groupes

Enfin, nous proposons de confronter les théories des groupes en tant qu'entité et les modèles psychopathologiques limites.

Les affects de mise en groupe, telles les émotions de la première rencontre du tout-petit avec sa mère, sont ceux de dépersonnalisation, puis d'angoisse de jugement, puis de dépendance lors de l'illusion groupale et enfin d'abandon lors de la désillusion. A ces différentes émotions correspondent des vécus inconscients de la construction infantile du lien à l'autre, caractérisés par des angoisses de persécution et des angoisses d'abandon.

La parabole des porcs-épics d'A. Schopenhauer, que reprend S. Freud, illustre la difficulté des hommes à constituer un groupe, « pris entre vécu persécutif et angoisse d'abandon » (126). Mais ceux-ci finissent par trouver une distance moyenne entre eux, permettant un équilibre homéostatique nécessaire à la création et au maintien du groupe. Le prix en est celui du « renoncement aux aspirations individuelles, voire de l'éviction des sujets trop dissonants pour l'harmonie d'ensemble ».

♣ Angoisses de persécution

Lorsque le groupe est encore un étranger, les vécus des sujets sont des angoisses de persécution, par réactivation du « sentiment d'inquiétante étrangeté devant le double » (127). Un vécu caractéristique de l'enfant limite est justement les angoisses de persécution. Nous pouvons énoncer l'hypothèse d'une difficulté spécifique de l'enfant à réagir face à ces angoisses. Le comportement d'exclusion de son propre gré pourrait le protéger de ces angoisses mais rend l'intégration dans le groupe impossible.

♣ Angoisses de dépendance et défauts de transitionnalité

La période de l'illusion groupale est une phase d'abolition des distinctions, de dédifférenciation, de perte d'individualité, nécessaire à la création du groupe comme ensemble.

D'une part, cette période suppose un sentiment de dépendance et « de perte du soi dans le dédoublement abyssal, dans le face à face visuel pluriel » (127). Nous avons justement précisé que l'enfant ne supporte pas le danger d'intrusion inhérent au vécu de dépendance, notamment en raison de frontières floues entre le dedans et le dehors (99). L'enfant pourrait tenter d'échapper à ce phénomène groupal en raison de ses propres angoisses.

D'autre part, cette période suppose la création d'une aire d'illusion, par un partage d'affinités des expériences illusoires de chacun des membres. Nous présumons que le défaut de transitionnalité du trouble limite et l'altération des fonctions de l'Idéal pourraient faire obstacle à la fonction de croyance dans le groupe.

♣ Angoisses d'abandon

La phase de désillusion, lorsque le groupe est intériorisé, ravive des angoisses de dépression. L'enfant limite n'élabore que de façon partielle la position dépressive et les angoisses de séparation. L'intériorisation du groupe pourrait être source d'angoisses d'abandon massives. L'anticipation terrifiante de la séparation à venir qui serait pour eux un abandon pourrait être à l'origine d'une impossibilité de s'engager dans la période d'illusion groupale.

En regard des problématiques des enfants limites dans le groupe que nous venons de développer, quel type de soins pouvons-nous proposer ? Et qu'en est-il des prises en charge groupales chez ces enfants ? Peuvent-elles être une aide aux difficultés dans les groupes familiaux et sociaux de l'enfant ?

III.4. PISTES DE REFLEXIONS POUR LES PRISES EN CHARGES GROUPALES DES ENFANTS PRESENTANT UN TROUBLE LIMITE

La prise en charge de l'enfant limite est nécessairement individualisée et pluridisciplinaire. Il est pertinent de prendre en compte le symptôme, mais également de l'intégrer à la psychopathologie intrapsychique et

intersubjective de l'enfant, familiale ou sociétale (9) (101). Différents axes thérapeutiques existent pour tous ces aspects, aucun axe ne pouvant à lui seul être suffisant.

S'ajoute en pédopsychiatrie la spécificité évolutive de l'enfant, qui implique comme l'indiquent S. Lebovici et R. Diatkine que « les diverses thérapeutiques trouvent leurs indications, non pas seulement dans la description de l'état actuel, mais dans la prévision du développement qui peut être faite à partir de l'étude de la situation présente » (9).

Il nous paraît donc important d'articuler les soins psychothérapeutiques avec les éventuels traitements psychotropes, les différentes prises en charge rééducatives en orthophonie ou en psychomotricité, les prises en charge éducatives et sociales (82) (81). Tout au long du soin, doivent être évaluées les indications de soins ambulatoires sous forme de consultations, de prises en charge à temps partiel et les indications de soins en hospitalisation, de jour, voire à temps complet.

Selon M. Corcos, « le sujet limite est un mixte et mélange plus ou moins destructeur ou créateur, de régimes de fonctionnements différents », il est donc nécessaire de « contenir l'un, accompagner et soutenir l'autre », mais également d' « accréditer, sans les valider, toutes les formes de leur pensée, des plus conformistes aux plus étranges, accepter leur équilibre précaire tant elles sont nourries d'impatience et de besoin d'indépendance » (35). La cohérence du cadre, la stabilité, la fiabilité, le maintien des relations durables sont des dimensions importantes du soin à l'enfant limite.

Les groupes thérapeutiques trouvent régulièrement leur place au sein du dispositif de soin proposé pour les troubles limites de l'enfant. Nous nous sommes interrogée sur la pertinence de ce type de soin et sur la dimension soignante du groupe en lui-même reliée aux spécificités du trouble limite de l'enfant.

III.4.1. Indications et contre-indications de groupe thérapeutique pour le trouble limite de l'enfant

III.4.1.1. Les limites de la prise en charge individuelle

La problématique de l'indication d'une thérapie groupale ne peut se résumer à une opposition ou une contre-indication à une thérapie individuelle, les dimensions thérapeutiques abordées lors de prises en charge individuelles et groupales diffèrent (114) (130) (135). Il nous paraît donc opportun de les utiliser de façon complémentaire et synergique et non de les opposer, au risque que la prise en charge groupale ne devienne une prise en charge « non-individuelle » (127). Dans nos pratiques de soins quotidiennes, les prises en charge groupales nécessitent une prise en charge individuelle sous forme de consultations. Les

modalités d'articulation avec celles-ci doivent être discutées, les patients ayant souffert de troubles de la relation précoce avec une vulnérabilité narcissique bénéficient d'une thérapie individuelle dans les suites d'une thérapie groupale (88). Nous pouvons ajouter que l'indication appartient au processus dynamique du soin, elle a une valeur thérapeutique en soi.

Certains auteurs mettent en avant les difficultés inhérentes à la prise en charge individuelle pour le trouble limite de l'enfant.

Chez l'enfant à l'âge de latence, la thérapie individuelle est parfois enrayée en raison de sa difficulté à percevoir ses symptômes et à se projeter (113) (130) (133). L'enfant n'est généralement pas demandeur ni d'un soin psychique ni de la compréhension de son fonctionnement interne, il peut éventuellement souhaiter que sa souffrance soit supprimée (123).

Chez l'enfant présentant un trouble limite, les défauts d'expression et d'élaboration concourent aux difficultés lors des consultations (101). De plus, la modalité relationnelle narcissique, à l'origine d'une « recherche d'un double narcissique extérieur pour pallier l'absence douloureuse du miroir interne » (114), entrave le transfert et empêche la fonction d'observation du Moi par l'enfant (130). Les observations sont régulièrement vécues par l'enfant comme intrusives en raison du fonctionnement en identification projective (113). L'investissement objectal est souvent empreint d'une grande destructivité, donc « la situation duelle est le plus souvent vécue d'emblée comme « séductrice » » (133) et menaçante. Le risque pourrait être celui d'une reprise « des liens d'emprise paradoxale et mortifère » (101). Les angoisses de séparation sont majorées lors de situations duelles en lien avec l'idéalisation de l'objet externe. Il est ainsi difficile d'accéder à un processus d'individuation et de subjectivation.

III.4.1.2. Les indications de prise en charge groupale

L'indication chez l'enfant mobilise la question de la demande, qui n'est que très rarement portée par l'enfant lui-même mais plutôt par la famille ou un tiers (99).

Lors de l'indication d'un groupe thérapeutique, deux grands types de facteurs doivent être considérés, afin d'orienter « ce patient dans ce groupe » (108).

Du côté de l'enfant, il s'agit de son âge, de sa pathologie, de l'instant évolutif dans son développement et dans la maladie, de ses préférences, de ses capacités d'expression et d'actualisation de sa problématique, de sa capacité d'engagement, de l'environnement institutionnel de l'enfant (9).

Du côté du groupe thérapeutique, il s'agit du type de dispositif groupal en termes de fréquence, de durée, de technique, du nombre de participants, de la « composition psychopathologique du groupe » (127), de l'instant évolutif du groupe, du type de dispositif institutionnel (135) (114) (126).

L'indication de groupe s'appuie également sur l'étude de la problématique intrapsychique du sujet, de sa problématique relationnelle et des rapports entre la relation d'objet interne et le lien à l'objet externe (88). Le groupe, contrairement à la consultation individuelle, protège des angoisses de séduction. Le groupe thérapeutique confronte l'enfant à une mise en lien entre ses groupes internes et le groupe réel. Il mobilise le processus d'étayage sur un objet externe. « S'interroger sur l'indication au groupe, c'est s'interroger sur les situations spécifiques où la proposition du groupe est acceptable pour le patient (où elle n'est pas trop blessante narcissiquement), et où cette forme de thérapie peut apporter des changements [...] [portant] beaucoup plus sur l'aménagement de l'étayage groupal du sujet que sur l'élaboration de fantasmes individuels » (88).

Mais alors qu'en est-il plus spécifiquement chez le trouble limite de l'enfant ?

« Pour le traitement de ces souffrances et de ces pathologies, les propriétés du dispositif de groupe ont été reconnues par des psychiatres et des psychanalystes français dès la fin de la seconde Guerre Mondiale » (118).

Un recours au groupe en tant que moyen thérapeutique peut s'avérer pertinent pour les pathologies des relations, les troubles de la régulation des affects et des liens affectifs, et une difficulté d'adaptation groupale ou sociale (113) (5) (107). Le groupe s'adresse à des patients présentant un faible insight ou une faible compréhension d'eux-mêmes, des troubles de la pensée associés à des troubles concernant les limites, une problématique de dépendance, d'individuation ou d'identité (114). L'indication de groupe est appropriée pour les enfants en rupture dans leur milieu social, sans réseau social soutenant, lorsqu'est suspecté un lien entre les conjonctions de subjectivité et une pathologie des liens familiaux (108).

Les difficultés décrites en prise en charge individuelle pour les enfants en cours de latence peuvent être contournées par le groupe. D'une part, l'âge de latence est souvent considéré comme une période d'intérêt marqué pour le monde interne des autres enfants. De ce fait, par un jeu d'identifications croisées dans le groupe, « chaque participant renvoie aux autres, par un effet de miroir, l'image de sa façon d'être, et chacun voit certains aspects de lui-même reflétant dans le comportement et les problèmes des autres membres du groupe » (113). La prise en charge groupale peut ainsi permettre de faire émerger un intérêt de l'enfant pour son propre fonctionnement psychique, donc une éventuelle demande de soin chez

l'enfant, ou au moins une certaine reconnaissance de ses troubles. L'enfant en latence met en place des protections contre des vécus de séduction ou d'intrusion de l'adulte, qui pourrait raviver la blessure narcissique et donc les désirs œdipiens. La thérapie par le groupe sollicite la problématique œdipienne plus tardivement qu'en thérapie individuelle. D'autre part, chez les enfants de cet âge présentant un trouble limite, le dysfonctionnement psychique est tel que le phénomène de latence n'est justement pas tout à fait enclenché (123) (133). Les enfants de cet âge qui présentent des problématiques de violences, de limites, de subjectivation peuvent bénéficier d'un groupe (101).

III.4.1.3. Les contre-indications de prise en charge groupale

Concernant les enfants, plusieurs auteurs évoquent certaines contre-indications aux soins groupaux : « la tendance à systématiquement assumer un rôle déviant ; l'agitation extrême ; le non-respect des normes de conduites minimales à la poursuite d'un groupe » (9). S.H. Foulkes énonce plusieurs contre-indications : la paranoïa, les états psychiatriques aigus, les dépressions sévères et les tendances suicidaires, les difficultés de socialisation, les problématiques majorées par le groupe ou qui pourraient le détruire (108) (114).

Concernant le groupe, une disparité ou une homogénéité trop importante des troubles empêche le fonctionnement groupal, en rendant difficiles les possibilités d'identification et de différenciation nécessaires au groupe (113). Il est important d'être vigilant aux effets péjoratifs du groupe, tels que la majoration des conflits destructeurs (5).

Concernant le trouble limite de l'enfant, nous pouvons d'abord penser que certaines contre-indications énoncées plus haut pourraient leur être appliquées. Nous pouvons parfois envisager de contre-indiquer le groupe lors d'instantanés de débordements envahissants et d'agitation, laissant aux soignants un sentiment d'impuissance face aux menaces d'absence de pensée et de culpabilité de laisser ces enfants dans un tel groupe (101). Ces instantanés nous rappellent le pôle de tourbillon de l'appareil psychique groupal décrit par R. Kaës. Cependant, nous avons décrit les limites du soin individuel pour ces enfants et les difficultés d'accès à l'individuation en situation duelle. Surtout, nous avons perçu que les indications des soins groupaux correspondent à la symptomatologie et à la psychopathologie des enfants présentant un trouble limite. L'indication d'un soin doit toujours être considérée dans la singularité de l'enfant.

III.4.2. La vie d'un groupe thérapeutique pour les troubles limites de l'enfant

III.4.2.1. Six mois de groupe au Centre de Jour

Lors de notre arrivée sur le groupe du CDJ, le soin pour les enfants a débuté deux mois auparavant.

L'agitation est le maître mot du groupe. Celle-ci redouble à tous les instants de transition et de changement. Les enfants ne peuvent se réunir en début de groupe, ils ne peuvent finir le temps groupal. Parfois, la violence est agie entre les enfants ou à l'égard des soignants. Elle témoigne de débordements d'une excitation qui s'auto-alimente et se renforce par le groupe. Les vécus d'intrusions altèrent les relations. Des mouvements incessants de va-et-vient entre le dedans et le dehors du groupe entravent la cohésion groupale. L' « autre » enfant pourrait servir à entretenir l'excitation ou être la cible de projections, l' « autre » adulte pourrait servir d'objet narcissique ou objet d'emprise. Toutes les scènes du groupe semblent entrecoupées. Cependant, des temps d'échanges et de jeux sont possibles avec soutien des soignants, l' « autre » adulte pourrait être un objet d'étayage. Les enfants viennent au groupe avec plaisir.

Progressivement, les enfants s'approprient les limites du groupe et les changements qu'ils ne maîtrisent pas. Ils figurent une reconstruction du groupe, bougent les limites. Les temps de groupe s'apaisent, malgré la persistance d'une agitation groupale lors des temps de transition.

Au moment de notre départ, les enfants font alliance entre eux et contre les soignants. Ils s'associent pour jouer, ils dressent les limites de leur territoire grâce à un fil de laine ou en se réfugiant dans une petite cabane. Ensemble, ils se protègent des vécus de persécution et d'intrusion qu'ils projettent sur les adultes. La cohésion du groupe des enfants s'effectue contre le groupe d'adultes. A ce moment là en consultation en CMP, Mathieu dira à sa psychiatre qu'il s'est fait des « copains » au CDJ, malgré la présence d' « ennemis » que sont les adultes.

III.4.2.2. Du chaos à une possible séparation en passant par l'illusion groupale

Nous proposons de décrire, certes sous une forme artificiellement découpée, la progression d'un groupe thérapeutique pour des troubles limites de l'enfant en nous appuyant sur les écrits de plusieurs auteurs (101) (107) (116), essentiellement D. Roffat (134), P. Privat, J.B. Chapelier, D. Quelin (9) (113) (123), J.P. Pinel (99). Ces étapes se succèdent, comme au cours du développement de l'enfant, de façon non tout à fait linéaire ; elles se croisent, elles réapparaissent à certains moments.

Selon D. Anzieu, « le groupe est la mise en commun des images intérieures et des angoisses des participants » (5). La mise en groupe, temps initial d'un groupe thérapeutique, est fréquemment décrite par une majorité d'auteurs comme un mouvement de régression groupale. Cette phase est induite par une excitation libidinale comme en témoignent une crudité des thématiques, une excitation corporelle, des agirs fréquents, un vécu déstructurant de confusion, de désorganisation. Les modèles génétiques décrivent la régression groupale comme une réactivation d'affects inconscients élaborés lors de la construction infantile du lien à l'autre, une réactualisation de l'activité fantasmatique précoce non élaborée des enfants limites, vers des angoisses de type archaïque telles que des angoisses de morcellement, de perte de limites, de contagiosité des émotions, de vide, de persécution. Un fonctionnement en identification projective et adhésive prime. R. Roussillon évoque une réactualisation de l'histoire de la mise en place des phénomènes transitionnels et des investissements premiers de l'enfant. Selon d'autres auteurs, « Pour l'enfant limite, la rencontre avec la groupalité réfléchit violemment ses incertitudes identitaires et les difficultés de différenciation entre Moi-non Moi. La mise en groupe produit plutôt une actualisation d'une fixation de la libido aux temps traumatiques de la perte, plutôt qu'une régression » (134). Un processus de désindividualisation est fréquemment observé et mène à des vécus angoissants d'indifférenciation. L'articulation entre l'intrasubjectivité et l'intersubjectivité, entre le dedans et le dehors, est caractérisée par l'emprise dévitalisante de l'objet, vitale pour la survie psychique de l'enfant. P. Pinel parle d'« alliance psychopathique », alliance inconsciente définie selon des modalités d'aliénation, d'obligation et d'assujettissement. Elle permet à l'enfant d'accéder à certains désirs individuels et contribue à maintenir les liens dans le groupe, mais sous forme d'une complicité ou coalition visant la destruction d'un autre. Des attitudes de déni du groupe ou de ce qu'il représente de dangereux peuvent être observées, notamment des attitudes de recherche d'exclusivité vis-à-vis des soignants. La mobilisation intrapsychique est empêchée.

La mise en groupe est également un temps de mise à l'épreuve par les enfants de la contenance du groupe (physique, sonore, institutionnel, des adultes), transformant parfois le groupe en lieu de chaos. L'intégration du cadre groupal thérapeutique par les enfants souffrants de trouble limite est difficile, le cadre semble être perçu, mais il est discuté, voire dénié ou retourné en vécu de maltraitance. « Se pose la question de la pertinence du dispositif et de sa malléabilité, tant la violence avec laquelle les enfants expriment leur « mal à être » joue avec les limites du soutenable » (134). Les enfants éprouvent les limites d'une enveloppe matérielle groupale, prémices d'une enveloppe commune fantasmatique. Le cadre est parfois transformé en un « néo-cadre », un environnement créé par le matériel psychique souffrant des enfants limites.

Le groupe tente ensuite de parvenir à une unité groupale, passant parfois par une exclusion de ce qui est perçu comme objet persécuteur du groupe, qui devient alors bouc émissaire, que ce soit le matériel, un membre du groupe puis les soignants ou l'extérieur. Des attitudes destructrices, agressives, de rejet, d'exclusion sont présentes. Le groupe est parfois comme divisé en deux sous-groupes, l'un avec les enfants, l'autre avec les soignants. Certains auteurs rapprochent ce mouvement du meurtre symbolique du père, permettant la constitution du groupe sur une modalité fraternelle. Cette exclusion est ensuite vécue comme une menace de l'équilibre vital du groupe, suscitant un vécu dépressif avec sentiments de culpabilité et d'abandon, souvent déniés par un mouvement maniaque.

Par de nouveaux mécanismes identificatoires croisés entre les enfants et les soignants, le fantasme commun est celui que seul le groupe entier au-delà de la simple adjonction de sujets, peut permettre de lutter contre l'angoisse de la désorganisation et ce vécu dépressif. Des moyens de protection s'élaborent, tels que les alliances inconscientes, des mécanismes de défense communs, la maîtrise du réel et l'accrochage au perceptif, aboutissant à un espace psychique commun groupal. Les enfants du groupe abordent « cette expérience avec une représentation personnelle du groupe, faite non seulement des éléments groupaux inconscients du psychisme, mais aussi des premières expériences de la vie en groupe, qu'elles soient familiales, scolaires ou autres » (113). « A titre d'hypothèse, on peut concevoir que l'environnement qui se crée lors des premières séances, procède de l'actualisation par chaque sujet du groupe, des défauts et failles de son environnement primaire familial. En suivant la pensée de R. Kaës sur le rôle prépondérant des groupes internes dans le processus de groupement, [D. Roffat dirait] que les groupes internes intensivement convoqués dans la construction de l'appareil psychique groupal se solidarisent ici d'autant plus aisément que la communauté de pathologie entre les sujets en favorise l'appariement » (134).

C'est la période de l'« illusion groupale », décrite par D. Anzieu (128). Il s'agit de l'association des membres au sein d'une unité groupale, qui dénie les différences des sexes et des générations, qui dénie tout conflit, où le sentiment d'appartenance au groupe est fort, où règne la jubilation de la cohésion groupale. Des mécanismes d'idéalisation sont à l'œuvre, permettant des fantasmes mégalomaniques d'omnipotence. L'excitation de la mise en groupe est transformée en plaisir d'être ensemble, afin de parvenir à un groupe idéal. Le processus de désindividualisation est à son maximum, l'objet libidinal investi par l'enfant est majoritairement le groupe lui-même et sa construction. Cette période de mise en place de la groupalité est également un moyen de protection contre l'angoisse de castration, autrement dit « elle participe à la mise en latence de la problématique œdipienne » (123).

Une dernière étape est celle de la désillusion, période de renoncement à la toute-puissance et d'acquisition des moyens de maîtrise des angoisses archaïques, donc parcourue d'angoisses dépressives. Ce mouvement

ouvre sur l'élaboration œdipienne, rejouée sur la scène du groupe, marquée par l'élaboration de la différenciation des individus du groupe, l'élaboration de la perte, de l'omnipotence et de la complétude. L'élaboration des différences dans le groupe s'effectue à différents niveaux : la différence générationnelle, la différence des sexes et la différence singulière de chaque sujet par l'individuation. Cette dernière vise la construction par les enfants d'une « image d'eux-mêmes qui, tout en s'individualisant, c'est-à-dire en perdant de sa puissance, de son omnipotence, reste « aimable » et investissable par eux-mêmes », par un mouvement concernant le narcissisme et un mouvement concernant la représentation de la limite (116). L'accès à l'individuation s'exprime par l'accès à la capacité d'être seul en présence de l'autre, telle que décrite par D.W. Winnicott, et par « la capacité d'être seul en présence du groupe, qui représente pour R. Roussillon « la possibilité de se poser comme être sexué, être de désir singulier face au groupe et témoigne de la possibilité d'affirmation d'un vrai self » » (99). Cette capacité rend possible les relations intersubjectives dans les différents groupes de l'enfant. Le groupe se termine par une oscillation entre des affects de tristesse due à la perte et à la séparation et des affects de plaisir des moments de groupe. C'est une phase de liens fraternels.

Le groupe peut par la suite devenir un objet de travail plus individuel. « Le sentiment d'appartenance au groupe et une meilleure conscience de l'individualité de chacun vont favoriser la mise en évidence des interactions entre la problématique groupale et les problématiques personnelles » (113). La problématique individuelle est portée par le groupe, entre en résonance avec lui, ce qui permet qu'elle soit reconnue par l'enfant et ensuite symbolisée.

III.4.3. Les pistes thérapeutiques du groupe pour les troubles limites de l'enfant

Nous développons à présent les dimensions thérapeutiques des groupes qui nous semblent particulièrement à l'œuvre dans les soins aux enfants présentant un trouble limite. Nos recherches bibliographiques ne nous ont pas permis de trouver des études spécifiques évaluant l'intérêt et l'efficacité des prises en charge groupales chez les troubles limites de l'enfant ou les MCDD.

Plusieurs auteurs d'orientation psychodynamique s'accordent pour diviser la pratique groupale en deux temps (99) (114) (123) (124). Lors d'un premier temps, l'attention est portée sur le groupe en lui-même, sur sa construction, ses mouvements, le dépassement des angoisses de mise en groupe, autrement dit sur le groupe vécu comme un « UN » (130). Il s'agit alors de favoriser les interrelations, de stimuler l'expérience groupale, de favoriser la constitution du sentiment d'appartenance, et de renoncer à un travail trop personnalisé, parfois perçu comme intrusif, persécuteur et excluant. Ce qui peut permettre au deuxième

temps de se mettre en place, un temps au cours duquel l'intérêt est davantage porté sur l'individu, sur le « chaque UN ». L'opposition généralement reconnue entre thérapie par le groupe et thérapie en groupe s'atténue au profit d'une articulation entre les deux.

III.4.3.1. Le groupe comme contenant

Selon A. Ciccone, « ce qui soigne est l'expérience selon laquelle la vie émotionnelle troublée, perturbée, douloureuse, trouve un espace dans lequel elle puisse être reçue et contenue. [...] C'est la capacité de contenir les émotions, les pensées que le Moi trop fragile du patient, trop peu assuré dans son sentiment d'existence, ne peut contenir, ne peut tolérer, ne peut penser » (93). Les contenus intrapsychiques, tels les fantasmes, les conflits intrapsychiques, les objets internes, ont d'abord été des objets d'intérêt pour la psychanalyse. Celle-ci s'est ensuite tournée vers les contenants, face à la fréquence de prise en charge de sujets souffrant d'un défaut des organisations de contenance, tels les enfants, les états-limites, les psychotiques, les groupes, les familles. Dans un dispositif groupal, le degré de maîtrise de celui-ci autorise des nuances de maîtrise de la contenance et donc un abord plus ou moins important des contenants ou des contenus.

La fonction de contenance groupale est nécessaire à l'accès à la phase d'illusion groupale, notamment par la mise en place d'une enveloppe commune au groupe, nécessaire à l'équilibre du groupe (101) (113) (123) (127) (135). Il s'agit d'une fonction de protection du groupe, permettant d'apaiser les angoisses groupales. Le déploiement du mouvement régressif doit être suffisamment contenu, c'est-à-dire protégé de la destructivité et du morcellement pour permettre la construction de l'unité groupale et de l'enveloppe groupale. Le mouvement de désindividualisation participe à cette élaboration groupale. La contenance autorise le dépassement des angoisses vécues lors du temps de mise en groupe, pour parvenir à un plaisir d'être ensemble.

Différents travaux, inspirés de ceux d'E. Bick et D. Anzieu, élaborent le groupe comme une enveloppe qui maintient les sujets ensemble, s'opposant ainsi à un agrégat d'individus sans enveloppe (128). L'enveloppe est un ensemble symbolique de règles qui fait perdurer les réalités inconscientes individuelles. Les sujets du groupe projettent leurs fantasmes, leurs imagos, leur topique subjective sur ce qui constitue cette enveloppe groupale. La face interne de l'enveloppe groupale est un espace psychique transindividuel, imaginaire, permettant la fondation d'une réalité imaginaire des groupes où circulent les fantasmes et les identifications entre les sujets du groupe. L'enveloppe est une illusion, mais aussi une représentation et une formation défensive.

En raison de propriétés de fluidité, de porosité, de malléabilité, l'enveloppe possède selon K. Lewin une fonction de barrière ou de frontière, une fonction limitante, et une fonction d'échangeur ou de filtre entre l'intérieur et l'extérieur. L'enveloppe permet l'articulation d'un espace psychique commun, oscillant entre des modalités libératrice et interdictrice. Elle aménage une cohésion interne, une aire transitionnelle et une temporalité de groupe (107) (132) (115).

Les soignants assurent une fonction de « border le groupe », c'est-à-dire « mettre des bordures, limiter, séparer l'intérieur de l'extérieur, faire lit à l'objet » (134), comme l'attitude maternelle de border son enfant afin de préparer le temps de la séparation au coucher. R. Kaës, en appui sur les travaux de W.R. Bion, développe la fonction conteneur des soignants qui signifie « recevoir les identifications projectives destructrices, les éprouver authentiquement, puis effectuer ce travail de détoxification des éléments destructeurs projetés, les restituer sous une forme symbolisée enrichis par sa rêverie » (132). Il s'agit pour eux de poursuivre leur existence et leur activité de pensée, malgré les projections.

La fonction de contenance offre la possibilité de développer la fonction de pare-excitations. Les composantes intrapsychiques du pare-excitations sont, de façon plus ou moins constante, reliées aux composantes intersubjectives du pare-excitations (107). Dans le groupe, le préconscient dans sa fonction de lier les représentations est mis à l'épreuve, car sollicité par les productions fantasmatiques et les excitations pulsionnelles de tous les sujets du groupe (107) (125). Les mouvements de mise en groupe peuvent parfois être à l'origine de menaces du Moi des enfants, mais peuvent également autoriser le travail de ces dérégulations (132). Nous avons développé les défaillances des fonctions de contenance et de pare-excitations des enfants présentant un trouble limite. La mise en place de la fonction de contenance est alors essentielle lors de la mise en groupe, en tant qu'elle permet la construction d'un pare-excitant commun abaissant les excitations pulsionnelles groupales, là où les fonctions pare-excitatrices font défaut (111).

Le travail groupal a pour objectif une introjection positive de l'expérience groupale et donc une introjection de la fonction pare-excitante de l'enveloppe groupale. Le groupe peut s'internaliser telle une enveloppe psychique dans les situations qui nécessitent le rétablissement d'un contenant psychique plurisubjectif. Les enveloppes psychiques individuelles restaurées permettent la réception des fantasmes et objets d'identification « nécessaires à l'émergence d'un sujet à la fois singulier et solidaire d'un ensemble dont il participe, et dont il procède » (107) (130). Les pathologies qui affectent le préconscient peuvent bénéficier d'un traitement groupal, par intériorisation de l'activité du préconscient de plus-d'un-autre, autorisant la régulation de l'espace affect-pensée et ainsi la mise en représentation des paroles groupales par le préconscient, donc permettant de restaurer la fonction symbolisante et l'individuation (107) (114) (130).

III.4.3.2. Le groupe comme espace d'étayage

Le groupe mobilise le processus d'étayage sur un objet externe, processus nécessaire au développement de l'appareil psychique, dont le modèle primaire est la relation réelle précoce parents-enfant. Au fil du temps, l'enfant continue de chercher un appui objectal, cependant la forme de l'étayage évolue au fil du développement psychique de l'enfant, vers un modèle de relations triangulaires ou familiales (108). La fonction d'étayage groupal, d'apport de soutien, de point d'appui et de processus de transformation, est portée par les relations aux objets externes (88) (115). Le Moi des enfants s'étaye sur les soignants du groupe, sur les enfants dans le groupe, leur rendant un rôle actif dans la fonction thérapeutique de groupe, et enfin sur le groupe lui-même, qui peut être envisagé comme une extension du Moi des enfants. Les enfants ne peuvent élaborer cette fonction que si une sécurité est suffisamment présente, les autorisant à des remises en question non dangereuses face à l'adulte (113).

Un cadre thérapeutique adapté au trouble limite de l'enfant doit nécessairement offrir une plasticité (134). La déformation du cadre est, après le temps de mise en groupe comme réactualisation de vécus primaires, source de reconstruction, de co-création entre les soignants et les enfants, d'expression subjective des enfants. En langue anglaise, le terme *shape* désigne à la fois une forme et un cadre, donner forme et donner sens (125). Dans les théories groupales, il peut être repris pour désigner le cadre du groupe, donc dans ses fonctions de contenance et de mise en sens.

Ainsi les fonctions d'étayage et de contenance, qui font défaut chez l'enfant atteint de trouble limite, constituent des préalables indispensables à l'élaboration de la symbolisation, de la représentation, de la restauration de l'intégrité du moi, grâce au travail de l'intersubjectivité, paraissant nécessaires pour les problématiques caractéristiques des enfants limites (99).

III.4.3.3. Le groupe comme espace potentiel de transitionnalité

Les fonctions de croyance du groupe, dont l'illusion groupale, qui s'appuient sur les fonctions de l'Idéal, sont particulièrement à l'œuvre dans la cohésion du groupe, tel un « antidépresseur groupalement induit » (107).

R. Kaës propose l'espace du groupe comme un espace interpsychique transitionnel et transformatif. Les phénomènes transitionnels sont indispensables à l'enfant, tout autant qu'au groupe, à l'institution et à la famille. La fonction transitionnelle « restitue à chaque sujet individuel du groupe une aire de jeu entre ce qui lui est propre et ce qui le traverse, entre ce qui lui est singulier et ce qu'il a ou ce qu'il est en commun

avec d'autres. Le groupe est alors une expérience où le *Je* et le *Tu* et le *Nous* et le *Ils* peuvent advenir, dans leurs espaces distincts » (2). Ainsi, le groupe permet de nouvelles créations, la reconnaissance de la base groupale du sujet singulier, et la transformation des rapports à autrui et à soi. Le déjà-là, c'est-à-dire l'héritage, et le non-encore advenu, c'est-à-dire la création, peuvent coexister sans conflit. La tolérance et la confiance de soi et des autres portent le mouvement transitionnel, qui permet d'éprouver une continuité et une différenciation entre monde interne et monde externe (2) (107).

Dans un premier temps, les fonctions de pare-excitations, d'enveloppe et de contenance favorisent la mise en place de l'illusion groupale, laissant place à un sentiment d'appartenance groupale, ou espace onirique commun, ou espace transitionnel (101). Au cours du trouble limite, les enfants évitent régulièrement la confrontation aux angoisses de perte d'objet, évitent la solitude, pouvant donner lieu à un effondrement dépressif. Un premier travail du groupe est de donner à l'enfant « l'illusion qu'il ne sera jamais abandonné. Le travail sur l'objet-groupe va permettre la reconquête fantasmatique, grâce à l'illusion groupale, de l'objet maternel idéalisé » (9). Cet effet est possible grâce au passage du collectif à l'expérience groupale, où circulent des fantasmes d'indifférenciation. La perte, associée de sa tristesse et son impuissance, est ainsi déniée. Le groupe comme objet est investi par les enfants comme un objet idéal, qui élabore l'illusion par lui-même.

Dans un deuxième temps, le travail de la désillusion qui succède à la période d'illusion, est à l'origine d'une possibilité d'élaboration de l'absence et de la perte (9). « Ainsi le travail va porter, comme dans les premiers rapports de l'enfant avec sa mère, sur l'élaboration des écarts – d'abord petits puis de plus en plus importants -, entre les vécus d'indifférenciation et de persécution et la perception adéquate des réponses des autres. Ces écarts amèneront à un travail de désillusion » (113). La désillusion permet « l'exploration par le jeu des objets des autres et de Soi, dans l'entre-deux où fluctuent puis s'établissent, en un lien paradoxal « accepté et non résolu », les limites entre le dedans et le dehors, le Moi et le non-Moi, le mien et le non-mien » (2). Selon les travaux de R. Roussillon prenant appui sur ceux de D.W. Winnicott, l'objet se sépare ainsi, reste vivant, lié au sujet mais différencié, il s'agit d'une opération de déprise. La fin du groupe donc le désinvestissement collectif de l'objet groupe, autorise également l'élaboration des angoisses de séparation. Les prises en charge groupales sont ainsi adaptées chez les enfants présentant des angoisses de séparations (132).

L'élaboration de l'absence, nous l'avons détaillée, est à l'origine de l'activité de penser, de la créativité, du sentiment de soi, et des relations d'objet. L'élaboration de l'indifférenciation lors du temps de l'illusion groupale favorise un travail d'individuation et de subjectivation (99).

III.4.3.4. Le groupe comme support narcissique

Une première phase observée en début de groupe est celle d'une mise en danger narcissique des sujets du groupe, par régression surtout d'ordre narcissique, reprenant les origines de la formation de l'Idéal du Moi (113) (133). L'aspect thérapeutique groupal consiste à vivre cette régression de façon contenue et partagée par l'ensemble du groupe.

Le trouble limite se caractérise, nous l'avons souligné, par un mode relationnel narcissique (99). Cette recherche du double narcissique peut rencontrer le groupe entier, qui peut alors devenir le support de la projection de cette dépendance. Ce mouvement permet l'investissement et donc la représentation du groupe, vécu comme une imago maternelle archaïque, faisant apparaître les angoisses persécutives. La contenance groupale permet l'élaboration de cette figure maternelle, grâce à un meilleur accès au processus secondaire, autorisant une prise de distance vis-à-vis de l'imago maternelle primitive sans effondrement en raison des angoisses de séparation. Ce dédoublement ou cette différenciation, telle une reviviscence du dégageant de la fusion primaire du nouveau-né avec la mère, est soutenu par le narcissisme groupal. La constitution de l'enfant en tant que sujet s'effectue par la création puis la perte d'un double narcissique, ce deuil visant la tolérance du manque, de l'incomplétude de soi. L'élaboration du sentiment d'appartenance groupale favorise l'élaboration des angoisses de persécution réactivées par l'immersion groupale (114).

Une deuxième phase est celle d'une restauration de ce narcissisme abîmé des enfants présentant une pathologie limite. Un effet de renarcissisation opère grâce aux modifications identificatoires, rendues possibles par la première phase de régression, puis par le réinvestissement narcissique sur le mode de l'identification secondaire, ce qui précisément fait défaut dans le trouble limite (133). La fonction contenante du groupe mais surtout la phase d'illusion groupale permettent de soutenir une continuité narcissique des enfants et la fortification d'une assise narcissique des enfants, tout en respectant celle des autres (101) (113) (114). Durant la période d'illusion, sont activés des mécanismes d'idéalisation, des fantasmes mégalomaniaques d'omnipotence, de toute-puissance, porteurs de gratifications narcissiques. En raison du support narcissique groupal qui possède une véritable fonction d'étayage, le sujet peut espérer abandonner sa destructivité et investir de façon libidinale les objets (123) (130). L'étayage et l'investissement narcissique des pairs, comme initialement l'étayage sur le narcissisme maternel, constituent une possibilité de renforcement du sentiment d'existence et de permanence de l'identité des enfants, jusque-là durement éprouvé par le regard des autres lorsqu'il n'était pas soutenu par le sentiment d'appartenance groupale (114).

La fonction d'étayage narcissique, de support au narcissisme blessé des enfants, autorise une fonction de miroir grossissant entre les enfants, notamment de leurs difficultés relationnelles. Ce mécanisme peut donner lieu à davantage d'accès à leur monde interne respectif et une propre représentation de ce monde psychique (114). Auparavant, la réalité psychique de ces enfants était enchaînée dans la relation d'objet, donc non appropriée (126).

III.4.3.5. Le groupe comme espace de socialisation

Le groupe favorise un apport de remaniements identificatoires aux propriétés thérapeutiques majeures. Dans le groupe, les identifications s'effectuent entre pairs, envers les soignants subissant le mouvement régressif donc non tout-puissants, puis hors le groupe. Les identifications secondaires prennent le pas sur les identifications primaires. Les nouvelles identifications soutiennent l'importance de la relation à l'autre pour assurer une bonne image de soi, aboutissant à l'émergence d'une nouvelle identité personnelle.

Grâce à l'appui narcissique et à l'illusion groupale, le groupe permet de supporter la réactivation de la blessure œdipienne, la confrontation groupale à l'expérience de la castration et au renoncement à une position phallique de toute-puissance (101). La construction de nouvelles différenciations est ainsi permise. Tout d'abord, les différences fondamentales sont élaborées, autorisant la distinction entre l'humain et le non humain, entre les sexes et entre les générations. Puis, les différences secondaires ou « narcissisme des petites différences » tel que le définit S. Freud, autorisent la distinction entre les personnes riches ou pauvres, valides ou handicapées, de culture d'origine ou de culture actuelle (99). Le narcissisme des petites différences délimite l'appartenance, l'identité et la continuité de l'ensemble groupal, distinguant ce dernier des autres groupes. Cette « troisième différence » se situe à côté des différences des sexes et des générations, elle spécifie le lien de chaque enfant à la psyché du groupe dans lequel il est narcissiquement tenu, et qu'il contribue à maintenir. Cette phase permet l'accession à ce que P.C. Racamier nomme « l'idée du Moi, qui est aussi une idée d'autrui et de l'espèce » (99).

Enfin, le groupe favorise la sociabilité de l'enfant. Nous avons décrit le groupe comme intermédiaire entre l'individu et la société. Grâce au développement du sentiment d'appartenance, le groupe thérapeutique peut être considéré comme un « premier noyau vivant des liens de socialisation » (113) (133). Le groupe est un espace pour favoriser les relations triadiques, les capacités relationnelles de l'enfant, qui peuvent notamment se détacher du versant de l'exclusivité, laissant place à un mode de socialisation moins chaotique (2). Le groupe permet également d'associer les fantasmatiques individuelles aux mythes fondateurs anthropologiques et d'aborder la question des origines (99) (103).

Nous pouvons nous poser la question de la possibilité d'un remaniement des groupes internes des enfants dans le groupe thérapeutique, sur support et identification au réseau interrelationnel thérapeutique. Le groupe élabore les liens entre le monde intrapsychique de l'enfant, son histoire, le monde intersubjectif et la réalité groupale. La défaillance des groupes internes des enfants pourrait être reliée à la défaillance du compromis entre l'identification aux réseaux interpersonnels de l'enfant et sa création propre de ses réseaux groupaux intrapsychiques. Ce conflit identificatoire pourrait être mobilisé dans le groupe thérapeutique, par l'intermédiaire des mécanismes identificatoires et du conflit œdipien, impactant sur la construction de la groupalité psychique des enfants, donc sur leurs modalités relationnelles en groupe (116) (114).

III.4.3.6. Les médiations dans le groupe

La médiation n'est pas spécifique du groupe thérapeutique, elle est utilisée en prise en charge individuelle mais elle est d'utilisation fréquente dans les soins groupaux. Reprenant le terme de M. Milner, R. Roussillon développe le médium malléable, un objet médiateur qui permet à l'enfant de figurer sa problématique psychique grâce au support du matériau (136). L'objet possède des qualités perceptivo-motrices de malléabilité. Il s'agit d'un objet capable de survivre à la destructivité de l'enfant, à son emprise. Il est susceptible de représenter une forme d'indestructibilité mais aussi d'extrême sensibilité tout en offrant la capacité de transformer la relation et de potentialiser les limites de l'enfant (38) (99). La manipulation du médium permet l'introduction d'une temporalité transitionnelle, l'émergence d'une activité représentative et symbolique, il est un tiers différenciateur et un tiers accordant (36).

Les enfants présentant un trouble limite sont en difficulté dans l'expression et l'élaboration verbale. Les modalités thérapeutiques qui leur sont proposées bénéficient d'un appui par la médiation, individuelle ou groupale (100).

Les groupes à médiation utilisent les processus groupaux et un médiateur, qui peut être un objet concret ou une activité. Le média peut prendre des places distinctes dans le groupe (129). Premièrement, dans les thérapies de groupe, il appartient à la technique ou au dispositif de groupe, il est donc un élément du phénomène groupal. La dynamique groupale constitue l'élément thérapeutique, le média devient thérapeutique lorsqu'il est mis au service des processus de symbolisation, devenant un support de la communication, des affects et de la créativité (113). Il accompagne le processus groupal et ses fonctions de contenance et de pare-excitations, il constitue une aide à la rencontre avec le groupe, il est un support du langage groupal et individuel. Deuxièmement, au cours des groupes à médiation, la dimension

thérapeutique est portée par la médiation et sa technique, comme support de la symbolisation. La relation à la médiation est également le support de l'instauration de la relation à l'autre. Troisièmement, au cours des groupes thérapeutiques médiatisés, la médiation est présente dans le groupe mais elle n'est pas utilisée dans une technique spécifique, les mouvements groupaux se développent autour d'une utilisation libre de l'activité de médiation. Les liens dans le groupe et avec la médiation se travaillent dans des allers-retours entre l'espace groupal et l'espace individuel. La médiation accompagne le processus groupal, elle majore la fonction de contenance et de pare-excitant.

Le médiateur « se situe à mi-chemin entre la réalité extérieure et le monde interne du sujet. Il suscite donc une activité entre l'imaginaire et la réalité, entre l'individuel et le social » (9). Il est utilisé au cours d'une expérience partagée avec d'autres, ce qui favorise l'évolution de la représentation de la fonction malléable de l'environnement, souvent défailante au cours des expériences précoces de l'enfant (129). La médiation en groupe est également le support de l'expression et des relations, elle permet à l'enfant de trouver une position vis-à-vis des autres du groupe (114). Elle est un support de l'échange, elle inaugure la relation. L'expression, avec comme support la médiation, permet de transformer un événement brut en sa représentation symbolique, favorisant une historicisation organisée et élaborée des conflits (137). Ce type de groupe vise notamment la restauration d'un espace transitionnel, particulièrement intéressant pour le trouble limite, ce qui contribue à soutenir le travail de symbolisation et d'expressivité. A travers l'objet médiateur, les enfants expérimentent et symbolisent la phase d'illusion et d'omnipotence, nécessaire au travail de désillusion.

Le groupe en tant qu'objet peut être considéré comme un véritable médiateur (132). « La base de la constitution du groupe est bien le partage d'une expérience illusoire, mais cette expérience n'est pas le contraire de la réalité : c'est un intermédiaire entre le refus d'accepter la réalité et la capacité de l'accepter » (129).

III.4.4. Les autres groupes

« La pratique des groupes d'enfants ne peut s'envisager sans prendre en considération les interactions possibles [...] avec la famille en tant que groupe d'appartenance des enfants, mais aussi avec l'institution, groupe d'appartenance des thérapeutes » (113). R. Misès insiste sur l'importance d'une approche élargie de l'enfant, ouverte à son entourage, notamment dans ses possibilités d'étayage et d'investissement.

III.4.4.1. La famille

Un travail psychique doit être effectué avec le groupe famille, sous la forme de consultations familiales ou de groupes de parents (9).

L'indication de groupe doit s'effectuer également en appréciant ce que la famille peut mobiliser comme changements (101).

La prise en charge groupale familiale diffère d'une prise en charge groupale d'enfants par les liens déjà tissés et l'histoire commune déjà débutée entre les personnes du groupe famille (101) (126). Elle tient compte des intrications des problématiques intrapsychiques individuelles de l'enfant avec les problématiques interpersonnelles familiales (113). De plus, le cheminement thérapeutique de l'enfant en groupe est mobilisateur du fonctionnement familial, donc nécessaire à accompagner.

Les groupes de parents permettent à ces derniers de vivre une expérience groupale favorisant leur représentation du groupe d'enfants, d'être réceptifs aux mouvements interrelationnels familiaux, d'exprimer et de reconnaître leurs difficultés, et de s'identifier plus librement à leur enfant (113).

III.4.4.2. L'institution

Les théories psychanalytiques groupales s'appuient sur la psychiatrie communautaire et la psychothérapie institutionnelle, développée en France, notamment par J. Oury et F. Tosquelles, et dans les pays anglo-saxons.

Plusieurs groupes existent dans une institution, et fonctionnent en interaction les uns avec les autres, de manière complémentaire ou conflictuelle. Un groupe thérapeutique est d'abord pensé par le groupe institution, il est lui-même contenu dans et par l'institution (101). L'institution s'articule avec le dispositif groupal, elle apporte une fonction étayante, de contenance, d'enveloppe, donc de limite, de protection, d'échanges (99) (113).

L'institution constitue un groupe commun pour les soignants, alors que chaque soignant se réfère au groupe de sa profession. L'institution est considérée comme un groupe d'appartenance des soignants, au sens où l'institution intègre ces soignants (113). L'institution peut également être un groupe de référence, les soignants adhèrent au projet commun de l'institution. Les soignants peuvent également se sentir appartenir à un autre groupe de référence qui est le groupe théorique. Enfin, les soignants peuvent se référer à leurs groupes de corps professionnels. Le déroulement d'une pratique groupale au sein d'une

institution, portée par des soignants et leurs références, dépend donc de la congruence entre les groupes de référence et le groupe d'appartenance qu'est l'institution (101).

Concernant la pathologie limite de l'enfance, R. Misès développe le « travail en réseau », le travail « de chacun et du groupe ». L'enfant intègre un soin hebdomadaire, au sein de ce qu'il nomme les « centres d'action thérapeutique à temps partiel », tout en respectant et en s'associant aux lieux de vie habituels de l'enfant (48). Cette modalité thérapeutique offre une contenance et un étayage à l'enfant, mais également une élaboration des problématiques de perte, de manque et d'absence, portée par le caractère intermittent du soin ainsi que par les liens entre les différents lieux et les différents intervenants (65) (131).

Enfin, le pédopsychiatre exerce plus généralement au sein d'un groupe de soignants (138). Cependant, les modèles de prise en charge au long cours s'étendent actuellement au-delà du groupe soignant, la collectivité au sens du groupe social de citoyens prend une part de plus en plus active dans le soin psychique.

CONCLUSION

Le trouble limite de l'enfant est, aujourd'hui, un concept d'actualité fréquemment rencontré dans nos pratiques de soins en pédopsychiatrie. Il est un point de confrontation des différents modèles psychopathologiques et thérapeutiques de notre époque, il est un reflet des limites de nos pratiques et nos théories. Dans nos institutions, la pratique groupale est fréquemment indiquée pour ces patients. C'est justement ce point de rencontre qui interroge les difficultés groupales de ces enfants et leur prise en charge en groupe.

Le trouble limite de l'enfant peut d'abord se définir comme un groupe hérité d'apports successifs de conceptions distinctes comme le montre l'histoire de la construction de ce concept. La clinique « à la limite », la clinique frontière, la clinique en tant que forme de passage tente de se réunir, de se regrouper, de trouver le commun. L'héritage des troubles limites de l'enfant est donc multiple. Cet héritage est d'abord ancien, datant de l'époque de l'édification de la pédopsychiatrie, puisqu'il remonte à la perception d'« écarts » au sein des modèles linéaires de la déficience, puis à la perception de formes cliniques « à l'écart » des formes typiques de psychoses de l'enfant. Cet héritage concerne ensuite les descriptions adultes des états « à la recherche d'un nom », partageant elles-mêmes leur identité entre une filiation psychiatrique du trouble de la personnalité borderline et une filiation psychanalytique de l'état limite. Un héritage important est apporté par la dysharmonie, une construction psychopathologique réunie autour d'une dynamique mal accordée d'un ensemble lui-même mal accordé. La dysharmonie homogénéise une psychopathologie infantile d'enfants de présentation variée, mais la dysharmonie divise la communauté pédopsychiatrique, notamment face aux confusions de terminologie. La pathologie limite de l'enfance actualise alors ces différents apports pour redonner consistance à ce groupe d'enfants. Elle évolue vers la terminologie contemporaine de trouble limite de l'enfant, s'écartant des positions structurales, positions fixées contrastant avec l'évolutivité de l'enfant, et se rapprochant de la qualification internationale de troubles. Ce concept psychopathologique psychodynamique français rencontre une proximité clinique dans le concept descriptif développemental anglo-saxon de *Multiple Complex Developmental Disorder* (MCDD), rencontre dont l'usage devrait tendre vers la complémentarité plutôt que l'opposition.

Le trouble limite de l'enfant peut ensuite se décrire par un regroupement clinique, dont la variabilité constitue une dimension caractéristique, tant en fonction des enfants, que de l'âge et même des instants chez un même enfant. Le défaut de régulation des affects s'exprime par une angoisse massive, une grande insécurité, des affects dépressifs rarement exprimés comme tels, et un comportement fréquemment dominé par l'agir ou parfois par l'inhibition. Les troubles de la pensée altèrent le langage, les fonctions psychomotrices et cognitives. Les modalités relationnelles sont troublées, oscillant au sein du paradoxe abandon-intrusion. Le trouble limite peine à trouver sa place dans les nosographies actuelles, principalement aux côtés du trouble du spectre autistique et du trouble des conduites, mais finalement à la frontière de la majorité des diagnostics infantiles.

Le trouble limite de l'enfant peut également se comprendre par une description psychopathologique psychodynamique. Elle combine un défaut de contenance et d'étayage précoce, une altération des fonctions limites, un échec de la transitionnalité, un défaut d'élaboration de la position dépressive, une instauration partielle de la triangulation œdipienne et une atteinte narcissique. Elle permet de comprendre l'adaptation au réel suffisante mais de surface de ces enfants, contrastant avec une production fantasmatique et des angoisses débordées et débordantes.

Le trouble limite de l'enfant peut enfin s'envisager sous l'angle groupal.

Le groupe, dont les composantes et les rôles évoluent au cours de la vie de l'enfant, est reconnu dans sa fonction de support à la construction psychologique et sociale. Il est l'objet de théories psychodynamiques, qui l'étudient comme entité, puis comme liens, et enfin comme dimension intrapsychique.

L'enfant présentant un trouble limite est entravé dans ses liens, dont le caractère primitif le fait entrer dans une oscillation entre exclusivité et exclusion qui contribue à ses difficultés en groupe. Ses liens pourraient être en partie altérés par une défaillance des groupes internes, et notamment des relations d'objets duelles, narcissiques et anaclitiques, des identifications et du complexe d'Œdipe. Le défaut de ces organisations intrapsychiques du lien pourrait prendre son origine dans une altération des corrélations de subjectivité retrouvée dans les défauts d'étayage et de contenance précoce de ces enfants.

L'enfant présentant un trouble limite paraît alors bénéficier, parmi son dispositif de soins, d'une prise en charge groupale. Les dimensions thérapeutiques groupales de contenance, de support narcissique et de support transitionnel offrent tout particulièrement un soutien à l'enfant en regard de sa psychopathologie. La prise en charge groupale de l'enfant peut s'articuler avec les autres groupes que sont la famille et l'institution.

Alors le trouble limite de l'enfant profiterait d'études complémentaires sur une confrontation entre l'évolution de ce trouble et l'évolution actuelle des groupes, groupe familial et groupe social, à l'ère de la post-modernité. Le recours et l'intérêt actuel pour le groupe, qui reste un représentant de la société, s'accroissent de façon paradoxale à l'ère de l'individualisme et d'une désagrégation des garants métasociaux et métapsychiques groupaux. Ces mouvements menacent la relation du sujet au groupe et la sécurité de ses membres, en mobilisant particulièrement le narcissisme des individus. L'évolution de certains de ces garants pourrait contribuer à l'évolution des troubles limites de l'enfant.

Le Président de la thèse,
Nom et Prénom du Président
Signature

Nicolas Georgel

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le

29 JAN. 2015

VU :
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Lyon-Est



Professeur Jérôme ETIENNE

VU :
Pour Le Président de l'Université
Le Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales



Professeur François-Noël GILLY

ABREVIATIONS

AEMO : Aide Educative en Milieu Ouvert

CDJ : Centre De Jour

C-DIB : *Child Version of the Retrospective Diagnostic Interview for Borderlines*

CFTMEA : Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent

CIM : Classification Internationale des Maladies

CMP : Centre Médico-Psychologique

DIB : *Diagnostic Interview for Borderlines*

DSM : *Diagnostic and Statistical Manual*

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

MCDD : *Multiple Complex Developmental disorder*

MDD : *Multiplex Developmental Disorder*

MID : *Multidimensionally Impaired Disorder*

MSDD : *MultiSystems Developmental Disorders*

NIMH : *National Institute of Mental Health*

PDD : *Pervasive Development Disorder*

QI : Quotient Intellectuel

TC : Trouble des Conduites

TDAH : Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

TED : Trouble Envahissant du Développement

TED NS (ou TED NOS) : Trouble Envahissant du Développement Non Spécifié (CIM) ou TED *not otherwise specified* (non spécifié ailleurs, DSM)

TMD : Trouble Multiplex du Développement

TOP : Trouble Oppositionnel avec Provocation

TSA : Trouble du Spectre Autistique

WISC : *Wechsler Intelligence Scale for Children*

WPPSI : *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence*

ANNEXES

[Annexe 1] : Définition critériologique des MCDD

♣ Troubles de la régulation de l'état affectif et de l'anxiété :

- Anxiété ou tension diffuse, intense et généralisée, ou irritabilité
- Peurs et phobies (souvent inhabituelles ou singulières)
- Episodes de panique récurrents, terreur, ou anxiété submergeant le sujet
- Episodes de désorganisation du comportement ou de régression, ponctués par des conduites immatures, primitives ou agressives
- Variabilité émotionnelle étendue et significative avec ou sans facteurs environnementaux précipitants
- Fréquentes réactions d'anxiété idiosyncrasique ou bizarres (épisodes de gloussements, d'attitudes frivoles, de présentation « bête », de rires, souvent incontrôlables et inappropriés pour le contexte)

♣ Troubles du comportement ou de la sensibilité sociale :

- Désintérêt social, détachement, évitement, ou repli sur soi en dépit de compétences sociales évidentes, particulièrement avec les adultes ; le plus souvent, les relations paraissent amicales et avec coopération, mais sont très superficielles, et dans une attente matérielle
- Difficulté à initier et maintenir des relations avec les pairs
- Troubles marqués des liens affectifs, notamment par un degré important d'ambivalence avec les adultes (en particulier les parents ou tuteurs), se manifestant par des comportements relationnels d'agrippement, de contrôle, de besoin et/ou des comportements agressifs ou d'opposition ; des affects contraires, alternant entre amour et haine, sont fréquents envers les parents, les professeurs ou les soignants
- Limitations profondes des capacités d'empathie ou de la compréhension exacte des affects d'autrui

♣ Troubles cognitifs ou troubles de la pensée :

- Irrationalité, intrusions soudaines dans le processus de pensée normal, pensée magique, néologismes ou répétitions de mots dénués de sens, pensées décousues, idées d'une bizarrerie et d'un illogisme flagrants
- Difficulté à distinguer réalité et vie intérieure imaginaire
- Perplexité et confusion (trouble de la compréhension des processus sociaux ou difficulté à garder ses pensées organisées)
- Illusions, idées prédominantes comprenant des fantasmes d'omnipotence, des préoccupations paranoïdes, un hyperinvestissement de personnages imaginaires, des fantasmes de grandiosité et de pouvoirs exceptionnels, et une idéation référentielle.

BIBLIOGRAPHIE

1. De Caevel H. Un groupe, ça parle pas. In: De Caevel H, Bass D, Au fil de la parole, des groupes pour dire dans le secteur psychosocial. Ramonville-Saint-Agne: Erès; 2005. p. 13-9.
2. Kaës R. Le malaise du monde moderne et l'expérience transitionnelle du groupe. Les groupes d'enfants. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe. 1987;7-8:147-63.
3. Florent J. Le petit Larousse illustré. Paris: Larousse; 2012.
4. Encyclopædia Universalis [Internet]. Encyclopædia Universalis. [cité 24 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.universalis.fr/>
5. Blanchet A, Trognon A. La psychologie des groupes. Paris: A. Colin; 2008.
6. Johannet D. La Dysharmonie évolutive: du concept théorique à la pratique clinique [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2003.
7. Hochmann J. Histoire de la psychiatrie. Paris: Presses universitaires de France; 2013.
8. Misès R. Origines et évolution du concept de psychose chez l'enfant. Confrontations psychiatriques. 1969;(3):9-29.
9. Marcelli D, Cohen D. Enfance et psychopathologie. 8ème éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2009.
10. Lang J-L. Les dysharmonies d'évolution. Psychanalyse à l'université. 1977;2(6):283-307.
11. Hochmann J. Histoire et actualité du concept de psychose de l'enfant. L'Information Psychiatrique. 2010;86(3):227-35.
12. Misès R. La place des dysharmonies évolutives de l'enfant. L'Information Psychiatrique. 1977;53(9):1007-17.
13. Zazzo R. La notion d'hétérochronie dans le diagnostic de la débilité mentale. Revue de neuropsychiatrie infantile. 1965;13(4-5):241-6.
14. Misès R. Problèmes nosologiques posés par les psychoses de l'enfant. La psychiatrie de l'enfant. 1968;26:493-505.

15. Misès R. Les dysharmonies évolutives de l'enfant. In: Misès R. Cinq études de psychopathologie de l'enfant. Toulouse, France: Privat; 1981. p. 33-55.
16. Jeammet P. A propos des dysharmonies évolutives de l'enfant. *Psychiatrie de l'enfant*. 1978;XXI(2).
17. Golse B. Le développement affectif et intellectuel de l'enfant. Paris: Elsevier/Masson; 2008.
18. Golse B. Les états limites chez l'enfant : un concept limite ? *Le Carnet PSY*. 2012;n° 160(2):37-9.
19. Fourneret P, Boutiere C, Revol O. Trouble hyperactif avec déficit de l'attention ou dysharmonie d'évolution ? Soyons sûrs.... *Archives de Pédiatrie*. 2005;12(7):1168-73.
20. Tordjman S, Ferrari P, Golse B, Bursztejn C, Botbol M, Lebovici S, et al. « Dysharmonies psychotiques » et « multiplex developmental disorder » : histoire d'une convergence. *Psychiatrie de l'enfant*. 1997;XL(2):473-504.
21. Rizzo L, Perulli L. Misès en Italie : invitation à la clinique. A Roger Misès. *Psychiatrie Française*. 2013;44(2):28-39.
22. Misès R. Les dysharmonies psychotiques : une approche nosographique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. Elsevier; 2000. p. 396-401.
23. Misès R, Horassius M. Les dysharmonies évolutives précoces de structure psychotique. *Revue de Neuropsychiatrie infantile*. 1973;21(12):755-65.
24. Lazarovici R, Soulé M. La dysharmonie évolutive chez le très jeune enfant : clinique et évolution. *L'Information Psychiatrique*. 1977;vol. 53, n° 9:pp. 1105-20.
25. Carel A. L'évitement relationnel du nourrisson et les dysharmonies interactives. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2000;48(6):375-87.
26. Gibello B. Pathologie des limites, limites de la pathologie. Dysharmonies cognitives pathologiques et dysharmonies d'évolution. *Clinique des limites, limites de la Clinique*. *Psychiatrie Française*. 2006;37(SP):21-36.
27. Caid F. Les Troubles Limites du Jeune Enfant et leurs Abords Thérapeutiques [Mémoire DES Psychiatrie]. [Lille II]: Université du droit et de la santé Faculté de médecin Henri Warenbourg; 2000.
28. Emmanuelli M, Azoulay C. Les troubles limites chez l'enfant et l'adolescent: apports du bilan psychologique. Toulouse: Éd. Érès; 2012.
29. Estellon V. Figures et formes des états limites. *Le Carnet PSY*. 2012;160(2):26-30.
30. Kapsambelis V. Les normopathes. *Clinique des limites, limites de la Clinique* *Psychiatrie Française*. 2006;37(SP):106-15.
31. Marcelli D. Les Etats limites en psychiatrie. Paris: Presses universitaires de France; 1983.
32. Chaîne F, Guelfi JD. États limites. *Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris)*, *Psychiatrie*. 1999;37-395-A-10:1-10.

33. Montet A-L. Malaise dans la transmission: pour une approche générationnelle des troubles limites de l'enfant [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2012.
34. Coutanceau R, Smith J, Guelfi J-D, Hardy P, Villerbu LM, Winter A. Troubles de la personnalité ni psychotiques, ni névrotiques, ni pervers, ni normaux... Paris: Dunod; 2013.
35. Corcos M, Pham-Scottet A, Speranza M. Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence. Paris: Dunod; 2013.
36. Corcos M. Fonctionnements limites : lignes de fuite, lignes de suite. Clinique des limites, limites de la Clinique; Psychiatrie Française. 2006;37(SP):70-89.
37. Bergeret J. Les astructurations. In: Bergeret J, La personnalité normale et pathologique: les structures mentales, le caractère, les symptômes. Paris: Dunod; 1996. p. 135-69.
38. Zanello F, Drieu D. Au-delà des états limites et de quelques autres principes. Le borderline dans la clinique des enfants et des adolescents. L'Évolution Psychiatrique. 2010;75(2):327-39.
39. Roussillon R, Chabert C. Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale. Issy-les-Moulineaux [France]: Elsevier Masson; 2007.
40. Roussillon R. La fonction « limite » de la psyché et la représentance. Clinique des limites, limites de la Clinique ; Psychiatrie Française. 2006;37(SP):90-105.
41. Misès R. Les pathologies limites de l'enfance. Clinique des limites, limites de la Clinique ; Psychiatrie Française. 2006;37(SP):7-20.
42. Brémaud N. Prépsychose : revue de la littérature et approche critique. L'Information Psychiatrique. 2008;84(5):383-93.
43. Diatkine R. L'enfant prépsychotique. La psychiatrie de l'enfant. 1969;XII(2):413-46.
44. Lang J-L. Les para-psychozes infantiles. Psychanalyse à l'Université. 1976;1(3):535-86.
45. Lang JL. Aux frontières de la psychose infantile. 1. éd. Paris: Presses universitaires de France; 1978. 279 p.
46. Lang J-L. Clivage pré-phobique et organisations pré-névrotiques chez l'enfant. Psychologie médicale. 1991;23(4):363-8.
47. Mille C, Guyomard C, Niesen N. Évolution des formes psychopathologiques et des modalités d'accès aux soins en pédopsychiatrie. L'Information Psychiatrique. 2003;79(8):675-82.
48. Misès R. Les pathologies limites de l'enfance. 3ème éd. Paris: Presses Universitaires de France; 1999. 176 p.
49. Audisio M, Constant J. Les pathologies limites de l'enfance de Roger Misès. L'Information Psychiatrique. 1991;(2):162-5.
50. Epelbaum C, Buferne R, Mises R, Quemada N. Pathologies narcissiques, anaclitiques, limites de l'enfance : de la psychopathologie à la nosographie. Annales médico-psychologiques. 1994;152(1):73-5.

52. Lebovici S. Aux frontières de la psychose infantile : problèmes cliniques et thérapeutiques. *L'Information Psychiatrique*. 1989;65(1):43-8.
53. Garret-Gloanec N, Roos-Weil F, Pernel A-S. Le rôle de la notion de pathologie limite en psychiatrie du bébé. A Roger Misès. *Psychiatrie Française*. 2013;44(2):18-27.
54. Garrabé J. Approche historique des classifications en psychiatrie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2011;169(4):244-7.
55. Misès R, Jeammet P. La nosographie en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. *Confrontations psychiatriques*. 1984;(24).
56. Cohen DJ, Towbin KE, Mayes L, Volkmar F. Developmental Psychopathology of Multiplex Developmental Disorder. In: Friedman SL, *Developmental follow up : concept, genre, domains, methods*. Academic Press. New York; 1994. p. 155-79.
57. Ad-Dab'Bagh Y, Greenfield B. Multiple Complex Developmental Disorder: The « Multiple and Complex » Evolution of the « Childhood Borderline Syndrome » Construct. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2001;40(8):954-64.
58. Falissard B. Existe-t-il des états-limites chez l'enfant ? *L'Encéphale*. Elsevier Masson; 1998. p. 2-3.
59. Raynaud J-P. « Ce qui reste et n'a pas été pris en compte : les TED-NOS ». *L'Information Psychiatrique*. 1 mai 2011;87(5):387-92.
60. Viorrain M. MCDD : Frontières diagnostiques et évolution à d'adolescence. Réflexion à partir de quatre cas cliniques [Mémoire DES Psychiatrie]. [Lyon]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2014.
61. Towbin KE, Dykkens EM, Pearson GS, Cohen DJ. Conceptualizing « Borderline Syndrome of Childhood » and « Childhood Schizophrenia » as a Developmental Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1993;32(4):775-82.
62. Gabai N. Retrait relationnel chez un enfant de quatre ans [Mémoire DESC pédopsychiatrie]. [Lyon]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2012.
63. Kumra S, Jacobsen LK, Lenane M, Zahin TP, Wiggs E, Alaghband-Rad J, et al. « Multidimensionally Impaired Disorder »: Is It a Variant of Very Early-Onset Schizophrenia? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1998;37(1):91-9.
64. Constant J. Illustrations cliniques de la notion de dysharmonie évolutive. *L'Information Psychiatrique*. 1977;53(9):1019-30.
65. Misès R. De quelques préalables au changement dans les pathologies limites de l'enfant. *Revue française de psychanalyse*. 1996;60(4):1093-104.
66. Misès R. Du côté des psychoses. In: Misès R, *Cinq études de psychopathologie de l'enfant*. Toulouse, France: Privat; 1981. p. 90-108.
67. Gueniche K. A la frontière de la nosographie infantile. Les pathologies limites de l'enfant. In: Marty F, *Psychopathologie de l'enfant : 10 cas cliniques*. Paris: In press; 2010. p. 143-57.

68. Guedeney N, Guedeney A, Cyrulnik B. L'attachement approche théorique: du bébé à la personne âgée. Paris: Elsevier Masson; 2009.
69. Declercq S, Nicolis H. La théorie de l'attachement au secours des adolescents limites hospitalisés. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2010;58(3):107-11.
70. Guelfi J-D, Cailhol L, Robin M, Lamas C. Etats limites et personnalité borderline. *Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie*. 2011;37-395-A-10:1-14.
71. Guedeney N, Guedeney A, Cyrulnik B. L'attachement approche clinique: du bébé à la personne âgée. Paris: Elsevier Masson; 2010.
72. Fourneret P, Georgieff N, Franck N. La schizophrénie infantile: données actuelles et principes de prise en charge thérapeutique. *Archives de pédiatrie*. 2013;20(7):789-99.
73. Georgieff N. À propos de l'expertise collective de l'INSERM sur le « trouble des conduites » : quelques problèmes critiques de la pédopsychiatrie contemporaine. *La psychiatrie de l'enfant*. 2008;Vol. 51(1):5-5.
74. Misès R. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent - R - 2012. Presses de l'école des hautes études en santé publique; 2012.
75. Misès R, Bursztejn C, Botbol M, Coinçon Y, Durand B, Garrabe J, et al. Une nouvelle version de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent : la CFTMEA R 2012, correspondances et transcodages avec l'ICD 10. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2012;60(6):414-8.
76. Misès R, Garret-Gloanec N, Coinçon Y. Classification de l'autisme et des psychoses précoces, plaidoyer pour des convergences. *L'Information Psychiatrique*. 2010;86(3):223-6.
77. Association Américaine de Psychiatrie. DSM-IV-TR: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson; 2004. 1146 p.
78. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
79. World Health Organization. Classification Internationale des Maladies - dixième révision - chapitre V (F): troubles mentaux et troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche. Genève; Paris: OMS ; Masson; 1994.
80. Dumas N, Bonnot O. Schizophrénies à début précoces. *Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie*. 2013;10(3):1-5 [37-201 - G - 30].
81. Perisse D, Gerardin P, Cohen D, Flament M, Mazet P. Le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent : une revue des abords thérapeutiques. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2006;54(8):401-10.
82. Goëb J-L, Jardri R, Bonelli F, Butez C, Hagnéré L, Kechid G, et al. Troubles des conduites chez l'enfant et problème du dépistage. *Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie*. 2008;37-208-A-48:1-14.

83. Misès R. A propos de l'expertise Inserm relative au « trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent ». La Lettre de Psychiatrie Française. 2005;(149):13-5.
84. Winnicott DW. La préoccupation maternelle primaire (1956). In : De la pédiatrie à la psychanalyse. [Paris]: Payot; 1958. p. 285-91.
85. Winnicott DW. La théorie de la relation parent-nourrisson (1960). In : De la pédiatrie à la psychanalyse. [Paris]: Payot; 1958. p. 358-78.
86. Winnicott DW. La capacité d'être seul (1958). De la pédiatrie à la psychanalyse. [Paris]: Payot; 1958. p. 325-33.
87. Freud S. Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques (1911). In : Résultats, idées, problèmes 1, 1. Paris: Presses universitaires de France; 1984. p. 135-43.
88. Gillieron E. Pourquoi le groupe ? Psychothérapies de groupe : pour qui ? Toulouse: Eres; 1990. p. 9-19.
89. Freud S. Note sur le « Bloc-notes magique » (1925). In : Résultats, idées, problèmes. tome II. Paris: Presses Universitaires de France; 1987. p. 119-24.
90. Freud S. Au-delà du principe de plaisir (1920). In : Essais de psychanalyse. Paris: Payot; 2001. p. 47-128.
91. Laplanche J, Pontalis J-B. Vocabulaire de la psychanalyse. Paris: Presses universitaires de France; 2007.
92. Chagnon J-Y, Croas J, Durand M-L, Guinard M. Approche projective des angoisses et problématiques de perte en psychopathologie de l'enfant. Psychologie clinique et projective. 2011;n° 17(1):29-64.
93. Ciccone A. Enveloppe psychique et fonction contenantante : modèles et pratiques. Cahiers de psychologie clinique. 2001;n° 17(2):81-102.
94. Winnicott DW. Objets transitionnels et phénomènes transitionnels (1951). Jeu et réalité: l'espace potentiel. [Paris]: Gallimard; 2002. p. 27-64.
95. Bourrat M-M. Les pathologies limites de l'enfant, hier et aujourd'hui. A Roger Misès, Psychiatrie Française. 2013;44(2):114-31.
96. Klein M. Deuil et dépression. Paris: Payot & Rivages; 2004.
97. Segal H. Introduction à l'oeuvre de Melanie Klein. Paris: Presses universitaires de France; 2009.
98. Pasche F. L'anti-narcissisme. Revue française de psychanalyse. 1965;5-6:503-18.
99. Pinel J-P. Clinique de l'agir durant la latence et la préadolescence : le rôle des groupes d'expression psychodramatique. La psychiatrie de l'enfant. 2003;46(2):521-48.
100. Manela Y. Editorial : Informatiquez, c'est plus sûr. A Roger Misès, Psychiatrie Française. 2013;44(2).
101. Le Maléfans P, Drieu D. La médiation des groupes face aux situations limites du travail thérapeutique en pédopsychiatrie. Pratiques Psychologiques. 2006;12(2):191-203.

102. Freud S. Pour introduire le narcissisme (1914). In : La vie sexuelle. Paris: Presses universitaires de France; 2002. p. 81-105.
103. Kernberg P. Troubles narcissiques de la personnalité dans l'enfance. Exposé théorique. Journal de la Psychanalyse de l'Enfant. 1989;7:39-76.
104. Jeammet P. D'un narcissisme à l'autre. In: Huerre P, Renard L, Parents et adolescents. Erès Enfances & PSY. 2003. p. 79-90.
105. Speranza M, Valeri G. Trajectoires développementales en psychopathologie : apprentissages et construction de soi chez l'enfant et l'adolescent. Développements. 2010;6(3):5-15.
106. Speranza M. Les troubles multiples et complexes du développement : un paradigme de recherche en psychiatrie de l'enfant. Présentation de DESC ; 2014; Lyon, Vinatier.
107. Kaës R. Les théories psychanalytiques du groupe. Paris: Presses universitaires de France; 2014.
108. Brown DG. Indications pour la psychothérapie de groupe. Psychothérapies de groupe : pour qui ? Toulouse: Eres; 1990. p. 27-38.
109. Winnicott DW. L'angoisse associée à l'insécurité (1952). De la pédiatrie à la psychanalyse. [Paris]: Payot; 1989. p. 198-202.
110. Bass D. Introduction. In: De Caevel H, Bass D, Au fil de la parole, des groupes pour dire dans le secteur psychosocial. Ramonville-Saint-Agne: Erès; 2005. p. 9-10.
111. Kaës R. Groupes internes et groupalité psychique : genèse et enjeux d'un concept. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe. 2005;45(2):9-30.
112. Thibaudeau L. Des groupes pour exister, des groupes pour disparaître. In: De Caevel H, Bass D, Au fil de la parole, des groupes pour dire dans le secteur psychosocial. Ramonville-Saint-Agne: Erès; 2005. p. 21-6.
113. Privat P, Quélin-Souligoux D. L'enfant en psychothérapie de groupe. Paris: Dunod; 2000.
114. Privat P, Quélin-Souligoux D, Rouchy J-C. De l'analyse de groupe à la psychothérapie. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie. 2001;37-817-A-10:1-8.
115. Kaës R. En quoi consiste le travail psychanalytique en situation de groupe ? Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe. 2006;46(1):9-25.
116. Laurent P. Mais, ils ne font que jouer ! Jeu, représentation et élaboration psychique en groupe. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 2004;52(4):247-52.
117. Kaës R. Le sujet, le lien et le groupe. Groupalité psychique et alliances inconscientes. Cahiers de psychologie clinique. 2010;34(1):13-40.
118. Kaës R. Naissance et évolution des pratiques psychanalytiques de groupe en France. Perspectives Psychanalytiques. 2001;155-66.
119. Schiffer M. Les groupes thérapeutiques d'activité et de parole : théories, principes et pratiques. Les groupes d'enfants Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe. 1987;7-8:109-18.

120. Chapelier J-B. The Social Hunger : Les psychothérapies de groupes d'enfants aux Etats-Unis. Les groupes d'enfants Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe. 1987;7-8:121-33.
121. Ferrari P. Questionnement à propos des thérapies de groupes d'enfants. Les psychothérapies de groupes d'enfants au regard de la psychanalyse. Clancier-Guenaud. Paris; 1989. p. 11-5.
122. Privat P, Rouchy J-C. L'enfant et le groupe. Les groupes d'enfants Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe. 1987;7-8:5-6.
123. Privat P, Chapelier J-B. De la constitution d'un espace thérapeutique groupal. Les groupes d'enfants Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe. 1987;7-8:7-28.
124. Brusset B. L'intrapsychique et l'interpersonnel. Les psychothérapies de groupes d'enfants au regard de la psychanalyse. Clancier-Guenaud. Paris; 1989. p. 28-42.
125. Resnik S. Fantômes précoces dans un groupe d'enfants. Les groupes d'enfants Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe. 1987;7-8:99-106.
126. Deneux A. L'individuel et le groupal : vraie question, faux débat ? Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe. 2006;46(1):79-89.
127. Lecourt E. Caractéristiques groupales et indications thérapeutiques : « sensorium de groupe » et emboîtements d'enveloppes. In : Psychothérapies de groupe : pour qui ? Toulouse: Eres; 1990. p. 57-78.
128. Anzieu D. Le Groupe et l'inconscient: l'imaginaire groupal. Paris: Dunod; 1999.
129. Quélin-Souligoux D. Médiation et pratiques groupales. In : Quels groupes thérapeutiques ? Pour qui ? Ramonville Saint-Agne: Erès; 2007. p. 33-44.
130. Missenard A, Privat P, Urwand S. Psychanalyse, groupe et fonctionnement psychotique. Psychiatrie Française. 2003;33(Spécial):50-9.
131. Quelin D. Les petits gâteaux. Institutions et groupes d'enfants. Ramonville Saint-Agne (France): Erès; 1997.
132. Privat P, Quélin-Souligoux D. La psychothérapie psychanalytique de groupe. In : Quels groupes thérapeutiques ? Pour qui ? Eres. Ramonville Saint-Agne: Eres; 2007. p. 13-8.
133. Costes A. Les groupes d'enfants en période de latence : description du cadre et éléments d'indications. Les psychothérapies de groupes d'enfants au regard de la psychanalyse. Clancier-Guenaud. Paris; 1989. p. 132-45.
134. Roffat D. Un cadre à l'épreuve des enfants limites. In : Quels groupes thérapeutiques ? Pour qui ? Eres. Ramonville Saint-Agne: Eres; 2007. p. 71-86.
135. Rouchy J-C. Le cadre des indications. In : Psychothérapies de groupe : pour qui ? Toulouse: Eres; 1990. p. 5-7.
136. Brun A. Historique de la médiation artistique dans la psychothérapie psychanalytique. Psychologie clinique et projective. 2005;n° 11(1):323-44.

137. Scharbach H. Groupes thérapeutiques de médiation chez l'enfant de pathologie limite. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale. 2007;11(105):15-8.
138. Durand B. L'évolution de l'organisation des soins en psychiatrie : du bureau de la psychiatrie aux ARS en passant par la commission des maladies mentales. A Roger Misès, Psychiatrie Française. 2013;44(2):44-56.

BARBE Violaine : Le trouble limite de l'enfant : une histoire de groupe ?

161 pages. Thèse de médecine. Lyon, 2015 n°

RESUME : Ce travail explore le trouble limite de l'enfant, sa mise à l'épreuve dans le groupe et l'intérêt des prises en charge groupales. Des vignettes cliniques, individuelles et groupales, illustrent ce concept d'actualité qui est l'objet de nombreux débats en pédopsychiatrie.

Dans un premier temps, nous présentons le trouble limite à travers sa construction historique. Ce parcours remonte jusqu'aux origines de la pédopsychiatrie à travers les déficiences et les psychoses infantiles, puis passe par les dysharmonies évolutives, les états limites de l'adulte et enfin les pathologies limites de l'enfance. Ce parcours étend ses frontières aux pays anglo-saxons avec le concept de *Multiple Complex Developmental Disorder* (MCDD).

Dans un deuxième temps, nous interrogeons le trouble limite de l'enfant à travers sa description clinique, sa place au sein des classifications psychiatriques et sa présentation psychopathologique. Nous traitons des potentialités évolutives du trouble limite, dimension qui appartient à sa définition.

Dans un troisième temps, nous développons la place du groupe dans la socialisation de l'enfant. Nous introduisons différents points théoriques psychodynamiques du groupe, selon que le groupe soit envisagé comme entité, comme liens ou comme organisation intrapsychique. En croisant les théories groupales et la psychopathologie du trouble limite, nous proposons des hypothèses quant aux difficultés psychiques en groupe des enfants présentant un trouble limite. Enfin, nous formulons quelques pistes de réflexion concernant les prises en charge groupales pour ces enfants.

MOTS CLES : Trouble limite de l'enfant ; *Multiple Complex Developmental Disorder* - MCDD ; pédopsychiatrie ; groupe thérapeutique ; pathologie du lien ; groupalité psychique

JURY : Président : Monsieur le Professeur Nicolas GEORGIEFF

Membres : Monsieur le Professeur Pierre FOURNERET

Madame le Professeur Liliane DALIGAND

Monsieur le Docteur Loïc BRANCART

DATE DE SOUTENANCE : 2 mars 2015

ADRESSE DE L'AUTEUR : barbe.violaine@orange.fr