

# **LES MATINALES DE LA FONDATION**

## **« Adolescents borderline : A la recherche du sens perdu »**

-----  
Conférence du Professeur Maurice CORCOS, Chef de service du département de psychiatrie de l'adolescent et de l'adulte jeune à l'Institut mutualiste Montsouris (Paris) et professeur de psychiatrie infanto-juvénile, université Paris V- René Descartes

-----  
Mercredi 21 mai 2014  
Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France

### **+ Les adolescents borderline ?**

-----  
Nous avons tous le souvenir de notre adolescence, période turbulente, pas forcément rose, souvent un peu morose, un peu inquiète mais si pleine d'excitation, d'élan et de découvertes. Cette excitation est normale, naturelle, liée aux changements du corps, qui eux-mêmes génèrent des émois puis des émotions qui modifient l'esprit faisant advenir de nouvelles pensées et de drôles de sentiments. Ce moment de perplexité existentielle habituel sera plus difficile à gérer pour un adolescent qui a eu à subir un certain nombre de difficultés durant l'enfance. Cette traversée devient alors crise, et va se manifester par des expressions comportementales parfois explosives qui vont inquiéter la famille, l'entourage et les professionnels.

### **+ Des conduites différentes chez les cas limites**

-----  
Environ 2% de la population adolescente est borderline, soit 15% à 25% des adolescents qui consultent en psychiatrie. Dans cette catégorie sont rangés tout un tas de pathologies. Parmi ces adolescents « borderline », 15% auront des comportements suicidaires et près de 35% d'entre eux vont évoluer vers des pathologies psychiatriques graves.

Ces troubles sont également appelés « Etats limites », « Fonctionnement limite », « Cas limites » et par les psychanalystes « Souffrance narcissique identitaire ». Pour ma part, je privilégie le terme « Fonctionnement limite », qui sous-entend que rien n'est figé, ni a fortiori définitif et que le développement de la personnalité, à cet âge charnière de la vie, peut évoluer et tout particulièrement grâce aux rencontres et avec les soins prodigués !

Dans 80 % des cas, ces affections sont associées à une addiction (toxicomanies graves, alcoolisme, troubles des conduites alimentaires, dépendance au jeu vidéo...) qui permet au jeune de « s'absenter » du monde extérieur et singulièrement de son environnement proche, avec lequel il

noe à l'adolescence une relation compliquée, qu'il parvient alors (dans l'illusion) à masquer, à filtrer, embrumer et plus ou moins maîtriser de cette manière. Maîtrise car son addiction met à distance en même temps qu'elle sollicite les soins. A l'addiction sont sous-tendues les dimensions essentielles qu'il faut prendre en compte. une impulsivité, une instabilité émotionnelle et des réactivations d'angoisses d'abandon majeures.

Bien souvent, ces adolescents « sabotent » (luttent contre eux-mêmes) également leur scolarité (déscolarisation, rupture d'un contrat d'apprentissage...) Tout ceci peut favoriser un passage à l'acte hétéro agressif (violences envers autrui) ou plus souvent auto-agressif (conduite suicidaire, automutilation...).

Le passage à l'acte le plus répandu (près de 70 % des cas) dans ces troubles est la scarification : l'agression de son propre corps, corps issu de ses deux parents, ce qui résonne comme un acte de « désaffiliation ». Les parents ont naturellement du mal à supporter sans angoisse cette attaque de « la chair de leur chair » qui attaque sa propre chair...et ce sans motif apparent.

Deux autres comportements sont très répandus, conséquences de cette impulsivité et de cette agressivité qui a du mal à se cantonner dans un corps nouveau : l'anorexie et la boulimie. Ce sont les troubles de comportements alimentaires, forme de gestion compliquée du corps en proie aux métamorphoses adolescentes. Le premier est une restriction alimentaire drastique consciente, obstinée, qui tend à gommer les changements du corps, le second est une décharge boulimique qui prend la forme d'une purge, moyen de libérer ce bouillonnement, d'excitation et la tension psychique qui l'accompagne.

#### **+ Quel sens donner à ces troubles ?**

Le danger serait pour les proches et les soignants de vouloir projeter trop vite du sens face à l'insensé, pour apporter une réponse rapide qui tomberait à plat et aggraverait le sentiment de désarroi. La bonne approche me semble-t-il est de s'engager franchement, de s'y consacrer longuement et de s'y investir pleinement. C'est le temps relationnel qui permet une meilleure évaluation du patient et un meilleur traitement.

Pour trouver le sens sous-jacent à ces troubles du comportement, il faut d'abord arriver à dégager derrière la conduite morbide, un tempérament émotionnel, une personnalité et un caractère. Derrière cet adolescent violent, rageur, agressif, on doit savoir garder la perception de l'enfant qu'il a pu être. Un enfant seul, isolé, têtu, obstiné, abandonnique [la solitude, c'est d'être seul avec son environnement, mais l'esseulement est le sentiment encore plus fort d'être seul avec soi-même, qui provoque une angoisse plus importante] avec une personnalité marquée par quelque chose de plus important : une intolérance majeure à la déception, à la frustration, du fait d'expériences traumatiques. Dans la grande majorité des cas, il y a une continuité des troubles entre ce qui s'est joué dans l'enfance et l'adolescence. Ne jamais donc perdre de vue que ce qui s'est joué dans l'enfance se réactualise à l'adolescence !

Ces comportements même s'ils sont inquiétants, ne sont pas si difficiles à contenir, tant que l'on installe la relation dans la durée. Ce n'est pas la peine d'espérer une résolution magique, comme l'espèrent naturellement souvent les parents, qui leur redonnera l'« enfant sage », l'« enfant image » d'avant l'adolescence.

-----

### **+ Intégrer la dimension familiale**

Un adolescent seul ça n'existe pas. Il faut toujours prendre en compte sa famille et son entourage proche. Il ne s'agit pas de culpabiliser la famille (fantasme classique apposé sur le psy) mais de faire réaliser à ses proches qu'il n'y a pas de possibilité pour l'enfant de pouvoir s'élever sans qu'il soit porté, soutenu, investi, contenu, orienté et ce sans maîtrise... par son environnement. Et ce quelque soit l'éventuelle vulnérabilité biologique tempéramentale de l'enfant. Il existe évidemment un certain nombre de défaillances, de dysfonctionnements, de détresses, dans certaines familles. Il y a parfois plus que des dysfonctionnements, des maladies psychiatriques avérées. Ce sont alors des interactions autrement problématiques. C'est ainsi qu'un certain nombre d'adolescents ont été « élevés aux accidents » (Rimbaud). Quand Brel dit que « l'enfance est une notion géographique avec, un « plafond très bas où il fait gris » et des adultes « qui ne me comprennent pas, ne me savent pas », c'est sa projection de son entour, de sa famille, sur et dans un espace géographique...le fond du tableau-image mentale de son enfance.

Chez les adolescents avec des antécédents de maltraitance, de négligence, d'abus y compris sexuel, de carence ou de discontinuité de présence, de 40% à 60 % des cas montrent que l'environnement n'a pas pu témoigner d'un accordage émotionnel et affectif à un moment majeur de développement de l'enfant.

Plus l'intensité de ce qui s'est « déjoué » pendant l'enfance est majeure, plus les risques seront importants à l'adolescence. Plus les traumatismes en plein (abus) ou en creux (absence) sont précoces, intenses, et répétés, plus ils sont le fait de membres de l'environnement familial proche (atmosphère incestueuse) et plus la gravité des problèmes sera forte. Les résiliences sont possibles mais c'est un luxe que tout le monde ne peut se payer... si il n'y a pas rapidement de rencontres qui suppléent aux défaillances de l'environnement.

### **+ Prendre le temps de l'écoute**

Seul le temps relationnel permet le soin de ces troubles du comportement. Il convient de bien demander à la famille plus qu'on avis, ses sentiments sur la genèse de la situation avant de commencer à théoriser sur les désinsertions scolaires, sur les addictions, sur le manque d'attention, sur les troubles alimentaires, sur les automutilations. En général, les parents ne savent pas : ils sont abasourdis par une modalité d'expression corporelle et comportementale « monstrueuse » d'une souffrance, qu'ils ne méconnaissaient pas mais contenaient et étayaient, et ce sans même savoir à quoi renvoyait cette souffrance. Le patient non plus ne sait pas, ne comprend pas. « ça me calme, ça m'apaise... je sais que ce n'est pas bien, mais sur le moment je ne peux pas faire autre chose que de me précipiter sur le frigo, de me scarifier, de voir mon sang couler, de zapper... »

### **+ Le court terme et le long terme**

Ces cas limites chez les adolescents peuvent varier très vite. En quelques semaines, les symptômes les plus spectaculaires peuvent disparaître. Souvent, une période de « lune de miel » s'instaure dans les 15 premiers jours entre le soignant et le patient. C'est une preuve que ces comportements n'ont

pas une cause purement neurobiologique, car le symptôme est extrêmement mouvant. Ce qui va compter pour l'adolescent est que quelqu'un s'engage, s'occupe de lui. L'important est le regard que pose l'adulte soignant sur lui. Cette action d'engagement génère le transfert, source d'une relation bienveillante mais ferme, attentive mais contenante. Mais cette relation ne dure pas. Les souffrances repartent au bout de 15 jours ; c'est d'ailleurs au bout de 3, 4 ans que les choses pourront vraiment évoluer durablement. Pendant ce temps, il faut tenir : éviter la désinsertion scolaire et la marginalisation, la désintégration familiale, contrôler les angoisses, gagner du terrain sur la répétition grâce à l'avènement du sens en psychothérapie individuelle et familiale.

-----

### **+ Le corps, siège des toutes les émotions**

L'intelligible naît d'abord du sensible. C'est le corps qui est le siège de toutes les émotions et les émotions sont les mères de toutes les pensées. C'est à partir du corps que perlent et ruissellent des affects qui vont s'accrocher à des représentations, qui ensuite deviendront des sentiments puis enfin une parole...et enfin un symbole qui permet d'attendre dans la solitude ...quand on est face à soi-même. Chez l'adolescent, le bégaiement ou la rougeur sont l'expression des émotions. C'est d'abord le corps qui exulte, mais il faut que l'adolescent puisse à un moment témoigner par le verbe de ce qu'il ressent, éprouve, endure, pour éviter qu'il ne le décharge dans le passage à l'acte. Le langage au service de la pensée permet de tempérer une pulsion. Si on perd le langage qui permet d'accéder au symbolique, on verse dans des interactions qui seront des agressions corporelles ou comportementales.

Chez l'adolescent borderline, quelque chose n'a pas eu lieu d'être dans les interactions précoces quelque chose a été absent dans la transmission. Une famille en détresse qui n'allait pas bien, un enfant difficile à contenir, une situation économique défavorable, des événements de vie...et tout cela cumulatif et in fine une situation de discontinuité de présence pour l'enfant, et de désaccordage, qui empêche de faire ce qui est essentiel, incontournable : être dans un échange relationnel pour que le corps et l'esprit puisse s'élever. Si quelque chose a fait défaut, alors, une transmission soutenante et identifiante est manquée ou avortée.

### **+ L'adolescence, une scène déjà jouée**

Pas de culpabilisation aussi fautive qu'inutile et délétère. Les choses ne sont pas si simples et toutes les familles malheureuses ne se ressemblent pas...alors que les familles « faussement » heureuses se ressemblent trop pour être vraies.

Certains parents évitent les interactions avec leur enfant et leur adolescent du fait même que cette adolescence, qui se déroule sous leurs yeux, réactive leur propre adolescence plus ou moins difficile. Le réflexe des parents est d'éviter de rentrer dans cette interaction quand ce sont des zones de failles et de fractures pour eux pour parer de surréagir...et d'une certaine manière, ils protègent ainsi leur enfant. Mais cette phobie défensive du contact, ou au contraire une réaction non tempérée comme un coup porté, fait que le parent à son corps défendant, n'est pas suffisamment présent et de manière régulière et vivante et non hors de soi, dans les interactions émotionnelles. Cette « culture difficile des émotions dans certaines situations familiales, provoque des zones d'absence et de silence et d'autres excitations. L'enfant éprouve ces zones de silence et n'étant pas accordé

émotionnellement, son excitation naturelle verse dans l'hostilité. C'est exactement comme un enfant au vécu abandonnique et qui se fait une idée compliquée de la manière dont le monde pourra répondre à ses appels. Si personne ne répond durablement, il aura tendance à s'effacer et sera dans le « Helplessness »...le désespoir de ne pouvoir espérer. Il ne faut pas laisser l'enfant dans cette expérience primitive de rupture. Cette expérience de solitude et d'effacement de soi est revécue à l'adolescence, dans les cas très classiques de déception sentimentale qui réactivent le sentiment d'abandon. A chaque manque d'apaisement de ses tensions internes, l'adolescent va revivre de manière sensorielle et corporelle cette expérience, car l'enfant n'a pas mis de mots sur ce qu'il a éprouvé. Aussi l'adolescent ne formule pas ni ne trouve le sens, il s'éprouve et s'endure à revivre la scène.

#### **+ A quoi se raccrocher ?**

Pour les équipes soignantes, les mêmes difficultés à gérer cette expérience vont arriver, ce qui nous permet de comprendre les épreuves qu'ont eu à vivre les parents et doit nous faire rester humbles. Mais l'avantage est que le soignant n'est pas débordé émotionnellement par le fait d'être parent. Lorsque les adolescents vont revivre ces expériences primitives de séparation, ces expériences de dépersonnalisation, les soignants vont tenter, si vous me permettez cette représentation métaphorique, de trouver les bords de ce « trou » dans lequel est plongé le patient. Les expériences satisfaisantes vécues par l'enfant - car il y en a eu évidemment- sont les « rebords » de ces « trous ». Et c'est la pensée dans le travail psychothérapeutique, l'imaginaire, l'expression artistique dans les ateliers de médiation culturelle, qui vont permettre de fixer de la dentelle, l'étoffe de pensée disait *Shakespeare*, à partir des berges de ces « trous ». Bon nombre d'artistes sont dans les registres limites et « fictionnent ». Leur histoire sera plus vraie que l'histoire qu'ils ont vécue. L'inverse se vérifie : les enfants qui n'ont pas eu d'histoire font beaucoup d'histoires c'est-à-dire de passages à l'acte.

Le soignant arrive petit à petit à tirer le fil d'une histoire. Il s'agit, pour l'enfant, de réussir à comprendre enfin quelque chose à ce qu'il a ressenti et qui confinait au hors-sens, à l'absurde. Par exemple, la détresse de sa mère, les tensions de ses parents, de comprendre qu'il n'y avait pas d'intentionnalité manichéenne chez eux. Il y a eu quelque chose, mais le sens n'était pas dirigé contre soi, ce n'était pas un désamour, c'était une absence, une détresse, une impossibilité pour les parents d'être plus présent. Cette mise en récit va l'aider à changer dans la relation avec les autres, ne serait-ce que parce qu'elle diffère de la manière malheureuse qu'avait eu l'enfant de se raconter ou de s'éprouver.

#### **+ Comblent les pièces manquantes**

L'adolescent est devenu borderline du fait de sa vulnérabilité provoquée par la rencontre précoce avec la douleur. Mais cette vulnérabilité peut être aussi une chance : elle impose à l'enfant qui a rencontré très tôt la douleur psychique à être inventif, à être créatif, à se mobiliser. C'est à partir des pièces manquantes du puzzle de notre vie que nous pouvons être créatifs. Cette pièce manquante nous oblige de manière impérieuse à solliciter notre imagination pour combler le vide intérieur de notre existence. Si cette imagination ne peut suffisamment se déployer, alors souvent le passage à l'acte s'impose, jusqu'à générer une relation sado masochique.

L'imaginaire est déjà le début d'une nouvelle relation, une vie rêvée avec certes une idéalisation. On retrouve alors ce que font la plupart des gens dans la vie: ils tiennent grâce à leurs croyances.

Références :

M. Corcos : *La terreur d'exister*. Dunod 2011

M. Corcos ; A. Pham-Scottez ; M. Sperenza : *Les Troubles Borderline à l'Adolescence*. Dunod 2014