

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2014

N° 141

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Psychiatrie

par

Pauline Gayet

née le 12 Septembre 1986 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 9 Septembre 2014

**CLINIQUE DES ADOLESCENTS EN SOUFFRANCE DE NOS JOURS
ABORDS SYMPTOMATIQUES, PSYCHOPATHOLOGIQUES ET
THÉRAPEUTIQUES À PARTIR DE TROIS CAS CLINIQUES**

Président : Monsieur le Professeur Jean-Luc Venisse

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Jean-Luc Venisse

Remerciements

Cher Professeur Venisse, je vous remercie infiniment en tant que directeur de thèse de m'avoir soutenue et accompagnée dans cette tâche conséquente, au fil de votre finesse clinique et de votre perspicacité qui m'ont guidées et éclairées tout au long de ce travail. Je vous remercie également d'avoir accepté de présider mon jury, ainsi que de votre bienveillance et de votre confiance à mon égard. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de toute ma reconnaissance.

Monsieur le Professeur Vanelle, je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de mon jury. Je vous remercie de votre bienveillance et de votre attention, et vous assure de toute ma considération.

Monsieur le Professeur Bonnot, je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de mon jury. Je vous remercie de votre disponibilité, et vous assure de toute ma considération.

Je remercie particulièrement Madame Catherine Porcher, psychologue, d'avoir accepté d'être membre de mon jury. Catherine, je te remercie de ta gentillesse, de ton ouverture d'esprit et de ton intelligence. J'ai beaucoup apprécié travailler avec toi et ai grandement profité de nos échanges tant au niveau théorique que clinique. Je te remercie de ta confiance et de ton soutien dans ce travail. Je t'assure de mon profond respect, de toute ma reconnaissance et de mon amitié.

Je remercie ma famille et mes amis qui m'ont soutenue et accompagnée tout au long de ces derniers mois.

Je remercie tout particulièrement mon très cher Paul pour son soutien, sa patience et son aide précieuse dans les déboires informatiques. Je te remercie de ta présence quotidienne, de ta constance et de ton dévouement, et de m'avoir encouragée dans mes projets. Sois assuré de toute ma tendresse.

Je remercie également ma mère pour son amour, sa gentillesse et son courage dans les moments difficiles. J'ai bien sûr une pensée émue pour mon père, trop tôt disparu, qui aurait été fier d'être présent.

Je remercie encore tous mes collègues des équipes médicales, infirmières et paramédicales que j'ai côtoyé, qui m'ont accompagné et qui m'ont appris mon métier (la Roche Sur Yon, les unités ESPACE, Maupassant, Chaissac, le SHIP, l'unité Salomé, la Psychiatrie 1) et avec qui j'ai passé et je passe encore des moments formidables.

Je remercie plus particulièrement les équipes d'ESPACE, du CSA de la Roche-Sur-Yon et du SHIP et notamment Madame Mylène Le Floc avec qui les échanges m'ont été d'une grande aide. Je les remercie de m'avoir aidé et permis d'utiliser les informations et données nécessaires à l'élaboration de ma thèse.

Merci également à mes amis : Laura, Jade, Amaury, Béa, Tania et son petit bout les parisiens, Ophélie et Paul-Emile les banlieusards, Myriam malgré la distance, Loulou, Jacob, Célia les amis de toujours. Je fais une spéciale dédicace à Mélanie, Adrien, Noémie, Greg, Delphine, Alex, Emilie, Sam, Amandine, Marie, Camille qui m'accompagne depuis quelques stages déjà, Florian et la team des urgences, tous les autres internes de psychiatrie que je n'ai pas déjà cité et notamment ceux de ma promotion. Une pensée pour les membres de ma famille qui me sont chers, Pascal et Marièle, Gérard et Jacqueline, Christian et Josette, les Yves, mes cousines Geneviève, Chloé et Zeldà. Une dédicace au club des Michels et Michelines qui se reconnaîtront...

J'ai également une pensée particulière pour Yohan qui aurait dû partager cette saison des thèses avec nous et dont le départ prématuré nous a tous beaucoup touché.

Je pense à ceux que je n'ai pas eu l'occasion de citer et je vous remercie tous pour votre présence et votre amitié.

TABLE DES MATIÈRES

I- INTRODUCTION :	4
1- Préambule :	4
2- Définition des nouvelles formes cliniques observées chez les adolescents :	5
3- Constat de l'évolution des diagnostics posés dans le Service Hospitalier Intersectoriel de Pédiopsychiatrie de Loire-Atlantique (SHIP) :	6
4- Evolutions sociologiques et familiales :	9
II- PREMIÈRE PARTIE - ÉTUDE CLINIQUE :	17
1- Le processus adolescent :	17
2- Les trois situations cliniques :	19
a)- Morgane :	19
b)- Vincent :	27
c)- Cindy :	35
3- Analyse clinique de la situation de Morgane :	43
a)- Analyse syndromique et diagnostique :	43
b)- Analyse psychopathologique et familiale :	48
4- Analyse clinique de la situation de Vincent :	55
a)- Analyse syndromique et diagnostique :	55
b)- Analyse psychopathologique et familiale :	59
5- Analyse clinique de la situation de Cindy :	66
a)- Analyse syndromique et diagnostique :	67
b)- Analyse psychopathologique et familiale :	70
III- DEUXIÈME PARTIE - RÉFLEXIONS THÉORIQUES :	79
1 - Les trois axes psychopathologiques et leur articulation :	79
a)- Prédominance du recours à l'agir et des conduites centrées sur le corps :	82
b)- Fragilités narcissiques et fonctionnement limite :	89
c)- Addiction, dépendance et pathologies du lien :	94
2- Les implications thérapeutiques :	98
a)- Prise en charge institutionnelle :	99
b)- Contrat de soins et médiations thérapeutiques :	102
c)- Dispositifs de soins spécifiques :	106
IV- CONCLUSION :	112
V- BIBLIOGRAPHIE :	115
VI- ANNEXES :	118
1- Annexe 1 :	118
2- Annexe 2 :	127
3- Annexe 3 :	138
4- Annexe 4 :	139
5- Annexe 5 :	130
6- Annexe 6 :	131

I- INTRODUCTION :

1- Preamble :

J'ai choisi de réaliser mon travail de thèse à partir de situations cliniques que j'ai suivies personnellement et qui m'ont donné matière à réfléchir tant au niveau clinique et psychopathologique, qu'au niveau de la prise en charge. Dans mon cursus d'interne, j'ai effectué plusieurs stages dans des services qui accueillaient des adolescents et des jeunes adultes, et j'ai été frappée par la fréquence de certains profils de patients qui, au-delà de leur extrême variabilité clinique, partageaient quelque chose d'absolument spécifique et qui me paraissait cependant difficile à définir. Cette spécificité semblait s'articuler autour de trois pôles cliniques caractéristiques, à savoir ; la dépression - qui prend souvent la forme d'une dépressivité latente chez ces patients -, les traits de personnalité limite, et la dimension addictive. La pondération vers un pôle ou un autre est plus ou moins importante selon chaque individu, mais la présence à minima des trois catégories malgré parfois la domination écrasante de l'une d'elles sur les autres, me semble assez pertinente en pratique, et s'est vérifiée aisément lors de l'analyse clinique des trois vignettes cliniques rapportées ici. J'ai en effet souhaité rapporter ces situations cliniques dans leur déroulement à partir des dossiers de soins récupérés et de mes souvenirs et impressions en rapport avec elles, pour être au plus près de l'histoire clinique, réservant l'analyse symptomatique et psychopathologique pour un second temps. Malgré toute la subjectivité qui y est attachée au travers de la narration, des ellipses nécessaires à leur rédaction, et des interprétations incontournables liées au processus de soin et notamment aux mécanismes de transfert et de contre-transfert, je me suis attachée à essayer de ne pas déformer le récit pour l'adapter à une histoire qui aurait convenu à la problématique énoncée et aux postulats de base desquels je parlais. C'est pourquoi certains éléments peuvent paraître absurdes ou laissés sans signification, malgré la tentative de donner un sens et une cohérence globale dans l'analyse des situations.

Grâce à l'apport de réflexion dont j'ai pu bénéficier au travers des discussions avec les différents psychiatres et pédopsychiatres que j'ai côtoyés, ainsi qu'au travers du Diplôme Inter-Universitaire des Adolescents Difficiles de la région Ouest auquel j'ai assisté en 2011-2012, l'analyse réalisée pour les trois vignettes cliniques permet d'entrevoir que les trois pôles cliniques interagissent les uns avec les autres et donnent ainsi une coloration particulière au tableau sémiologique, et qu'ils résonnent avec trois autres axes psychopathologiques retrouvés également de façon assez constante qui sont : la fragilité narcissique, la prédominance du recours à l'agir et la pathologie du lien. Le sentiment partagé par beaucoup de praticiens que les profils adolescents se déplaçaient nettement

depuis plusieurs années vers des conduites agies plus explosives, une pulsionnalité beaucoup moins bien contenue, une mise à l'épreuve constante des limites à différents niveaux, m'a amené à m'interroger sur le sens de ces symptômes dans une société en mouvement permanent mais véhiculant malgré tout des valeurs et des idéaux bien spécifiques et auxquels les adolescents et jeunes adultes sont particulièrement sensibles. En effet, mon questionnement se situait alors - au-delà du simple foisonnement d'états-limites dont on entend parler à l'heure actuelle - sur la valeur accordée aujourd'hui à ces symptômes plus bruyants et tumultueux, et sur la facilitation opérée par le discours social dans leur expansion pour témoigner d'une souffrance psychique ou existentielle pouvant accompagner le passage adolescent. C'est dans cette perspective de rapprochement avec certaines données sociologiques que les situations des jeunes rapportées dans les vignettes cliniques n'appartiennent pas au champ des pathologies psychiatriques lourdes, et ne sont pas non plus liées à des circonstances singulières porteuses de problématiques propres (adoption, immigration,...). La réflexion autour de ces profils cliniques caractéristiques m'a paru d'autant plus importante du fait de leur nombre apparemment croissant, mais aussi des implications thérapeutiques spécifiques qui s'ensuivent à travers des axes de prise en charge adaptés, qui nécessitent d'être pensés à partir de la clinique.

Au cours de l'introduction, je tenterai ainsi de définir plus en détails les nouvelles formes cliniques observées chez les adolescents et jeunes adultes telles qu'elles apparaissent en psychiatrie adulte et infanto-juvénile, puis je rapporterai les résultats principaux d'une étude statistique réalisée initialement dans le cadre du mémoire de mon Diplôme Inter-Universitaire cité plus haut et qui visait à objectiver une évolution - ou non - des diagnostics posés chez les adolescents dans un service de pédopsychiatrie à 12 ans d'intervalle, et je terminerai ensuite par le développement de quelques considérations sur les évolutions sociales récentes qui me semblent avoir un intérêt ici. Ensuite je développerai dans la partie clinique les trois vignettes à la suite, puis j'exposerai les analyses syndromiques et psychopathologiques de chacune d'entre elles afin de circonscrire le cœur du sujet de ma thèse. Je dégagerai par la suite dans la partie théorique, à partir d'auteurs qui m'ont paru pertinents, les grandes lignes cliniques qui permettent d'éclairer le sujet et également les grandes lignes thérapeutiques qui en découlent. Je conclurai enfin en rassemblant les réflexions principales pour permettre une synthèse de ce travail.

2- Définition des nouvelles formes cliniques observées chez les adolescents :

On entend beaucoup parler dans le discours actuel de l'apparition des "nouvelles pathologies" des adolescents, voire des "nouveaux adolescents", en référence notamment aux conduites à

risque, aux actes auto- et hétéro-agressifs, aux mises en danger et aux comportements à caractère extrême qui semblent de plus en plus fréquents chez les jeunes et que l'on associe volontiers à un mal-être. Ces termes évoquent par là la difficulté des adultes, en tout cas de certains adultes, à se reconnaître et à s'identifier aux jeunes d'aujourd'hui, aussi bien dans leurs composantes *normales* que pathologiques. Ceci m'a amené à vouloir approfondir la réalité clinique et psychopathologique de ces nouveaux symptômes à travers mon expérience en tant qu'interniste de psychiatrie auprès d'adolescents ou de jeunes adultes hospitalisés, avec en filigrane la question du sens de ces évolutions symptomatiques : sont-elles en rapport avec une modification profonde des enjeux adolescents et de leur construction psychique ou témoignent-elles d'une façon différente d'exprimer la souffrance dans un monde où les évolutions sociétales sont particulièrement importantes ?

A travers les différentes recherches que j'ai pu faire, la plupart des auteurs font référence au terme de "nouvelles pathologies" pour désigner les pathologies dites états-limites ou borderline, les addictions, les troubles du comportement et les dépressions principalement. Toutefois, ces différentes catégories citées pêle-mêle ne sont pas égales d'un point de vue psychopathologique. En effet, la pathologie état-limite ou borderline fait référence à une organisation psychique spécifique qui définit la nature de l'angoisse à laquelle le sujet est en proie, son rapport aux mondes interne et externe, et qui comprend une multitude de symptômes. Les troubles du comportement et les addictions peuvent être considérés, eux, comme des symptômes ne présupant pas de la structure psychique sous-jacente, ou au moins comme un équilibre trouvé pour soulager une souffrance interne, même si des mécanismes spécifiques leurs sont propres. La dépression peut être comprise comme une pathologie psychiatrique susceptible de survenir à l'adolescence comme à tout autre âge de la vie, néanmoins, se pose la question d'une fragilité dépressive propre à l'adolescence, intriquée dans les mécanismes de remaniement psychique, et dont découle, en plus des signes cardinaux classiques, toute une série de traits et de symptômes de lutte contre la dépression. Au final, ces différentes expressions cliniques semblent toutes s'organiser autour de mécanismes psychopathologiques spécifiques que sont la prédominance de l'agir et de la rupture par l'accroissement de la fragilité narcissique de l'organisation psychique, et l'importance de la question de la maîtrise du lien et de la distance aux objets.

3- Constat de l'évolution des diagnostics posés dans le Service Hospitalier Intersectoriel de Pédopsychiatrie de Loire-Atlantique (SHIP) :

Afin de me rendre compte de l'impact réel des nouvelles symptomatologies en pratique clinique, j'ai décidé de réaliser une étude comparative de l'évolution des diagnostics posés chez les jeunes hospitalisés dans le Service d'Hospitalisation Intersectoriel de Pédopsychiatrie de Loire-Atlantique (SHIP), à plusieurs années d'intervalle. J'ai récupéré l'ensemble des diagnostics disponibles des jeunes hospitalisés sur l'année 1999, deuxième année d'ouverture du SHIP, et je les ai comparé à l'ensemble des diagnostics disponibles des jeunes hospitalisés sur l'année 2011, à la recherche d'une évolution significative. Le SHIP accueille en théorie des enfants entre 6 et 16 ans, mais les moins de 10 ans sont très minoritaires, et l'âge moyen est de 13,5 ans ce qui fournit une population en grande majorité adolescente (Annexe 1).

Pour chaque patient hospitalisé, un dossier médical est tenu à jour qui comporte une cotation diagnostique réalisée par le médecin référent, dans deux classifications différentes : la CFTMEA (Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent), classification pédopsychiatrique française la plus anciennement utilisée, et encore celle de référence pour de nombreux pédopsychiatres actuels, et la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies, 10ème édition), classification plus récente, non spécifiquement psychiatrique. Il existe certaines correspondances entre les diagnostics de ces deux classifications, mais aussi beaucoup de divergences ; il apparaît clairement que la CFTMEA est basée sur la clinique pédopsychiatrique, avec la possibilité de poser un diagnostic longitudinal structurel (névrose, psychose, état-limite), et un diagnostic symptomatologique (tentative de suicide, violence contre les personnes...), alors que la CIM 10 est basé essentiellement sur la description de déviations à la normale de "troubles" qui rend plus difficile leur articulation à une clinique subjective mais qui permet un étalonnage standard plus maniable notamment dans une perspective de recherche (troubles du comportement, troubles de l'humeur, troubles de la personnalité...).

J'ai ainsi récolté un diagnostic CFTMEA et un diagnostic CIM 10 par patient hospitalisé, et j'ai comparé l'ensemble des diagnostics obtenus au sein de leur classification propre, entre les deux années.

Les principaux résultats obtenus sont :

1)- classification CFTMEA :

-diminution du nombre de diagnostics structurels "états-limites" entre 1999 et 2011 de **34 à 22%**

-augmentation des “troubles des conduites et du comportement” entre 1999 et 2011 de **20 à 34%**, avec présence en 2011 de “fugues”, “violence contre les personnes” et “conduites à risque” qui étaient totalement inexistantes en 1999

-diminution du nombre de diagnostics structurels “névrotiques” entre 1999 et 2011 de **21 à 11%**

2)- classification CIM 10 :

-diminution du nombre de diagnostics “troubles de personnalité limite” entre 1999 et 2011 de **9 à 3,5%**

-augmentation des “troubles des conduites” en tout genre entre 1999 et 2011 de **38 à 47%**

-diminution de l’ensemble des diagnostics “névrotiformes” entre 1999 et 2011 de **13 à 9%**

Ces résultats ne peuvent évidemment pas aboutir à la formulation de conclusions formelles, en raison des nombreux biais auxquels ils sont soumis : cotation probablement différente selon le médecin référent, plusieurs diagnostics introuvables pour certains patients qui faussent les statistiques annuelles, non prise en compte délibérée des nouveaux diagnostics posés en cas de ré-hospitalisation du même patient la même année, modification de l’offre de soins psychiatrique pour enfants et adolescents sur le département entre 1999 et 2011. Par ailleurs, il est nécessaire de garder à l’esprit que ces cotations diagnostiques sont réalisées à des fins avant tout administratives et économiques, plus que statistiques et cliniques, de plus, la comparaison est faite à 12 ans d’intervalle, durée peut-être trop courte pour mettre en évidence de réelles modifications des diagnostics. Toutefois, on peut remarquer une tendance générale à la diminution des diagnostics longitudinaux, à l’augmentation des diagnostics de “troubles du comportement” avec en plus une modification qualitative de ces troubles en question, et une tendance à la diminution des diagnostics recouvrant les pathologies névrotiques.

L’établissement de diagnostics de symptômes plutôt que de diagnostics de structures psychopathologiques pourrait, je pense, s’expliquer par une réticence plus importante ces dernières années à enfermer un jeune dans un diagnostic longitudinal avec la crainte des conséquences éventuelles d’une “étiquette” psychiatrique chez des jeunes justement au carrefour de plusieurs champs professionnels, et également par l’évolution dans l’expression symptomatique actuelle des adolescents vers un agir explosif et une instabilité du fonctionnement psychique qui rendent les diagnostics plus mouvants, mais aussi par la modification du regard des adultes et de la société sur ces jeunes qui donnent à voir plus qu’à penser.

Ces résultats vont dans le sens d'une évolution effective des diagnostics posés chez les adolescents. Cependant, une modification diagnostique n'est pas forcément synonyme d'une modification psychopathologique, dans le sens où la façon de coter des diagnostics semble elle aussi s'être modifiée, avec une accentuation des diagnostics de symptômes manifestes.

4- Evolutions sociologiques et familiales :

On observe une modification sociale radicale depuis une trentaine d'années dans les pays occidentaux, passant des sociétés industrielles aux sociétés post-modernes puis hyper-modernes. Alain Ehrenberg s'est intéressé à l'émergence de "nouvelles pathologies" dans une époque où se perdraient les valeurs liées au travail, à la famille, au couple, certaines règles morales et traditions, tandis qu'émergeraient les valeurs d'individualisme, d'autoréférence et d'émancipation des assignations de rôles (1). Comme le développe Pierre Van Damme, la vieille culpabilité bourgeoise et la lutte pour s'affranchir de la loi des pères (avec Oedipe) auraient cédé le pas à la peur de ne plus être à la hauteur, le vide et l'impuissance qui en résultent (avec Narcisse) : la discipline et l'obéissance auraient laissé place à l'indépendance à l'égard des contraintes sociales (2). Ainsi, la société fondée sur le refoulement, la névrose, ouvrirait la voie à une société fondée sur l'hédonisme, la jouissance à tout prix, où tout serait permis pour y accéder : la question du possible et de l'impossible aurait succédé à la question du permis et de l'interdit (1).

Daniel Marcelli rapporte le passage d'une société du début du XX^e siècle où le désir était coupable et réprimé au profit du lien social qui était la valeur dominante, à une hiérarchie sociale des valeurs privilégiant l'individu, avec la croyance primordiale que son corps et sa pensée lui appartiennent, sans que nul autre que lui-même n'ait droit à exercer autorité sur ce corps et cette pensée (3). Pour Marc-Henry Soulet, un nouveau discours social se serait ainsi formé, et qui reposerait sur une injonction paradoxale : "sois libre, sois autonome, sois responsable et jouis" (4). Il n'y aurait désormais plus rien au-dessus de l'individu qui puisse lui indiquer qui il doit être, il se construirait ses propres règles au lieu de se les voir imposer car c'est en étant conforme à ses propres désirs que l'on deviendrait soi-même ; d'après Alain Ehrenberg, le développement de soi devient collectivement une affaire personnelle que la société doit favoriser (1). En reprenant le développement de Daniel Marcelli, le désir est ainsi devenu amplement légitime pour l'individu, le lien social tendant à être perçu comme une entrave potentielle à sa réalisation, entrave possiblement à l'origine d'une souffrance (3). Les rôles sociaux ne sont désormais plus aussi clairs et déterminés, ils sont à construire, à trouver, avec parfois un sentiment de malaise et de perte de

sens. Pour Pierre Van Damme, la personne, agie auparavant par un ordre extérieur ou par conformité à une loi, est désormais sommée de prendre appui sur ses propres ressources et se retrouve sans guide : “dans la nouvelle normalité et la nouvelle pathologie, il s’agit moins d’identification aux images parentales bien dessinées ou des rôles sociaux bien établis que d’affirmation d’identité et de soi” (2).

Ainsi la notion d’autorité (politique, parentale, éducative) se verrait largement remise en question et disparaîtrait, là aussi, devant ce qui viendrait tenter de déjouer la castration, terme par lequel nous devons entendre l’acceptation d’un certain rapport à la réalité qui passe par un renoncement à la toute-puissance. C’est en cet évitement et ce défi à l’autorité, que réside la problématique : la garantie de l’accès à la jouissance pleine et entière. Pour Jean-Pierre Garcia, cette “nouvelle économie psychique” à laquelle on assiste, ce “jouir à tout prix”, ce nouveau rapport à l’objet qui nous rend tributaire de nos satisfactions, privilégie la dimension de l’acte au détriment de la représentation et de la vie intérieure, transgressant ce qui fait barrage, ce qui résiste à la mise en acte de nos fantasmes (5). La libération psychique incite à la conquête de soi à partir de l’action et de l’initiative individuelles comme nous le développe Alain Ehrenberg : *identité* et *action* sont ainsi nouées de telle façon que lorsque l’insécurité identitaire prévaut, elle s’associe à une dérégulation de l’action, que se soit sur un versant d’inhibition comme dans la dépression ou sur un versant d’agir explosif comme dans les troubles des comportements (1).

Ainsi la personne se montrerait limitée, inaboutie, par rapport aux possibilités apparemment sans fin qui lui seraient offertes de se réaliser. Pour Marc-Henry Soulet, devenir un être en perpétuelle amélioration, en perpétuelle estime de soi, en perpétuelle auto-définition peut s’avérer sans repos et sans répit et confiner parfois à une véritable souffrance sociale. La contradiction dans laquelle est prisonnier l’individu est d’une part, s’obliger à s’affirmer comme différent de ses semblables, comme être unique et sans contrainte, et d’autre part, s’intégrer dans la société en se situant comme le produit d’une histoire dont il n’arrive pas à être le sujet. Cette autonomie narcissique imposée se trouve coupée des supports sociaux et familiaux. Comme l’explique l’auteur, l’enfermement de certains individus dans une histoire singulière empêcherait l’inscription de la cause de la souffrance dans un schéma explicatif social, avec une impossibilité de lier son histoire singulière aux autres, entraînant un vécu d’injustice rabattu sur son soi-propre sans possibilité de la transformer en inégalité sociale contre laquelle lutter (4).

C’est sur ce terreau historique qu’est survenue ces dernières années la révolution des technologies de la communication et la mondialisation de l’économie. Pour rendre compte des bouleversements sociétaux les plus récents, certains auteurs dont Nicole Aubert, ont développé le concept

“d’hyper-modernité” qui se substitue à celui de “post-modernité”, le préfixe hyper- renvoyant au trop, à l’excès, au dépassement d’une norme ou d’un cadre. Marquée par le triomphe de la logique marchande et l’éclatement de toutes les barrières ayant jusque là structurées les individus, elle reposerait sur deux modes de comportement singuliers : l’hyper-consommation et l’hyper-performance, excluant impitoyablement ceux qui ne parviennent pas à soutenir le rythme (6). Nous assistons à une contraction de l’espace-temps du fait de la rapidité des déplacements, de la mobilité des personnes et de l’instantanéité de l’information et des techniques de communication, engendrant un rapport accru à l’événement, à l’urgence et à l’image. D’après l’auteur, l’horizon à très court terme de l’individu contemporain retentit concrètement sur sa façon d’entrer en relation avec les autres, et l’accent est désormais mis sur la flexibilité, la capacité d’adaptation, le changement, dans un contexte de mutation rapide et permanente, éprouvant le sentiment de continuité et sollicitant la capacité des individus “de construire et reconstruire des identités multiples” reprenant une phrase de Lash en 1977 citée par Nicole Aubert. Les liens sociaux semblent alors plus nombreux et faciles à établir qu’auparavant, mais aussi plus fragiles et instables : les relations se doivent d’être intenses mais révocables à tout moment, n’amputant pas le champ des possibles. La sensation et la jouissance de l’instant sont recherchées de façon compulsive, permettant d’évacuer la question du sens, la question de la finitude et des limites corporelles, physiques, ou de la vie, dans un idéal social de démesure, d’excès, de trop-plein, qui contraste avec l’individu par défaut, vide et déprimé, celui qui n’a pas réussi à s’inscrire dans ce mouvement de dépassement de soi, ou celui qui émerge lorsque l’inflation narcissique retombe (6).

La jeunesse puis l’adolescence seraient devenues des modèles de référence vers lesquels tendre, bouleversant le rapport entre les générations. En conséquence, pour Marcel Gauchet, la maturité se serait effacée, soit ce qui donnait sens à l’âge adulte qui, avant d’être un fait de l’âge justement, était un fait social ; elle passait par la perpétuation de la collectivité et la prise en charge de la famille qui justifiait chaque existence comme le maillon d’une chaîne destinée à se prolonger. D’où le surgissement d’un mal-être existentiel (le sens de la vie) chez un individu dont la vie n’est que pour lui : l’enfant est désormais l’enfant du désir, l’enfant de la famille privée, intimisée, désinstitutionnalisée, informelle, le fruit du désir singulier et personnel de ses parents (7). La capacité des adultes à poser des limites à la toute-puissance de leurs enfants et de les inscrire à l’intérieur du lien social est plus fragile car moins portée et légitimée par le contexte social. Là où auparavant, l’aspiration à l’autonomie passait, chez l’adolescent, par la conquête de l’indépendance vis-à-vis des parents, désormais, l’autonomie n’apparaît nullement incompatible avec la dépendance envers les parents. Au contraire, on assiste à l’initiation aux avantages de la liberté, sans l’inconvénient majeur que représente la nécessité de pourvoir à ses moyens de subsistance. L’investissement actuel de l’enfant par ses parents - qui tend à s’effec-

tuer désormais sur un registre narcissique - fragilise l'autorité de certains parents qui s'interdisent de poser des limites de crainte de perdre l'amour de leurs enfants, évitant ainsi tout conflit qui pourtant serait structurant, ce qui est redoublé par l'absence de légitimation sociale de l'autorité.

Tout ceci a pour conséquence que l'adolescence - qui est de définition somme toute récente - tend à être rognée par les deux bouts, du fait de l'élargissement de l'enfance à un bout, et de la disparition du modèle de maturité sur lequel elle se collait à l'autre bout. Dans la perspective de la vie adulte, l'idéal n'est donc pas d'atteindre une maturité, qui n'a plus de sens, mais de rester jeune. Toujours selon Marcel Gauchet, rester jeune, c'est garder du possible devant soi, c'est une vie qui ne doit pas trouver sa forme définitive, qui doit pouvoir être éternellement recommencée, ouverte à plusieurs départs. On comprend alors que l'on puisse vouloir reculer indéfiniment l'entrée dans la vie adulte par peur de mutiler ce possible infini de la jeunesse. Or le risque de cet idéal est la déception de ce que l'on est et de ce par quoi l'on est limité : j'ai tout raté, je suis passé à côté. Pour l'auteur, on a finalement de comptes à rendre qu'à soi, à un soi tyrannique reprenant l'idéal social. Car dans cette société d'individualisation, l'individuation est problématique et concourt à la faiblesse du Moi ; pouvoir faire le choix de soi implique un détachement vis-à-vis du lien qui unit aux parents, et l'enfant du désir fabrique des individus hantés par une aliénation irrévocable à leurs origines (7). Ainsi, comme le résume David Le Breton, l'individu est alors tenaillé entre cette exigence de se suffire à soi-même et la crainte de se retrouver sans appui : la liberté n'est possible que pour celui qui possède les moyens de son usage, c'est là la chute de l'illusion individualiste (8).

Les adolescents révèlent les lignes de tension qui structurent et parcourent le monde contemporain, comme c'est le cas pour la véritable fascination envers l'acte qui s'est développée : les troubles externalisés et les troubles du comportement sont parmi les diagnostics les plus fréquents en consultations de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. La transgression est importante pour les adolescents dans la mesure où elle permet de créer une nouvelle façon d'être par rapport à ce qui existe déjà, de se confronter à une autorité qui permet de circonscrire sa propre existence : lorsque tous les interdits tombent, lorsqu'il n'y a plus de limites, l'indifférenciation règne et les adolescents peinent à se démarquer, à exister. Paradoxalement privés de la restriction, les adolescents sont contraints de recourir à une transgression d'un autre registre, la mise en acte, qui est facilitée par les modes de communication et de déplacement de plus en plus sophistiqués, mais également pour Jean-Pierre Garcia, parce qu'un type de discours - que l'on pourrait qualifier de "discours de la jouissance" - semble sacrifier à l'idée qu'il serait désormais presque inconcevable de ne pas pouvoir satisfaire toutes ses pulsions. L'équilibre se tend entre désirs dé-

mesurés de chacun, et limites de la loi et de la réalité. Or il faut rappeler que ce qui fait lien social implique justement un certain renoncement à la jouissance et la soumission à certaines règles, c'est en tout cas ce que nous dit Freud dans *Totem et tabou* (5).

Les adolescents semblent interroger la limite et son sens, plutôt que de la rechercher, à une époque où comme le rappelle Daniel Marcelli, la limite est plutôt synonyme d'entrave et où la dépasser, la surpasser, fait partie de la quête identitaire de chacun dans le discours social (9) : les limites de fait prennent alors la place des limites de sens qui peinent à s'instaurer. On voit ainsi se déplier le paradoxe actuel de l'inflation des conduites à risque chez les jeunes avec leur dimension ordalique dans un monde préoccupé par la réduction du risque, les mesures de précaution ou encore les règles de sécurité. Pour David Le Breton, enjoint à ne vivre plus que pour lui-même à travers ses propres références, l'individu semble malgré tout poussé par la nécessité anthropologique d'une transcendance divine ou providentielle, qui soit le garant que son existence a une signification et une valeur (8).

On peut s'interroger sur l'impact dans la construction des individus d'une société cultivant la valorisation narcissique et la performance, accordant une importance croissante à l'apparence, aux images et aux sensations, au détriment de la relation à l'autre, de la recherche intérieure ou de la mise en mot et en récit, et qui semble favoriser pour Maurice Corcos et Philippe Jeammet *les pathologies du self* et *les maladies de l'idéalité* (10). Or certains auteurs comme Jean-Pierre Garcia émettent l'idée que nous n'assisterions peut-être pas tant à l'apparition de ces "nouvelles pathologies", mais plutôt à la généralisation et au développement d'un certain type de pathologies qui existent depuis bien longtemps et qui ont laissé de nombreuses descriptions cliniques. La nouveauté résiderait dans cette généralisation, dans l'apparition du caractère presque banal de ces maux, baignés dans un certain type de discours social : "l'enfant sans gravité" dont parle Jean-Pierre Garcia en référence au titre de Charles Melman *L'homme sans gravité*, serait cet enfant d'aujourd'hui, délesté du poids du symbolique, de l'éthique, tandis que "l'enfant généralisé", pour reprendre une expression de Lacan, serait cet adulte, ou cet enfant-adulte, séduit par le leurre d'une possible pleine satisfaction, n'ayant pas renoncé à la toute-puissance infantile. C'est alors qu'il est légitime de se demander s'il n'y a pas une confusion totale des langues et des rapports entre les adultes et les enfants (5). Car si l'adulte est incapable d'assumer et de respecter une quelconque figure d'autorité, l'adresse faite à l'enfant est plus que jamais placée sous le signe de la sexualité. Le statut d'enfant et d'adolescent serait alors de moins en moins reconnu dans sa spécificité, avec l'attribution très tôt de deux statuts adultomorphes : ceux d'individus sexués (au sens génital) et de consommateurs (par l'incitation qui leur est faite à travers

les médias). Pour Maurice Corcos dans son livre *Le corps absent*, l'enfant est le premier consommateur et le premier objet de consommation de la société, ce qui le rend tributaire d'une fonction et d'une place dans le monde des adultes radicalement singulières, ouvrant la voie à des rapports marchands et à une possibilité d'exploitation plus ou moins violente, sexuelle et sociale (11). La demande implicite faite aujourd'hui aux enfants de se comporter comme des adultes est sans doute là le témoignage de notre difficulté à tenir ce rôle. A ce sujet, Alex Raffy fait référence aux Legendre évoquant un blocage de la transmission dans nos sociétés modernes où s'interrompt la "permutation symbolique des places dans la lignée transgénérationnelle", l'adulte ne cédant plus la place à l'enfant car il serait resté infantile et refuserait de vieillir (12). Cette homogénéisation sociétale est responsable d'une moins grande différenciation entre les individus, les genres et les générations quant à leurs rôle, fonction et statut, et ouvre le risque d'une escalade mimétique dont une des issues possibles est la violence et le passage à l'acte.

L'avènement de la catégorie des dépressions et l'émergence du concept d'état-limite au cours du XX^e siècle ont contribué à faire reculer le champ de la névrose en tant qu'expression du conflit psychique : pour Alain Ehrenberg, le névrosé est un homme conflictuel car il est celui "qui laisse apparaître le conflit inconscient", la personnalité dépressive est incapable de faire advenir ses conflits, de se les représenter car elle se sent vide, fragile, dominée par un sentiment d'insuffisance et dans un registre plutôt clivé, où les éléments intra-psychiques ne sont ni en rapport, ni en conflit ; le conflit psychique tend alors à s'extérioriser : il n'est plus à l'intérieur du psychisme de chacun, il se situe désormais entre individu et société, entre l'exigence de jouir pleinement et les limitations imposées par la société (1). En d'autres termes et pour citer Pierre Van Damme, "si la névrose est un drame de la culpabilité, la dépression est une tragédie de l'insuffisance". Au fond, les pathologies classiques névrotiques et psychotiques étaient étroitement liées au rôle institutionnel de la famille qui en faisait une entité répressive dans le cadre de la fabrication autoritaire d'*êtres-pour-la-société* (2). Nous sommes désormais dans une situation complètement transformée, la famille est devenue un refuge et, en particulier vis-à-vis des enfants, une instance de protection contre les contraintes de la vie sociale en général. Elle repose sur un ensemble de valeurs privées, individuelles, fondées sur la reconnaissance des singularités, en opposition à la vie sociale laquelle est, par définition, le domaine de l'impersonnalité : il y a antinomie entre le fonctionnement des valeurs dans le cadre familial et dans le cadre social, et certains comme Xavier Gassman avancent l'idée que cela serait un point central des problèmes et des pathologies. Le passage à l'impersonnel ferait difficulté, l'articulation famille-société serait alors le coeur d'un foyer pathogène. La famille était auparavant là pour être dépassée, une institution à laquelle on doit échapper, le meurtre du père ayant servi de symbole à cette émancipation. Désormais, comment sortir de cette nouvelle famille ? Elle n'est pas faite pour qu'on y

échappe (13). Maurice Corcos expose l'idée que l'adultisation précoce des adolescents favorisent entre autres confusions leur parentification par le besoin ressenti très tôt de colmater les failles de leurs parents, d'en devenir des compléments narcissiques (11). La famille nucléaire est la voie majeure de socialisation des jeunes, et en tant que premier contenant, elle se doit d'être solide dans ce contexte de crise du lien social, pour fonctionner comme régulatrice de l'entrée progressive dans la vie et la société. Certaines familles en difficulté pourraient alors selon David Le Breton manquer à leur fonction sociologique d'ouvrir l'enfant au monde qui l'entoure et à leur fonction anthropologique de susciter le goût de vivre, du fait de leur indifférence ou de la liberté sans limite qu'elles autorisent, ne permettant aucun espace d'échange ni aucune donnée de sens. Les structures intermédiaires entre parents et société manqueraient dès lors cruellement, l'école se trouvant aujourd'hui débordée par d'autres préoccupations (8).

Xavier Gassman constate que face à l'enjeu du contexte narcissique et du bonheur comme contrainte, rien ne vient faire tiers dans ce schéma redoublé par le discours social actuel, pour s'interposer comme limite. Si l'inclusion dans ce schéma n'est pas possible, il n'existe aucune autre alternative tierce, il ne reste que l'exclusion, seule solution à la tentative de dégagement de cette emprise, sous la forme négative de rage, de colère, de souffrance et de destruction (13). Pour Maurice Corcos, certains voient dans les troubles du comportement le sens d'une rébellion contre un monde pauvre en idéaux collectifs, contre un corps social homogénéisateur et sans valeur, contre l'absence d'historicité contenante apportée par la société (11). Thierry Vincent voit ici s'actualiser l'idée qu'une société - à travers notamment le type de relation d'objet qu'elle autorise - permet l'expression de certaines pathologies tandis qu'elle en réprime d'autres. Il développe l'idée que la relation d'objet, qui comprend le statut de l'objet, sa jouissance et son besoin, et dont le complexe d'Oedipe est le prototype pour la psychanalyse, détermine pour le sujet l'accès à cet objet et la possibilité d'en différer sa consommation. L'immédiateté d'accès et la disponibilité permanente des objets à travers leur prolifération et leur banalisation dans la société de consommation actuelle laisseraient une empreinte sur la construction subjective de chacun et la relation à autrui, avec une institution de la castration à travers le renoncement moins établie, et une tentation à la fusion et à la dévoration plus forte : la possession de l'objet serait privilégiée aux dépens de la construction de ses liens. Le manque serait par là-même moins bien supporté, ne laissant pas la place à un désir de se constituer, mais seulement à un besoin qu'il faut combler et saturer, au travers de différentes conduites addictives, compulsives ou agies, qui permettent les retrouvailles avec un objet primaire, peu différencié. Le recours symptomatique préférentiel au corps et au comportement serait par ailleurs renforcé par l'idéal de transparence, où les choses doivent paraître ce qu'elles sont : l'existence de l'objet serait alors toute entière dépendante de son apparence et de son image. Il faudrait dès lors montrer voire exhiber, car tout ce qui n'est

pas visible, en quelque sorte n'existe pas ; ainsi, l'accrochage au regard de l'autre, qui assure une cohésion identitaire provisoire, deviendrait de plus en plus vital pour l'existence du sujet (14).

Ainsi, les évolutions sociales et psychologiques évoquées participeraient à une modification de *la personnalité de base*, avec le passage d'une personnalité névrotico-normale, prédominante dans une société fondée sur le refoulement et la fonction paternelle et caractérisée par un sentiment intense de culpabilité lié à l'importance du conflit entre pulsions et Surmoi, la prévalence du lien social et de la conformité aux règles collectives sur le désir individuel, et l'expression psychopathologique essentiellement sous la forme de troubles névrotiques, à une personnalité qualifiée de narcissico-hédoniste. Cette personnalité serait alors caractérisée par un Surmoi moins structuré et rigide, un Idéal du Moi prédominant et moins socialisé, une fragilité des mécanismes de défense névrotiques face à des pulsions plus brutes et moins contenues, un théâtre mental moins cultivé induisant un surinvestissement du monde concret avec une tolérance moindre à la frustration. Cette nouvelle personnalité de base, peut-être mieux adaptée aux enjeux sociétaux actuels, laisserait entrevoir trois principales lignes de fragilité spécifiques conduisant à des décompensations pathologiques : l'axe de la dépendance et des conduites addictives, l'axe des problématiques narcissiques avec le risque de dépression anaclitique, et enfin l'axe du recours à l'agir et des troubles du comportement.

II- PREMIÈRE PARTIE - ÉTUDE CLINIQUE :

1- Le processus adolescent :

L'adolescence est caractérisée par un double mouvement de retrait de l'enfance et d'entrée dans l'âge adulte, processus délicat et fréquemment émaillé de changements incessants, de ruptures, de nombreux paradoxes et contradictions. Dans nos sociétés occidentales, l'adolescence est un temps de rupture, de métamorphose, de désarroi, le moment d'une entrée délicate dans un âge d'homme ou de femme dont les contours sont loin encore de s'annoncer avec précision. Ce temps de marge est une période de tâtonnement propice à l'expérimentation des rôles, à l'exploration de l'environnement, à la recherche des limites entre soi et les autres, soi et le monde ; pour David Le Breton, elle est une quête intime de sens et de valeurs, une recherche de reconnaissance de la part des autres. Les fondations d'une identité sexuelle s'établissent et transforment la tonalité de la relation aux autres, la distribution tacite des droits et des devoirs se modifie (8). Daniel Marcelli et Alain Braconnier citent alors Evelyne Kestemberg : "on dit souvent à tort que l'adolescent est à la fois un enfant et un adulte ; en réalité il n'est plus un enfant et n'est pas encore un adulte" (15). Le début du développement pubertaire se situe en moyenne vers 11 ans chez les filles et 13 ans chez les garçons, cependant, les différentes études sociologiques concordent sur une avancée considérablement plus précoce de l'âge pubertaire dans les sociétés occidentales depuis un siècle. L'adolescence telle qu'on l'entend aujourd'hui est loin d'être un concept universel, c'est une construction récente qui date approximativement du milieu du XIX^e siècle et qui ne s'est vraiment généralisée qu'après 1945 (7).

L'adolescence implique divers remaniements psychiques qui s'imposent comme des tournants que le jeune va avoir à négocier :

1)- la réactivation du complexe oedipien liée à la montée pulsionnelle et du désir sexuel qui, couplée à la capacité génitale nouvellement acquise, rend la proximité avec les parents difficilement tolérable, par la menace fantasmatique et le plus souvent inconsciente d'un inceste désormais réalisable ainsi que le parricide, son corollaire.

2)- le travail de deuil à l'adolescence, car quitter l'enfance n'est pas simplement symbolisé par la mort de l'enfant en soi, mais par son meurtre. Ce deuil concerne les objets infantiles, les imagos parentales idéalisées, la toute-puissance et l'idéal mégalomane infantile, ainsi que l'attachement aux objets primaires. Daniel Marcelli et Alain Braconnier illustrent cela par une phrase de Donald Woods Winnicott : "grandir est, par nature, un acte agressif" (15). On peut mettre en lien ce processus avec le sentiment diffus de dépressivité, de tristesse, d'idées de mort

ou de certains actes auto-agressifs (tentatives de suicide, scarifications...), fréquemment observés chez les adolescents.

3)- la deuxième phase de séparation-individuation, où l'adolescent est amené à "conquérir son indépendance, à se libérer de l'emprise parentale et à liquider la situation oedipienne" pour citer André Haim là encore d'après Daniel Marcelli et Alain Braconnier (15). L'enjeu consiste alors à se dégager de l'autorité parentale et de l'idéal parental intériorisé pour s'accomplir en tant que sujet propre.

4)- la rééquilibration narcissico-objectale, par laquelle l'adolescent doit choisir de nouveaux objets d'investissement, mais doit se choisir lui-même comme objet d'intérêt et de respect. La recherche d'un Idéal du Moi et d'une image satisfaisante de soi est essentielle pour lui apporter un soutien narcissique. A l'adolescence, on observe une prédominance des manifestations de défaillance narcissique et des conduites issues de cette lignée psychopathologique. L'égoïsme et la mégalomanie, mais aussi diverses attaques contre soi représentent une phase de recentrage sur soi-même qui vise à réaménager l'équilibre entre investissements narcissiques et investissements objectaux.

5)- le paradoxe autonomie-dépendance, qui implique que toute possibilité d'autonomie véritable présuppose l'intériorisation d'une sécurité psychique suffisante construite dans une relation étayante avec l'autre. Ainsi, s'émanciper signifie faire ses preuves et évaluer ses ressources, et comme l'explique Philippe Jeammet, plus le jeune ressentira de l'insécurité dans cette expérience, plus il aura besoin de la force et de la protection des adultes, et plus il ressentira ce besoin comme une menace de son désir d'autonomie (16). Ce paradoxe est rassemblé dans cette phrase : "c'est ce dont l'adolescent a le plus besoin qui le menace le plus".

6)- la problématique d'identité-identification, définie par le travail d'incorporation, d'introjection et d'identification qui remanie en profondeur l'image et l'idéal de soi. La continuité et la cohérence du Moi sont fragilisées par ce processus conflictuel qui passe initialement par une phase de rejet des identifications et modèles antérieurs infantiles pour conquérir de nouveaux objets d'identification (crise identitaire), et pour pouvoir enfin accepter au sein de son individualité propre d'adulte en devenir, son inscription dans ses origines et sa filiation. C'est l'âge de la multiplicité des nouvelles expériences, des nouvelles relations d'objet servant de support aux identifications. Ce processus met en tension un autre paradoxe de menace de l'identité énoncé là encore par Philippe Jeammet, qui se résume en : "pour être soi, il faut se nourrir des autres et en même temps être différent d'eux" (16).

La prudence doit être de mise sur l'appréciation psychiatrique, car la symptomatologie à cet âge bouleverse fréquemment les cadres théoriques habituels, rendant particulièrement délicate à définir la frontière entre normal et pathologique, et n'augurant en rien d'une fixation définitive

dans une pathologie quelconque. L'adolescence est une période charnière susceptible de réorganiser la personnalité autour des vulnérabilités et des conduites pathogènes en fixant le sujet dans la répétition pathologique. C'est cette capacité de fixation et d'organisation à cet âge qui en fait tout le risque, mais aussi à l'inverse, tout l'atout possible. Pour Philippe Jeammet, l'apparition d'un symptôme ou d'un trouble du comportement ne signe donc pas forcément une pathologie avérée. Ils peuvent avoir une valeur adaptative s'ils ne s'installent pas durablement et n'entravent pas le développement du sujet. Néanmoins, ces comportements sont susceptibles de s'ouvrir sur un processus pathologique qui s'auto-entretient (17).

2- Les trois situations cliniques :

a)- Morgane :

La situation clinique que je rapporte ici est tirée de la rencontre avec une jeune fille lors de mon troisième semestre d'interne au Centre de Soins pour Adolescents (CSA) à La Roche-Sur-Yon en Vendée. Le CSA est une structure intersectorielle accueillant des patients entre 12 et 18 ans, et complète l'offre pédopsychiatrique départementale constituée par ailleurs de trois secteurs classiques. Il comprend une structure d'hospitalisation temps plein de 12 lits située sur le site de l'Établissement Public de Santé Mentale Georges Mazurelle, un Centre Médico-Psychologique (CMP) couplé à un Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP) et un Hôpital de Jour (HdJ). Il est par ailleurs en relation étroite avec la Maison des Adolescents (MDA) de La Roche-Sur-Yon.

Morgane est une jeune fille de 14 ans adressée en urgence en consultation médicale après avoir été reçue en entretien infirmier au CMP. Dans le recueil de données, on note que Morgane est la première et la seule enfant du couple parental qui s'est séparé lorsqu'elle avait 2 ans. Elle a un demi-frère de 5 ans du côté maternel et deux jumeaux (une fille et un garçon) de 5 ans également du côté paternel. Elle vit avec sa mère et le compagnon actuel de celle-ci et n'a aucun contact avec son père depuis plus de 6 mois suite à des conflits extrêmes avec lui. Sa mère est assistante maternelle, son père travaille sur les chantiers. Elle est en 3ème générale et ses résultats scolaires sont en baisse depuis plus d'un an, ce qui est associé à un absentéisme croissant. Elle est insérée au niveau social mais ses relations amicales semblent souvent instables, alternant des périodes de proximité étroite avec des périodes de rupture. Elle fait part d'une relation amoureuse extrêmement investie avec un garçon depuis bientôt 4 ans, mais qui s'avère intense et fragile, émaillée d'oscillations et de coupures. Elle a été vue par un pédopsychiatre du service en pédiatrie de liaison il y a 1 an pour coma

éthylisme suite à une rupture amoureuse. Par ailleurs, elle a rencontré un éducateur de la MDA pendant plusieurs mois l'année passée.

Elle est accompagnée de sa mère et évoque la présence d'idées suicidaires élaborées depuis quelques semaines avec la crainte d'un passage à l'acte. La problématique suicidaire est ancienne chez Morgane qui a effectué déjà plusieurs tentatives de suicide ces dernières années, mais elle semble à nouveau exacerbée à ce moment de son histoire. C'est elle qui a souhaité venir en consultation et qui a demandé à sa mère de l'accompagner, et c'est la première fois qu'elle effectue une démarche volontaire, en dehors d'un passage à l'acte.

Je reçois dans un premier temps Morgane seule. C'est une jeune fille aux traits fins et harmonieux, de petit gabarit, qui affiche une féminité affirmée mais non exagérée pour son âge et qui présente un visage triste et fermé. Elle est de bon contact, la verbalisation est particulièrement fluide, riche et imagée, et les associations spontanées. Elle dit d'emblée se "sentir perdue" et "ne plus savoir quoi faire", c'est pour cela qu'elle a des idées de suicide, "pour en finir". Elle rapporte son malaise à son entrée au collège et au début de sa relation avec son petit-ami d'avec qui elle s'est séparée à de nombreuses reprises, et face à laquelle son état psychique s'avère extrêmement sensible à tout aléas, comme en témoigne son ivresse pathologique 1 an auparavant. Elle me dit qu'elle s'est souvent demandée si elle "ne recherch(ait) pas un père ou un grand frère à travers lui". Cela lui permet d'évoquer le fait que le tout début de ses difficultés remonte selon elle à ses 2 ans, lorsque son père "a fait une croix sur (elle), ne voulant plus qu'(elle) soi(t) (sa) fille, ne voulant plus s'occuper d'(elle)". Lorsqu'elle parle de la séparation de ses parents, j'ai l'impression que son père s'est avant tout séparé d'elle, et non de sa mère et de l'enfant qu'elle était. Elle rapporte la peur effroyable qu'elle se souvient avoir ressentie lorsque ses parents ont refait leur vie chacun de leur côté, et lorsque ses demi-frères et soeur sont nés, avec l'impression imminente qu'elle allait être abandonnée. Elle vivait chez sa mère et allait un week-end sur deux chez son père, mais cela se passait mal car il était peu présent, ne partageait rien avec elle et passait son temps avec sa nouvelle compagne.

A l'entrée au collège, les relations avec son père se sont encore dégradées avec l'apparition de conflits et de disputes de plus en plus violents. Morgane fait le lien avec le début de sa puberté et de son apparence de "femme" que son père n'aurait pas supporté : "il aurait préféré que je reste un enfant". Elle rapporte qu'il la traitait à l'époque de "pute" et de " salope" et qu'elle aurait alors commencé à développer des conduites d'opposition et de mises en danger : scarifications, fugues de l'école et du domicile du père et de la mère, tentatives de suicide, consommations épisodiques d'alcool, tabac, cannabis. Elle justifie ces conduites en disant que c'était "pour que (son) père (la) regarde". A propos des scarifications, elle explique que cela lui est venu car "(elle s'est) dit un jour

qu'au lieu de faire couler des larmes, (elle) ferai(t) couler du sang, et cela (la) soulageait, (l)'apaisait". Lorsque je lui demande, elle me montre la présence de cicatrices plutôt anciennes de scarifications en réseau de l'avant-bras gauche. Elle décrit une véritable escalade des mises en danger lors de l'année passée, qui survenaient en général à chaque fois qu'elle voyait son père. Elle a effectué plusieurs tentatives de suicide ou équivalents suicidaires dont une tentative de strangulation au domicile, deux intoxications médicamenteuses volontaires, et une phlébotomie à l'école sous forme d'une mise en scène macabre où elle se trouvait seule derrière les grilles du stade en face de l'entrée du collège où beaucoup de jeunes étaient présents pour la récréation, attirant le regard de tous, les plaies béantes et sanguinolentes. Lorsqu'elle s'est retrouvée hospitalisée en pédiatrie pour sa dernière intoxication médicamenteuse 6 mois auparavant, son père est venue la voir sur sollicitation de l'équipe soignante, et il lui aurait lâché de façon extrêmement violente "que la prochaine fois, (il) préférerai(t) qu'(elle) crève plutôt que de (s)e faire chier à venir (s)'occuper d'une petite salope dans (s)on genre". A partir de ce moment là, la mère de Morgane aurait imposé un arrêt strict des contacts entre Morgane et son père, ce à quoi Monsieur ne se serait absolument pas opposé. Depuis, les mises en danger - que Morgane qualifie alors "d'appels au secours" - se sont en effet amendées, mais laissant place à des idées noires et des idées de mort extrêmement prégnantes, ainsi qu'à des moments d'impulsivité très importants, qui se manifestent notamment par des bagarres avec des autres jeunes filles de l'école. La dernière en date a été particulièrement violente car suite à un échange d'insultes avec une jeune de sa classe, Morgane est venue le lendemain la menacer avec un couteau, ce qui lui a valu une exclusion immédiate et définitive de son collège. La mère de Morgane m'expliquera par la suite qu'elle a eu du mal à retrouver un établissement pour sa fille qui est restée déscolarisée quelques mois. Cela fait seulement 2 semaines qu'elle a réintégré un nouveau collège. Je remarque que lorsque Morgane s'exprime à propos de son père ou des bagarres avec les autres, elle adopte des intonations de voix caractéristiques des "jeunes de banlieue", ce qui n'apparaît pas dans les autres conversations.

Elle pense que sa mère est au courant de son mal-être mais "qu'(elles) n'en parl(ent) pas et c'est mieux comme ça". Je lui parle alors de la possibilité d'une hospitalisation dans le service au vu des éléments d'inquiétude que je perçois, et Morgane se montre plutôt intéressée par la proposition. Je prends un deuxième temps avec Morgane et sa mère. Madame semble méfiante et sur la réserve. Elle a les cheveux courts, dégage quelque chose de légèrement masculin, et s'exprime en franc parler. Elle me dit avoir pris acte de la souffrance de sa fille, mais qu'elle s'oppose à toute idée d'hospitalisation, mettant en avant sa crainte des "médicaments psy", qui persiste malgré mes tentatives de réassurance à ce sujet. Elle a tendance à rationaliser les difficultés de sa fille, disant que cela fait des années que Morgane exprime des idées suicidaires, que c'est sa façon d'attirer l'attention, et que sa fille va tout de même bien mieux depuis qu'elle n'a plus de contact avec son père. Le dis-

cours est très disqualifiant envers Monsieur. Comme la consultation a lieu sur place, je propose à Morgane et sa mère de visiter le service avec un membre de l'équipe, ce qu'elles acceptent. A leur retour, Morgane m'annonce qu'elle ne souhaite pas non plus être hospitalisée, arguant du fait qu'il est plus important pour elle qu'elle reprenne les cours dans ce nouveau collège. J'ai alors la sensation que Morgane tempère et banalise sa souffrance en présence de sa mère. Je leur fais part à nouveau de mes inquiétudes concernant la santé psychique de Morgane et de mon souhait d'une hospitalisation, et je leur fixe un prochain rendez-vous la semaine d'après. J'annonce également que je vais devoir contacter le père de Morgane quelque soit la modalité de prise en charge, car Monsieur est titulaire de l'autorité parentale au même titre que Madame. Elles s'y opposent fermement toutes les deux, Madame avançant que tout rapprochement entre Morgane et son père serait délétère, et Morgane exprimant sa crainte qu'il la traite de "folle", qu'il lui dise qu'il avait toujours su "qu'elle avait un gros problème mental" s'il sait qu'elle consulte un psychiatre.

Je revois Morgane au bout d'une semaine. Elle me rapporte avoir été victime d'une agression physique de la part d'une autre élève dans son collège sous prétexte qu'elle était "nouvelle". Par ailleurs, elle dit penser toujours aussi souvent à la mort qui représente une possibilité "d'être libre" et "de ne plus avoir de choix à faire". Elle parle de son sentiment d'être perdue, de ne plus avoir de repère. Elle a cassé avec son petit copain, mais elle dit désormais qu'elle s'en fiche, que cela lui permet de se questionner sur ses choix amoureux. Elle se demande à nouveau si elle ne cherche pas "un grand frère" à travers les garçons. Lorsque je l'interroge sur cette curieuse question, elle rapporte le fait que sa mère a effectué une interruption volontaire de grossesse il y a 20 ans, qui aurait dû donner naissance à un garçon. Elle dit alors être sûre que, malgré ce qu'on lui a dit, l'enfant est né, qu'il est quelque part, et qu'un jour, elle retrouvera ce grand frère à qui elle pourra se confier.

Je décide avec l'accord de Morgane de faire venir sa mère dans un deuxième temps d'entretien pour entamer une ébauche de génogramme. Je sens que Madame se détend progressivement au cours de cet échange qu'elle saisit avec intérêt, et qu'elle est beaucoup moins sur la défensive à mesure qu'une alliance se constitue. Morgane connaît finalement peu de choses sur sa famille et c'est surtout sa mère qui amène des éléments. Madame n'a pas connu son propre père qui est parti à sa naissance et ne l'a pas reconnu. Elle l'a revu une fois "pour mettre un visage sur cet homme", lorsqu'elle était enceinte de Morgane. Morgane s'éclaire à ce moment, disant : "Tu vois, c'est ça le traumatisme qui a eu lieu à 7 mois de grossesse !", faisant référence aux dires d'une amie de sa mère qui aurait "deviné" un événement important à cette période. Madame s'en défend, disant que ce n'était pas si important que cela de revoir son père. Du côté de Monsieur, Madame réussit à éclairer certains points. Le père de Morgane est issu d'une fratrie de huit enfants et semble être brouillé avec toute sa famille. Le grand-père est parti lorsque les enfants étaient très jeunes, et la grand-mère a recomposé avec un beau-père qui aurait été très violent, surtout avec le père de Morgane.

Madame livre également que Morgane a été d'abord désirée par son père qui voulait fortement un enfant – ce que Morgane ignorait et qui semble la laisser perplexe - mais que dès qu'elle est née, "il a fait une croix dessus, il n'était plus disponible". Madame pense que comme Monsieur n'a pas eu de "vrai" père, il n'a pas pu en être un non plus. On est en tout cas frappé par l'absence ou la déficience des hommes dans leurs fonctions paternelles des deux côtés de la famille. Madame rapporte que Morgane a changé de comportement à la naissance de ses petits frères et soeur, qu'elle a commencé à s'opposer, à ne plus obéir. Les relations entre Morgane et ses beaux-pères ont souvent été compliquées avec beaucoup d'agressivité, Madame disant que c'est comme "s'ils prenaient la place de Morgane et qu'elle ne supportait pas d'avoir moins d'attention". A propos de l'interruption volontaire de grossesse, Madame explique que l'embryon était trop petit pour savoir si c'était un garçon ou une fille, et que l'avortement a bien eu lieu, ce que Morgane accueille de façon septique.

J'aborde à nouveau la question de l'hospitalisation, et Madame y est beaucoup moins opposée. Morgane, elle, ne peut se positionner, et je lui suggère qu'il faut alors peut-être prendre la décision à sa place, ce à quoi elle acquiesce. Nous convenons donc ensemble d'inscrire Morgane sur la liste d'attente de l'hospitalisation temps plein. Mon souhait de contacter le père se heurte à nouveau à un refus massif.

Une dizaine de jours plus tard, je reçois Morgane pour son admission dans le service. Je la trouve plus animée et plus loquace qu'à l'habitude. Elle a effectué un stage en milieu professionnel qui ne lui a absolument pas plu, et elle me dit qu'elle envisage dès lors une Seconde générale, "pour ne pas être l'esclave d'un patron". Par ailleurs, une nouvelle bagarre a éclaté avec la jeune fille qui l'avait déjà agressée, et Morgane a écopé de nombreux bleus et griffures. Elle tente de garder la face disant que "si elle cherche la merde, elle va la trouver", toutefois, sa mère l'accompagne désormais au collège et vient la chercher tous les jours pour éviter toute autre altercation. Elle dit également qu'elle est soulagée de venir à l'hôpital, qu'elle a besoin de se reposer, de réfléchir. Lorsque je reçois sa mère pour formaliser l'admission de Morgane, Madame exprime à nouveau des réticences. elle craint que Morgane ne se saisisse de l'hospitalisation, pour "fuir ses responsabilités", c'est-à-dire l'école et le travail, et elle doute que cela puisse changer les choses. Elle me demande par ailleurs précisément quelles activités, quelles médiations et quelles "techniques psychologiques" on emploie ici, car s'il s'agit simplement de parler comme on l'a fait précédemment, c'est quelque chose qu'elle fait avec sa fille à la maison. Elle maintient toutefois sa décision d'hospitalisation et je relance à nouveau la nécessité de contacter Monsieur, brandissant l'obligation légale qui est la nôtre. Madame se montre véhémement, renvoyant le fait que l'on affiche la volonté d'aider sa fille mais qu'en contactant son père, on ne fait que l'enfoncer, et que les conséquences risquent d'être dramatiques. C'est Morgane qui finalement me livre par coeur et sans hésitation le numéro de téléphone

portable de son père. Je sens que l'alliance avec la mère de Morgane n'est toutefois pas rompue, et que le fait d'avoir tenu les engagements énoncés a une fonction de réassurance. Un message sera laissé sur le téléphone portable du père de Morgane pour le prévenir de l'hospitalisation de sa fille.

Morgane prend vite ses marques dans l'unité et se montre rapidement très à l'aise sur le groupe avec les autres jeunes. Elle critique d'emblée les règles, effectue quelques transgressions comme fumer dans sa chambre, mais est sensible au recadrage. Il sera au début question de la séparation imposée par l'hospitalisation d'avec son copain, avec qui elle s'est remise en couple, exprimant le fait qu'elle se sent "vide" sans lui. Les difficultés d'endormissement sont importantes mais semblent propices à la réflexion. Elle accepte de façon indifférenciée les propositions de soins qui lui sont faites, sans aucune opposition, plutôt dans une passivité régressive, ce qui contraste avec les mises en acte et la lutte contre la passivité qu'elle affiche. Elle participe donc aux activités individuelles et de groupe, et elle est globalement dans une position de meneuse dans le groupe de jeunes.

Environ une semaine après son arrivée, Morgane fait une crise d'angoisse importante pendant les transmissions infirmières, se trouvant accompagnée alors par une autre jeune fille du service connue pour adopter facilement une position maternelle et protectrice auprès des autres. Elle lui fait part de souvenirs d'événements traumatiques et lui remet des écrits destinés à l'équipe. A l'entretien, elle est quasi-mutique mais est d'accord pour que je lise ses écrits en sa présence. Il est question de trois abus sexuels sur les deux dernières années perpétrés par plusieurs jeunes du lycée attendant à son collègue, en collectif. Le récit des événements est cru, brut, le déroulement chronologique est parfois confus, et Morgane évoque le fait qu'elle a pu être consentante, au moins au début, pour deux des épisodes. Le récit s'accompagne d'une auto-dévalorisation farouche avec honte, culpabilité et volonté de "disparaître". Dans les jours qui suivent, Morgane pourra dire qu'à travers ces événements, elle souhaitait "(s)e détruire" et "voir jusqu'où (elle) pouvai(t) aller", et elle mettra ces événements en parallèle avec ses tentatives de suicide. Morgane cherche à s'opposer à l'obligation d'informer sa mère et d'envisager des mesures à prendre pour la protéger, expliquant que ce sont des jeunes qu'elle peut être amenée à croiser à nouveau et menaçant de ne plus rien livrer. Je lui propose qu'elle puisse appeler sa mère si elle souhaite échanger avec elle avant la rencontre, ce qu'elle fera le soir même et suite à quoi elle frappera de ses poings le mur de sa chambre jusqu'à s'en blesser les mains. Je convoque sa mère en urgence, mais celle-ci se mobilise difficilement car avec son travail, elle est peu disponible. Elle me demande de lui livrer par téléphone ce qui justifie d'un entretien avec elle. Madame accepte finalement de se déplacer deux jours plus tard après rude négociation. Entre temps, Morgane exprime son sentiment d'incompréhension et de non-prise en compte de son mal-être par sa mère, ce qu'elle s'autorise à dire pour la première fois.

Madame se présente accompagnée des deux enfants en bas âge qu'elle garde, et de son fils de 5 ans. N'ayant aucun local adapté ni aucune personne disponible pour les faire garder le temps de l'entretien, je suis contrainte de faire entrer tout le monde dans le bureau, tout en réalisant qu'il va être impossible d'aborder les problèmes en question. Madame place dans un premier temps deux des enfants sur ses genoux de sorte qu'ils se trouvent entre elle et moi, comme dans un mouvement de protection par l'utilisation des enfants en bouclier. Morgane reste immobile et silencieuse à côté. Face à cette situation, j'appelle un membre de l'équipe infirmière pour lui expliquer la situation et lui demander de se détacher exceptionnellement du groupe pour s'occuper des trois enfants le temps de l'entretien. C'est ainsi que nous pouvons enfin aborder la question des abus sexuels révélés par Morgane. Sa mère se montre au départ très détachée, disant qu'elle est au courant des trois événements, qu'elle considère que Morgane est en grande partie responsable, qu'il faut qu'elle s'habille correctement sans vulgarité et qu'elle apprenne "à dire non". Morgane pleure alors en silence. Cela nous permet néanmoins d'aborder la question du défaut de protection et l'enchevêtrement de la relation mère-fille que l'on perçoit. C'est alors que Madame se montre très émue et s'effondre, exprimant la difficulté qu'elle ressent à être mère et à poser un cadre éducatif. Elle revient sur son histoire personnelle, livrant qu'elle-même a eu une éducation très laxiste, que sa mère s'est très peu occupée d'elle et qu'elle a dû rapidement se débrouiller seule. Elle se rapproche pour la première fois physiquement de sa fille, dans un geste de tendresse un peu maladroit. Nous abordons la nécessité de poser une limite franche, symbolique qui pourrait permettre de mettre un terme à l'escalade des mises en danger de Morgane et de la protéger, par exemple en allant porter plainte contre ces abus. Il est possible de réajuster le discours entre elle et sa fille et Madame est sensible à la valorisation de son rôle parental. Nous convenons donc d'une permission pour qu'elle puisse se retrouver toutes les deux et se rendre à la gendarmerie.

Une synthèse est réalisée avec l'ensemble de l'équipe soignante autour de la situation de Morgane, aboutissant à la décision d'effectuer un signalement au Procureur face à la gravité des faits, au défaut de protection patent de l'environnement de Morgane, et au fait qu'elle est encore potentiellement soumise au danger avéré. Ce signalement permettrait ainsi de diligenter une enquête judiciaire et de réaliser une évaluation sociale dans l'objectif d'instaurer un accompagnement éducatif de la famille qui puisse aider à remettre de l'ordre dans les places et les interactions de chacun. Au retour de permission, il s'avère que Morgane et sa mère ont pu passer du temps ensemble toutes les deux - ce qui n'était pas arrivé depuis très longtemps - mais elles n'ont pas été porter plainte. Son père a appelé dans l'unité pour avoir des nouvelles d'elle, ce que Morgane annule aussitôt, expliquant que "c'est du bluff", qu'il s'est forcé à appeler pour ne pas qu'on lui reproche plus tard de ne pas s'être intéressé à sa fille, et affirmant qu'elle ne veut rien avoir à faire avec lui. Le soir même, nous apprendrons néanmoins qu'elle lui a répondu à un SMS qu'il lui a envoyé sur son portable.

La question du retour au collège reste l'objet de réticences très importantes de la part de Morgane. Elle clame sa crainte de se retrouver confrontée aux mêmes problèmes, et elle demande à pouvoir faire comme certains jeunes très en difficulté qu'elle côtoie dans l'unité, c'est-à-dire être scolarisée à l'hôpital. Lorsque nous fixons pour elle un jour de reprise à partir de l'hôpital, elle se renfrogne, se ferme, mais ne proteste pas plus. Je lui annonce la décision d'effectuer un signalement et que j'organiserai un temps de rencontre avec sa mère à ce propos.

Lors de l'entretien familial, je reçois Madame seule à seule dans un premier temps. Elle s'est déplacée sans difficulté cette fois-ci et sans les enfants. Je lui indique les modalités et les objectifs du signalement concernant les faits dont Morgane nous a fait part, et que cela n'empêche pas, bien au contraire, qu'elle aille porter plainte de son côté. Je lui fais part de nos réflexions sur le besoin de limites, de protection, d'un cadre éducatif ferme, étayant et rassurant pour Morgane, d'une cohérence et d'une permanence dans les attitudes des adultes autour d'elle. Elle est intéressée par la possibilité d'être soutenue dans sa position parentale par un éducateur, un juge, un professeur. Elle entend également la nécessité qu'elle prenne contact avec l'établissement scolaire de Morgane pour qu'elle participe à la reprise scolaire. Dans le deuxième temps d'entretien avec Morgane, celle-ci rapporte son sentiment que les relations avec sa mère sont plus apaisées, qu'elle a l'impression d'être entendue et écoutée. Elle dit ne plus avoir d'idées noires ou suicidaires et souhaiter que l'on fixe une date de sortie rapidement.

Un matin, Morgane sera accompagnée à sa demande au collège par l'éducatrice du service jusqu'à sa place dans la salle de classe. Le retour de cette première journée de reprise est très positif, la classe de Morgane lui ayant réservé un bon accueil et les difficultés avec la jeune fille en question n'ayant pas récidivé. Morgane demande alors à retourner en cours pendant les trois jours qui restent avant sa sortie de l'hôpital, ce qui lui est accordé. Elle s'y rendra et en reviendra toute seule par les transports en commun. Après discussion avec ses infirmiers référents, nous convenons de proposer à Morgane de participer à un groupe hebdomadaire du CATTP pour permettre de travailler la continuité, la permanence, la relation aux autres dans un espace groupal comme celui-ci.

Le jour de la sortie, après trois semaines d'hospitalisation, Morgane rapporte que le week-end précédent, elle et sa mère se sont rendues à la gendarmerie pour porter plainte. Elle est contente de sortir de l'hôpital et a repris contact avec une de ses tantes paternelles dont elle était assez proche auparavant et projette d'aller la voir pendant les prochaines vacances. Je ne reverrai qu'une seule fois Morgane après l'hospitalisation avant que mon stage ne se finisse. La transformation physique est saisissante, Morgane porte un casque de scooter au bras car elle a été amenée par un ami, elle a

un blouson en cuir, semble plus aguicheuse et mâche un chewing-gum. Elle rapporte la persistance de difficultés de comportement en classe où elle “(s)e fait chier” et tend à sécher des cours, et à la maison où elle transgresse les règles et se dispute régulièrement avec sa mère, disant qu’elle “fai(t) l’inverse de ce qu’elle me dit”. Toutefois, il n’y a pas de recrudescence des idées noires ou de gestes auto- ou hétéro-agressifs.

Le suivi sera repris par un des médecins de l’unité et se poursuivra de façon plutôt discontinue pendant environ un an. Les difficultés avec les règles et le cadre seront au premier plan, Morgane fuyant notamment plusieurs fois du domicile de sa mère et majorant son absentéisme scolaire. Il n’y aura pas de nouvelle tentative de suicidaire ou d’équivalent, mais plutôt des conduites d’échec surtout au niveau scolaire. Toutefois, face aux difficultés relationnelles à la maison, sa mère l’enverra en séjour chez sa tante paternelle, ce qui lui permettra de revoir son père, au bout de près d’un an et demi. Elle rapportera avoir eu de bons moments avec lui, et elle cessera dès lors ses conduites de mises en danger et les relations avec sa mère s’apaiseront considérablement. Elle raccrochera un projet d’internat scolaire, se disant en demande “de limites et de cadre”. Par ailleurs une aide éducative de mettra en place. Elle exigera d’arrêter le groupe CATTP et arrêtera de venir aux rendez-vous.

b)- Vincent :

La situation clinique rapportée ici est tirée de la rencontre avec un jeune homme de presque 30 ans lors de mon second semestre d’interne à l’unité ESPACE, située sur le site de l’hôpital St Jacques du CHU de Nantes. L’unité ESPACE est une structure intersectorielle qui accueille des jeunes gens entre 15 et 35 ans dans des périodes de crise suicidaire, identitaire, existentielle, en lien avec des problématiques adolescentes, et sans pathologie psychiatrique préalable lourde ou ayant nécessité déjà un suivi hospitalier. Les hospitalisations sont toujours libres et sont formalisées par des contrats de soins passés entre l’équipe soignante et le patient, qui définissent des objectifs précis et un temps de soin déterminé. Les hospitalisations ne dépassent presque jamais deux semaines et les patients sont réorientés pour poursuivre un suivi si nécessaire, souvent en ville, parfois sur le secteur. Un suivi transitoire en post-hospitalisation de quelques mois peut être proposé par le médecin référent s’il le juge nécessaire. L’organisation institutionnelle est tournée autour de la prise en charge psychique intensive des jeunes accueillis et la semaine est rythmée par les entretiens infirmiers, les entretiens médicaux, les médiations de groupe et éventuellement individuelles, les temps de vie en collectivité et les permissions. Une période initiale de 48 heures est proposée systématiquement à tout jeune qui arrive, au cours de laquelle le génogramme est débuté, sa problématique

cernée et des objectifs de soins anticipés. C'est après cette période initiale qu'un entretien médical permet de décider avec le patient de la durée d'hospitalisation en fonction des objectifs posés.

Vincent est un jeune homme de 28 ans qui est adressé à l'unité ESPACE via les Urgences Médico-Psychologiques (UMP) de l'Hôtel Dieu pour une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire. Vincent est en instance de divorce depuis quelques mois, et est suivi par un psychiatre libéral depuis quelques semaines qui lui a prescrit de l'agomélatine et de l'aprazolam. Lors de son déménagement du domicile conjugal, aidé par son père, il s'est disputé violemment avec ce dernier. Au décours de cette altercation et une fois seul, il a ingéré la totalité de son traitement. Il rapporte avoir dormi près de 24 heures et à son réveil, conscient de sa fragilité, il s'est rendu aux urgences accompagné par un de ses amis. Il accepte l'hospitalisation à ESPACE le jour même.

Dans le recueil de données, on note que Vincent est le deuxième enfant du couple parental, il a une grande soeur de 34 ans, avec qui les relations sont plutôt distantes. Ses parents sont en couple, son père est chauffeur-routier à la retraite et sa mère est femme au foyer. Vincent décrit son père comme très absent durant toute son enfance, "d'un caractère autoritaire, taciturne, irritable, irascible", parfois violent verbalement, ne livrant jamais aucun sentiment. Sa mère apparaît douce, patiente, soutenante, à l'écoute. Vincent a été hospitalisé 15 jours en pédiatrie à l'âge de 11 ans pour idéations suicidaires avec le scénario d'utiliser contre lui la carabine de son père. A l'âge de 19-20 ans, on retrouve une période d'automutilations pendant plusieurs mois à type de lacérations du torse et des bras faisant suite à une rupture sentimentale, associée à un isolement social important. Vincent a quitté le domicile familial aux alentours de 20 ans et a enchaîné plusieurs petits boulots. Actuellement, il est livreur de légumes. Il a rencontré sa compagne quelques années après son départ du domicile parental et ils se sont mariés il y a deux ans. C'est elle qui a demandé la séparation par "manque d'amour" il y a quelques mois, décision très difficile à accepter pour Vincent et qui a conduit à la mise en place du suivi psychiatrique sur conseil du médecin traitant. Ils gardent toutefois des liens très étroits, se voient et s'appellent régulièrement, et c'est elle qui l'accompagne à son arrivée dans l'unité, demandant à ce que l'on prenne "bien soin de lui". Par ailleurs, son père a fait récemment deux infarctus du myocarde successifs en moins d'un mois, dont un s'est compliqué d'un arrêt cardiaque à domicile ayant nécessité une réanimation cardio-pulmonaire et un séjour prolongé en soins intensifs.

Lors de son arrivée, Vincent se présente de bon contact, souriant, poli et respectueux. Il dit se sentir "dépressif" depuis l'annonce de la séparation d'avec sa femme et rapporte des difficultés de sommeil importantes. Il décrit son ex-compagne comme quelqu'un "d'assez fermé", qui a elle-

même beaucoup de difficultés notamment dans les relations avec son propre père, alcoolique et violent. Il dit qu'elle sortait peu lorsqu'il l'a connu, qu'elle n'a pas eu le temps de construire "sa vie de femme", qu'elle a quitté directement le domicile de ses parents pour se mettre en ménage avec lui. Depuis un certain temps, des difficultés relationnelles se sont installées entre eux, et elle lui aurait dit qu'elle s'était rendue compte qu'elle n'avait plus de sentiment pour lui et qu'elle souhaitait avoir sa vie à elle, et c'est dans ce contexte qu'elle a demandé le divorce. Vincent n'exprime aucune agressivité envers son ex-femme dans son discours, il ne dénie pas la souffrance qu'il ressent à ce sujet, mais explique rationnellement cette décision, disant comprendre et défendre ce point de vue, se montrant même dans une position de soutien envers elle. En effet, il dit savoir qu'il vaut mieux pour lui qu'ils prennent de la distance pour le moment, mais qu'il sera toujours là et près à l'écouter si elle a besoin de lui à l'avenir. En dernier lieu, il évoque avoir été très déstabilisé par les deux accidents cardiaques de son père il y a quelques semaines, d'autant qu'il était présent lors du dernier, le plus grave.

A propos de son geste suicidaire, Vincent le critique très rapidement, affichant son désir de "vouloir s'en sortir", sous une apparence calme, souriante mais qui semble tout de suite très défensive, dans la banalisation des conséquences de l'acte. A côté de ce discours manifeste, cohabite des propos peu banals, qu'il ne livre que lorsqu'on l'interroge de façon approfondie sur la mort. En effet, il nous livre que depuis des années, il imagine volontairement sa mort en public et "de la façon la plus trash possible", par exemple en se coupant un bras, en se décapitant, etc... et tire souvent de ces scénarios un certain plaisir dans ses rêveries diurnes. Ces images qui paraissent très esthétiques dans le "gore" sont inspirées de la culture manga que Vincent affectionne particulièrement. Il imagine que ces pensées reflètent sa volonté de "faire comprendre aux autres son mal-être".

Dans l'unité, l'équipe repère rapidement que Vincent montre constamment un sourire de façade et un contact très agréable. Il est noté un décalage entre ses propos souvent très sombres lors des entretiens et le ton "presque léger" qu'il adopte. Lorsqu'on lui fait remarquer, il dit qu'il en a conscience, que cela a toujours été pour lui une façon de prendre soin de son entourage, de montrer que tout va bien pour ne pas inquiéter ses proches. Ses parents appelleront rapidement dans l'unité pour avoir des nouvelles et proposer de rendre visite à leur fils, ce qu'il refusera dans un premier temps.

A la fin des 48 premières heures, Vincent s'engage dans un premier contrat de soin pour une semaine. Il évoque le fait qu'il s'est beaucoup trop renfermé ces dernières semaines, même s'il est de tempérament solitaire. Il peut dire que le matin même en se réveillant, il n'a pas pu s'empêcher de penser : "c'est con que je me sois loupé !", car cela aurait permis un soulagement de sa souffrance,

souffrance qu'il rapporte à son intense sentiment de solitude qu'il porte selon lui depuis toujours. A l'entrée au collège, il se rappelle son impression d'être "rabaissé", d'être "un moins que rien", surtout suite au fait qu'il ait tenté de se confier à un professeur sur ses difficultés mais qui l'aurait "traduit de travers" et n'aurait fait que l'enfoncer. C'est à cette époque qu'il a effectué plusieurs fugues du domicile parental et qu'il a envisagé d'utiliser la carabine de son père avant d'être hospitalisé en pédiatrie. Après le lycée, il raconte l'installation de ses conduites de scarifications qui ont duré presque un an, suite à une rupture affective et au départ de son meilleur ami en outre-mer. Au début, il faisait cela une ou deux fois par semaine, puis ces pratiques sont rapidement devenues quotidiennes. Il s'enfermait le soir dans sa chambre pendant des heures, et laissait monter l'énervement, la colère, l'angoisse, la solitude et le sentiment d'être incompris, jusqu'à une acmé intolérable. Il utilisait ensuite un cutter ou des lames de rasoir pour se lacérer en profondeur le torse et les bras, précisant que plus il taillait profond, moins il sentait la douleur, et plus il atteignait le soulagement recherché, "comme si j'étais lavé de mes émotions". Ses parents se sont rendu compte de ses pratiques au bout de plusieurs mois, et ont parut étonné de voir que leur fils allait aussi mal. Vincent ajoute qu'il espère "qu'ils n'ont pas culpabilisé", et il précise l'objet de sa colère, disant qu'il était en rage contre lui et contre les autres, contre le fait que personne ne voyait à quel point il allait mal, et que ses rares tentatives pour le montrer ont échoué et l'on conforté dans sa solitude, son sentiment d'être coupé des autres, et sa volonté d'y faire désormais face tout seul. Il associe sur son enfance et son adolescence où lorsque son père rentrait, il fallait que "rien ne dépasse", que "tout soit carré". Son père était impulsif, et la plupart des discussions menaient au conflit, donc rien ne se parlait en famille, et Vincent pense avoir conservé cet évitement quasi-phobique du conflit de cette époque. Depuis quelques années, les relations sont néanmoins meilleures avec son père, ils essaient "de rattraper le temps perdu".

Il rapporte son mariage comme la plus grande décision de sa vie. Lors de la séparation d'avec sa femme, il a eu l'impression de "repartir à zéro", que "tous ses projets étaient perdus", d'ailleurs, il a repris des conduites de scarification pendant quelques semaines mais a vite arrêté car il n'a pas retrouvé l'effet de soulagement qu'il avait ressenti plus jeune, et c'est en partie comme cela qu'il explique son recours à une méthode plus radicale : sa tentative de suicide. Lorsqu'on lui demande, Vincent consent à relever pudiquement une manche de son tee-shirt pour nous montrer la présence effective de cicatrices importantes. Il dit qu'il ne préfère pas montrer plus, qu'il est très honteux de ces cicatrices qui l'handicapent car il est désormais obligé de porter constamment un tee-shirt, même à la plage et même avec des amis proches car la plupart n'ont pas connaissance de ses marques. Il rapporte que son-ex femme parlait très difficilement de ses émotions, mais qu'à lui, elle se confiait sur ses difficultés avant que les relations ne se gâtent entre eux. Vincent semble tirer une

satisfaction manifeste de cette position de confident, de personne de confiance à qui on peut se livrer, et il n'est visiblement pas prêt à céder cette place auprès d'elle.

Vincent se rend compte qu'il intériorise beaucoup la colère et la violence "jusqu'à l'explosion" et qu'il les retourne contre lui-même. Il fixe des objectifs de communication de ce qu'il ressent à l'intérieur de lui-même et de reprendre une activité sportive qui lui permette d'extérioriser sa tension interne. Il débute dès son séjour à l'hôpital en faisant des footings réguliers dans le parc. Il dit à ce sujet qu'il faisait beaucoup de sport lorsqu'il était adolescent et que cela l'aidait à se réguler. Il fait le lien spontanément entre l'arrêt du sport au lycée et le début de consommations occasionnelles mais variées et répétées à titre "d'essais" de diverses substances : cannabis, alcool, cocaïne, ecstasy... Il précise qu'il n'est jamais "tombé dedans" contrairement à certains de ses amis de l'époque, mais lorsqu'on le fait préciser, il s'avère qu'il a néanmoins consommé pendant plusieurs années des douilles de cannabis qu'il a dû arrêter suite à plusieurs épisodes successifs d'hémoptysie.

Vincent se décide à appeler ses parents et à accepter de les recevoir en visite à l'hôpital, ce qui s'avère être source d'une appréhension importante. Il s'autorise progressivement à solliciter les soignants pour se livrer ou être accompagné dans diverses actions, et le sourire de façade s'évanouit petit à petit. Il peut aborder l'essai infructueux d'avoir un enfant avec son ex-femme qui a conduit à des consultations d'infertilité mais Vincent n'en sait pas plus car le sujet n'a pas pu être abordé de façon plus poussée entre eux. Il évoque également les nombreux appels, visites et démarches effectués ensemble, lui et son ex-femme, depuis la séparation, qui témoignent d'une relation d'étayage toujours très opérante avec une séparation impossible à formaliser.

Il est très touché par la visite de ses parents au cours de laquelle il s'est rendu compte que lui et son père avaient des traits de caractère en miroir ; très introvertis et impulsifs, explosant comme une "cocotte minute". Il évoque l'inquiétude terrible lors des accidents cardiaques de son père et la dispute qu'ils ont eu à l'occasion du déménagement de Vincent le jour même de la tentative de suicide, où son père, ne se ménageant pas, portait des cartons et des meubles très lourds, malgré les injonctions de Vincent à ce qu'il le laisse s'occuper des tâches les plus dures, ce qui a conduit à leur violente dispute. Vincent se souvient alors du grand sentiment de culpabilité qui l'a submergé.

Le génogramme retrouve un côté paternel très investi par Vincent, avec une cohésion et un soutien entre cousins et cousines pour éviter une scission comme cela a eu lieu à la génération parentale. La transmissibilité des caractères est évoquée de ce côté familial, comme des dépressions et des difficultés psychiques. Le décès de la grand-mère paternelle est encore à l'origine d'une vive émotion. Du côté maternel, les liens semblent plus apaisés mais plus distants, Vincent investi beau-

coup moins ce côté familial. A la fin de l'hospitalisation, Vincent demandera une copie de son génogramme.

La première permission est source d'une recrudescence anxieuse importante. Dans l'attente d'un nouveau logement, il était hébergé chez des amis avec lesquels il a fumé du cannabis et bu beaucoup d'alcool pendant les deux soirs de permission. Il rapporte des manifestations anxieuses à composante phobique lors de la réalisation de démarches administratives et dans les magasins au milieu de la foule, avec notamment la réapparition transitoire d'un ancien bégaiement. Il explique que le "paraître bien" compte beaucoup pour lui, et qu'il ne ménage pas ses efforts pour paraître fort, montrer qu'il tient le coup, et dissimuler au maximum la "faiblesse" qu'on pourrait imaginer chez lui, par peur qu'on le juge. Il dit ainsi "jouer un rôle" depuis très longtemps, et avant tout pour protéger sa famille et ne pas les inquiéter. Par ailleurs, il n'a pas pris son traitement à l'extérieur par peur dit-il, de devenir dépendant.

A l'occasion de la préparation de l'entretien familial, Vincent explique qu'il a pris de la distance par rapport au sentiment de culpabilité lié à la fragilité somatique de son père lors de son déménagement. Il pense que cela a fait écho à un défaut de communication entre eux et s'autorise pour la première fois à dire qu'il ne s'est jamais senti écouté par son père, qu'il n'a pas eu l'enfance espérée et qu'il aurait souhaité entendre son père lui dire au moins une fois qu'il l'aimait.

A la fin de la première semaine d'hospitalisation, Vincent se positionne pour un nouveau contrat de soin d'une semaine avec des objectifs similaires. Il explique que se confier est très difficile pour lui, qu'il préfère souvent garder la violence et l'agressivité au fond de lui, et qu'il ne peut pas nous assurer qu'il ne fera pas de "conneries" à nouveau, mais qu'il s'arrangera cette fois pour "ne pas se louper". Il fait part de son désir profond que les autres "devinent" ce qu'il pense au fond de lui, comme ça il n'aurait pas besoin de les embêter avec ses problèmes, et il exprime sa colère envers ses parents qui n'ont pas vu les indices qu'il a laissé pour témoigner de son mal-être, même s'il reconnaît qu'il fait aussi tout pour le cacher.

Les entretiens familiaux du service sont toujours effectués par un autre membre de l'équipe soignante pour permettre de séparer les espaces et les interlocuteurs. Ils comprennent en général un premier entretien avec les parents seuls sans le jeune, et un second avec le jeune et les parents. Lors de ce premier entretien, les parents se montrent peu loquaces. Ils expriment leur étonnement par rapport au geste suicidaire de leur fils, pensant que Vincent avait plutôt "accepté son divorce". En revanche, ils ont perçu que Vincent a été extrêmement déstabilisé par les infarctus de son père, et que lors de la dispute le jour du déménagement, il s'est mis dans une "rage noire" qu'ils n'avaient

encore jamais vu chez leur fils. Madame adresse des reproches voilés à son mari derrière une façade souriante et douce. Elle aborde son côté trop strict et autoritaire et le fait que Vincent a toujours eu peur de lui parler. S'il était arrivé quelque chose de grave à leur fils, Madame peut dire qu'elle en aurait voulu à son mari. Monsieur ne répond rien, les sentiments et les souffrances ont l'air d'être habituellement tus. Madame rapporte le caractère calme et réservé de son fils depuis l'enfance. Il n'était jamais dans l'opposition, mais avait tendance à fuguer, ce qu'il a fait de nombreuses fois. Les parents n'ont que des souvenirs très flous de l'hospitalisation en pédiatrie de Vincent, ils pensent que cela était lié à un mécontentement au collège. Monsieur entend que son fils est en demande de se rapprocher de lui, mais cela "bloque", et il semble de son côté très en difficulté pour faciliter l'approche de son fils.

Lors du deuxième entretien avec Vincent, la gêne et la pudeur pour se parler sont palpables de part et d'autre. Vincent commence par adresser des compliments à sa mère pour son courage et sa patience pendant toutes ces années, ce qu'elle fait vite cesser, disant que "c'est normal". Il peut ensuite aller vers son père, avec beaucoup d'émotion, évoquant la peur qu'il a eu de le perdre. Monsieur aborde cet épisode d'un ton léger, comme si cela n'était rien, mais il peut livrer que la perspective de la retraite et de l'inactivité est pour lui déjà le symbole d'un "pied dans la tombe". Monsieur dit qu'il regrette toutefois de n'avoir pas vu ses enfants grandir, ce que Vincent découvre. Vincent amène alors le manque de son père ressenti pendant son enfance et le souhaite que cela se soit passé différemment. Ils s'accordent à dire qu'ils apprécient les moments qu'ils passent désormais ensemble. Vincent aborde également les efforts qu'il fait pour cacher son mal-être à ses parents de peur qu'ils le jugent, ce à quoi ses parents le rassurent sur la possibilité de s'exprimer et de l'accueil qui sera fait à cela. Le geste suicidaire semble ainsi avoir tenu lieu de tentative pour vérifier les liens et ré-interroger la communication au sein de la famille dans un moment de fragilité somatique grave du père qui a réactivé une problématique adolescente gelée.

Vincent se montre épuisé mais détendu et apaisé après cet entretien et il sollicite un temps infirmier pour faire le point. Il est satisfait de la façon dont la parole a pu circuler entre eux trois, content d'avoir pu s'exprimer ainsi, a été très touché que son père ait pu se livrer, et s'est senti entendu par lui. A partir de ce moment, Vincent recommence à envisager des projets pour la suite après sa sortie de l'hôpital et à concrétiser ses démarches, comme si un ré-amorçage de sa construction personnelle et de son avancée dans la vie s'était fait.

Il rendra visite à son ex-femme après qu'elle l'ait appelé pour lui faire part de son mal-être, malgré nos mises en garde par rapport à la nécessité de se protéger et de s'occuper d'abord de lui. Il se

dit très touché qu'elle l'ait d'abord appelé lui avant tout autre, et il revient de chez elle très satisfait d'avoir pu être un soutien et d'avoir pu la rassurer.

Il peut mettre en avant les ressources qu'il a et qui lui ont permis d'avancer dans la vie, notamment le courage et la notion de défi, valeurs qui selon lui, lui ont donné la force d'entamer des formations dans le domaine du commerce pour combattre sa timidité. Il se rappelle que lorsque son père le regardait adolescent dans les compétitions sportives, il le poussait à aller toujours plus loin, et Vincent a eu l'impression qu'il attendait de lui une fierté qu'il n'a pas réussi à lui donner. Mais il se demande désormais s'il n'y avait pas aussi de la tendresse dans le regard que son père portait alors sur lui. En y réfléchissant, Vincent rapporte deux moments d'exception dans la relation à son père ; lorsqu'il a perdu sa propre mère, Vincent a été très attristé de le voir effondré, "dans sa carapace fissurée", et lorsqu'il s'est marié, moment où son père a semblé fier et ému. C'est alors que Vincent se rend compte qu'il ne veut pas ressembler à son père.

Lors de la permission suivante qu'il passe cette fois-ci en compagnie de ses parents, Vincent rentre déçu de n'avoir pas réussi à trouver un moment pour échanger avec son père sur les derniers événements. Il craint que son père ait été lui aussi déçu que son fils ne parvienne pas à s'ouvrir plus facilement à lui, il pense qu'il devait attendre plus de lui. Il a toutefois pu leur parler de son appréhension par rapport à l'arrivée de la date anniversaire de son mariage qu'il anticipe comme une période difficile à passer.

Après l'hospitalisation, j'ai suivi Vincent pendant 2 mois à sa demande, le temps qu'il puisse retrouver un suivi psychiatrique libéral. Il décrit une confusion, une désorganisation et une perte transitoire de ses repères à la sortie de l'hospitalisation. Il rapporte également les tentatives infructueuses de renouer le dialogue avec son père, qui s'était ouvert à l'occasion des entretiens familiaux. Peu de temps après, son divorce est acté et officialisé, ce qui lui permet de "faire le deuil de cette relation" et de pouvoir envisager de nouveaux horizons.

Par la suite, le dialogue en tant que tel souhaité par Vincent avec son père ne s'établira pas, toutefois, ils partageront du temps ensemble et des activités d'intérêt commun, et Vincent trouvera son père plus disponible et plus souple. Il organise son licenciement dans l'entreprise de livraison et s'inscrit dans une formation de plombier-chauffagiste aux Compagnons de France, dont il aura une réponse positive. Il retrouve un logement assez rapidement, mais l'emménagement est difficile avec recrudescence d'angoisses, d'un manque de motivation et d'une tristesse de l'humeur avec une tendance à l'introspection pessimiste qu'il impute au fait de se retrouver seul. Cependant, il est entouré

de ses amis et de ses parents qui sont plus proches. Il reprend même contact avec sa soeur qu'il n'avait pas vu depuis plusieurs années.

Lors de la dernière consultation, Vincent a intégré les Compagnons du Devoir où il décrit un fonctionnement qui lui va très bien et lui a permis de sortir de sa léthargie. Il fait partie d'un groupe d'apprentis qui le soutient et lui permet d'organiser et de structurer ses journées. Il a bien aménagé et investi son appartement, s'est remis à faire de la musique et un sport de combat. Il décrit une disparition des idées noires et des angoisses et a raccroché un suivi psychiatrique libéral après avoir rencontré différents praticiens qui ne lui convenaient pas.

c)- Cindy :

La situation clinique rapportée ici est tirée de la rencontre avec une jeune fille, qui fêtera ses 18 ans pendant son hospitalisation, lors de mon second semestre d'interne à l'unité ESPACE, située sur le site de l'hôpital St Jacques du CHU de Nantes. Cindy est une jeune fille de 17 ans adressée au décours d'une consultation de pré-admission avec la psychologue du service pour recrudescence de symptômes dépressifs avec idées suicidaires, associés à des conduites de mises en danger de plus en plus importantes et des gestes auto-agressifs. On retrouve un épisode survenu quelques jours auparavant où Cindy a brisé un miroir en se frappant violemment le front dessus. Elle amène d'emblée l'apparition de ses difficultés depuis 3 ans suite à la rupture quasi-totale des contacts avec sa mère. Elle a été suivie par un psychologue en ville pendant quelques mois mais a interrompu d'elle-même ce suivi.

Dans le recueil de données, on note que les parents de Cindy se sont séparés il y a 8 ans dans un contexte très conflictuel. Elle est la troisième et seule fille d'une fratrie de 4 avec un grand demi-frère de 26 ans du côté maternel qui a été adopté par le père de Cindy très tôt, un frère de 20 ans et un petit demi-frère du côté paternel de 4 ans. Elle décrit des relations avec sa mère extrêmement complexes et enchevêtrées, selon des modalités autant fusionnelles, qu'intrusives et rejetantes, ayant généré une confusion importante des places au sein de la famille. A la séparation de ses parents, une garde alternée des enfants a été instaurée avec une garde principale chez la mère. Puis, lorsque Cindy a eu 11 ans, sa mère a déménagé dans la région de Blain et aurait sommé sa fille de "choisir son camp". Cindy a été la seule de la fratrie à suivre sa mère, ce qui a amené parallèlement à un espacement extrême des contacts avec son père et ses frères du fait selon elle de cette relation fusionnelle à sa mère où régnaient emprise et chantage affectif. Néanmoins, cette vie "à la campagne" ne plaisait pas du tout à Cindy qui explique avoir eu beaucoup de mal à s'intégrer au collège

auprès de jeunes qui n'étaient "pas de son milieu", et décrit également une atmosphère étouffante et en huis-clos dans cette dyade exclusive avec sa mère. C'est ainsi qu'elle a choisit de revenir à Nantes pour son lycée et de vivre chez son père et sa belle-mère, retrouvant le reste de la famille. Ce choix a provoqué une rupture douloureuse avec sa mère qui lui aurait dit qu'ainsi, elle "ne serai(t) plus (s)a fille, qu'(elle) n'existerai(t) plus pour (elle), qu'(elle) ne serai(t) plus rien". Depuis lors, elles ne se sont effectivement plus vues, la mère de Cindy n'appelle plus, semble avoir "lâché prise", c'est toujours Cindy qui est à l'origine d'appels en général froids et distants, laissant place à un vécu d'abandon insupportable se manifestant par une fluctuation dysphorique de l'humeur, des "crises de larmes et de hurlements comme une folle", de conduites d'échec, de mises en danger, de moments déréalisation majeurs, de consommations ponctuelles mais souvent massives d'alcool et de cannabis, de troubles du sommeil et de l'appétit.

A son arrivée à Nantes, Cindy est entrée au lycée et a redoublé sa Seconde suite à des difficultés de concentration et de comportement. Elle explique qu'elle s'est confrontée chez son père à des règles éducatives et un cadre de vie en famille qu'elle a beaucoup de mal à intégrer, n'ayant "jamais eu de limites auparavant avec (s)a mère". Lors de sa deuxième Seconde, Cindy rapporte un moment d'effondrement dépressif caractérisé, suite à une déception quasi-amoureuse avec une jeune fille de sa classe avec qui elle avait tissé une relation amicale très intense et envahissante. La jeune fille l'a au bout d'un moment "laissé tomber" en "rompant" avec elle, ne supportant plus cette relation trop passionnelle en lui renvoyant qu'elle en avait marre qu'elle "(l)a prenne pour (s)a mère". C'est suite à cette déception que Cindy a commencé à penser au suicide, au travers d'un vécu de "deuxième abandon" comme "un cycle infernal" et à "(s)'enfermer dans (s)on mal-être comme si (elle) le provoquai(t) car n'avai(t) pas le droit d'être bien". Des résonances dépressives ont également fait écho aux fluctuations chaotiques d'une relation sentimentale récente avec un garçon un peu plus âgé qu'elle, Maxence, pour qui elle a rompu d'avec un petit ami qu'elle avait depuis 3 ans. Cindy qualifie cette relation de "destructrice", émaillée de violences verbales parfois physiques, de ruptures et de retrouvailles tout aussi intenses dans l'affection que dans le rejet, de chantage affectif et de situations d'emprise. Elle entre en Terminale L et ses résultats scolaires sont très corrects. Elle fait du patinage artistique depuis plusieurs années.

Les semaines avant l'hospitalisation ont été marquées par des transgressions des règles parentales avec des mises en danger où Cindy a notamment fait le mur pour retrouver son petit ami dans des soirées alcoolisées au cours desquelles elle aurait fait deux intoxications médicamenteuses volontaires, dans le but "d'oublier", dont elle n'avait jamais parlé à personne auparavant et qui n'ont pas été médicalisées. Son père est inquiet, se mobilise beaucoup et semble très affecté de la situation.

Wendy est une jolie jeune fille au visage délicat. Elle est accompagnée à son entrée de son père et de sa belle-mère qui se montrent très présents et en grand besoin de réassurance. A l'entretien d'accueil, le contact est aisé et facile, elle s'exprime clairement et sans réticence. Elle évoque tout d'abord ses difficultés à "se retrouver", sa sensation de parfois "devenir folle", de ne plus se contrôler, de ne plus supporter de se retrouver seule du fait de ruminations anxieuses importantes. Elle fait part d'un épisode 15 jours auparavant pendant lequel elle s'est retrouvée seule face à elle-même devant le miroir de sa salle de bain et s'est frappé violemment le front sur le miroir en le brisant. Elle conserve une très légère cicatrice horizontale de cet événement, et explique n'avoir pas supporté de se retrouver "confrontée à (elle)-même".

Elle aborde la séparation de ses parents lorsqu'elle était petite et le sentiment de confusion dans lequel elle s'est alors retrouvée, face aux "trois versions" apportées. En effet, elle explique que pour sa mère, la séparation fait suite à la découverte de l'infidélité du père avec la belle-mère actuelle de Cindy, et Cindy aurait eu accès par le biais de sa mère à des échanges de lettres entre ses deux parents qui "accusaient" son père. Pour son père, la séparation s'inscrit dans le cadre d'un chantage affectif avec manipulations et méchancetés répétées de la part de la mère de Cindy ainsi qu'à une grand-mère maternelle trop intrusive dans le couple parental. Pour la grand-mère maternelle, qui semble ainsi avoir elle aussi droit au chapitre, la séparation a eu lieu à cause de Cindy que sa mère a beaucoup trop investi, avec un excès d'affection et d'intérêt dans une relation très étroite ne laissant plus de place au père : elle était "le bijou de (s)a mère". Cindy explique que pendant longtemps, elle a collé au discours de sa mère avec disqualification et dévalorisation de son père, mais que depuis qu'elle est à Nantes, elle a tendance à se référer au discours de son père, qu'elle décrit comme "plus posé, plus calme et mesuré". Cindy a toujours été "la préférée" de sa mère, propos que sa mère tenait ouvertement devant ses frères, et ce pour quoi elle dit avoir ressenti beaucoup de culpabilité et de gêne. Elle explique que sa mère était souvent "trop proche" d'elle et qu'elle menaçait toujours de s'en aller si elle voulait reprendre contact avec son père. Elle dit que ces relations n'étaient pas vraiment des relations "mère-fille" mais plutôt des relations "comme entre copines". Dans la famille maternelle, le discours est constamment tourné autour du divorce des parents, la grand-mère maternelle amenant des reproches perpétuels à l'égard de Cindy et de son père, que Cindy qualifie elle-même "d'horreurs dites sur (m)on père". Lors de sa décision de retour sur Nantes chez son père, Cindy s'est sentie "prise en otage" par sa mère qui l'a complètement rejetée, la laissant par exemple dehors une nuit entière à 14 ans, avec ses valises faites et déposées sur le perron, après lui avoir dit qu'elle "n'était plus (s)a fille". Depuis qu'elle est chez son père, le respect des règles et de la vie de famille est difficile, Cindy expliquant qu'elle avait toujours été très gâtée chez sa mère, avait toujours pu obtenir ce qu'elle voulait, sans limite. Elle a le sentiment d'être devenue ces derniers temps "impulsive", "insolente" et "méchante", comme si il y avait "deux Cindy" en elle, une "gentille et

hypersensible”, et l’autre “arrogante, distante et méchante”. Elle est consciente de se faire du mal et de perdre le contrôle de ses comportements par moments, elle désespère de ressembler à sa mère, de prendre le même chemin qu’elle par son mal-être. Elle amène la figure de sa belle-mère comme une femme “agréable et gentille” avec qui elle a de bonnes relations et qu’elle considère désormais comme sa “seconde mère”. C’est elle qui gère la plupart des tâches à la maison, et elle fait encore le lit de Cindy. Cindy entre en Terminale L à la rentrée et elle envisage de s’engager dans l’Armée de l’Air par la suite, à la recherche, dit-elle, d’un cadre, d’une discipline, d’autorité.

Il est annoncé à Cindy que sa mère sera tenue au courant de son hospitalisation et qu’elle sera sollicitée pour des entretiens familiaux. Cindy reste dubitative face à cette nouvelle, persuadée que sa mère ne se déplacera pas car elle est “anti-psy”. Elle livre également son appréhension que sa mère puisse la soutenir et être à l’écoute avec elle ici à l’hôpital, puis raconter à toute la famille que Cindy est “folle” parce qu’elle est “internée à St Jacques”. Elle rapporte par ailleurs des propos récents étranges de sa mère qu’elle ne peut expliciter, comme par exemple : “tout ça c’est de la faute de ton père, il a flirté avec le Dalaï-Lama !”. Son attente vis-à-vis de l’hospitalisation est de parvenir à comprendre sa relation à sa mère et comment elle en est arrivée là. Elle fixe un premier contrat de soin de quelques jours autour du contrôle de l’impulsivité et de la mise à distance des difficultés relationnelles et familiales.

La mère de Cindy appellera à plusieurs reprises dans l’unité dès le lendemain de l’admission de sa fille. Il s’avère qu’elle habite désormais la Haute Normandie depuis le retour de sa fille à Nantes, et qu’elle est mariée à un homme handicapé à 80% qu’elle ne peut laisser seul très longtemps. Elle dépose succinctement au téléphone qu’elle fait le lien entre le début des difficultés de sa fille et son retour à Nantes il y a 3 ans. Cindy rapporte par la suite lorsqu’elle a été autorisée à avoir sa mère au téléphone, que celle-ci lui aurait reproché fortement d’avoir été prévenue au dernier moment de son hospitalisation. Cindy complète alors la description de sa mère comme une femme “qui possède les gens”, “vicieuse”, “manipulatrice” et “perverses”. Elle pense qu’elle n’a jamais été “bien dans sa peau”, c’est pourquoi elle refuse de lui ressembler.

Dans l’unité, Cindy trouve vite ses marques et se lie facilement avec le groupe de jeunes. Ses propos sur les temps informels sont plutôt sombres, marqués d’une difficulté à se projeter et d’un sentiment d’impasse. Lors de discussions autour du plaisir et de la satisfaction, elle se positionne à plusieurs reprises comme si elle ne méritait pas cela, en termes d’efforts, de privations, voire de punitions. Elle contournera à plusieurs reprises le cadre de l’unité, comme de rentrer de permission avec un retard conséquent, et accepte avec difficulté qu’on la reprenne à ce sujet. La belle-mère de Cindy

appelle dans le service pour demander à être présente aux entretiens familiaux, et entend mal notre souhait de rencontrer dans un premier temps seulement les titulaires de l'autorité parentale.

Dans les entretiens ultérieurs, Cindy revient sur sa relation sentimentale avec Maxence, décrivant des situations de violence et d'emprise dans une interaction inégale. Elle explique qu'elle est tombée amoureuse de lui "tout de suite" et a rompu avec son ancien petit-ami qu'elle décrit comme gentil et patient, ce dont elle a profité en lui faisant "les pires crasses". Dans cette nouvelle relation, ce jeune homme pouvait lui faire faire ce qu'il voulait, notamment lui faire prendre des risques par des mises en danger, "des trucs complètement fous" comme des fugues, des alcoolisations massives, des actes de petite délinquance, ou encore la faire se couper entièrement de son réseau amical. Elle a également abandonné un stage de découverte à l'armée organisé pendant l'été pour aller le rejoindre à plusieurs kilomètres de là à sa demande. Se sentant en position d'insuffisance face à lui et "en retard", elle répondait sans s'opposer à ses demandes, et en est venue à lui mentir sur son âge, se grandissant de 2 ans. Lorsqu'il l'a appris, il l'a frappé, l'a insulté, lui a déchiré son sac, Cindy excusant et justifiant ce comportement par le fait qu'elle avait trahi sa confiance. Plusieurs ruptures se sont succédé dans leur relation, Maxence revenant toujours vers elle, et Cindy cédant systématiquement et sans condition. Elle fait spontanément le lien entre certains aspects de sa relation avec ce petit ami et celle qu'elle entretenait avec sa mère. Elle se demande pourquoi "plus on (la) maltraite et (la) rejette, plus (elle) pardonne et revien(t)". Elle réalise qu'elle alterne constamment entre deux opposés : bon ou mauvais, bourreau ou victime. Elle dit à ce moment que son véritable problème, c'est "(s)a relation aux autres". Elle se rend compte que depuis qu'elle a quitté sa mère, elle a toujours été en couple, elle n'a jamais été seule.

Elle évoque à la fin d'un entretien et non sans hésitation, la présence depuis quelques semaines de moments de déréalisation où elle a l'impression de se voir comme de l'extérieur, surtout lorsqu'elle se retrouve seule et dans un moment de vide, phénomène qu'elle décrit être à l'origine de l'épisode du miroir. L'image qu'elle perçoit d'elle-même est alors "triste". Il lui est arrivé d'entendre des conversations dans sa tête, des gens qui se parlent, sans que ces propos lui soient adressés ou ne signifient quoique ce soit de spécifique. Elle rapporte également la présence de pensées effrayantes certains soirs avant de s'endormir, représentant notamment un âne ou un dinosaure en train de la manger. Pour finir, elle fait part d'une phobie ancienne concernant la vision de poils ou de cheveux mouillés et elle raconte s'être trouvée une fois figée à la piscine, sans pouvoir traverser le couloir.

Au niveau familial, le génogramme révèle que la mère de Cindy a été très en conflit avec ses soeurs car était elle-même la préférée de sa propre mère. Cindy imagine que sa mère n'a pas supporté que Cindy revienne sur Nantes car elle pensait "la posséder", tout comme elle pensait aupara-

vant posséder le père de Cindy. La grand-mère maternelle de Cindy est d'origine russe, elle s'est mariée avec son grand-père alors qu'elle était déjà enceinte d'un autre homme à qui elle a caché la grossesse. Ses grands-parents avaient une propriété familiale à La Baule, Cindy explique que sa grand-mère insultait et moquait beaucoup le père de Cindy et sa famille car ils n'étaient pas du "même niveau social". Elle décrit cette grand-mère comme une femme manipulatrice, hypocrite et jalouse, qui n'aime pas Cindy et raconte partout "qu'(elle) (est) folle". Cindy décrit également de sombres histoires d'argent, d'héritage et de pouvoir entre les membres de la fratrie de sa mère, d'où se dégage une impression de méfiance ambiante. Par ailleurs, on retrouve une notion d'inceste dans une fratrie de cousins.

Cindy connaît très peu l'histoire ou les personnes de sa famille paternelle. Elle prend alors conscience du fait que d'avoir vécu avec sa mère a entraîné une rupture quasi-complète avec cette partie de la famille. Cindy amène le fait que depuis qu'elle est revenue chez son père, elle redécouvre une vie de famille stable, sécurisante et chaleureuse. Elle voudrait protéger son père, prendre soin de lui, le rendre fier. Le grand-frère de Cindy a traversé lui aussi des difficultés dont un abus sexuel extra-familial dans l'enfance qui aurait été étouffé par la mère de Cindy lorsqu'elle l'a appris. Dernièrement, ce jeune homme traverse des questionnements d'identité sexuelle à l'origine d'un syndrome dépressif.

Lors de la première permission en dehors de l'hôpital, Cindy appelle et revient plus tôt dans l'unité, la veille du jour où elle devait rentrer, car elle ne se sent pas bien. Elle explique avoir fait une crise d'angoisse en rentrant chez elle après avoir passé un moment avec des amis, se disant effrayée que "les choses redeviennent comme avant". Elle a pu passer un moment chez elle avec son père et sa belle-mère, mais elle est rassurée d'être revenue dans le service.

L'approche de la deuxième permission une semaine après est source d'une anticipation anxieuse, Cindy exprimant son sentiment de "routine" et "d'enfermement" lié à l'idée du retour chez elle. C'est le week-end de l'anniversaire de ses 18 ans. Elle livre alors plusieurs éléments qui lui pèsent, comme la tristesse intense qu'elle ressent chez son père depuis longtemps et face à laquelle elle se trouve démunie, et l'aspect insupportable de sa belle-mère "parfaite" qui effectue toutes les tâches domestiques à la place des enfants et s'en plaint par la suite. Elle craint également de passer son temps à penser à Maxence et de se faire du mal. Elle se trouve "triste et terne" et pense qu'elle a besoin de compenser le manque de relation avec sa mère auprès des autres. Au retour de permission qu'elle n'écourte pas cette fois-ci, Cindy est fatiguée, sombre et a le faciès très triste. Le week-end a été mouvementé, elle a passé la majorité de son temps à l'extérieur du domicile et a très peu vu sa famille. Elle nous fait part d'une soirée très alcoolisée qui a dégénéré, au cours de laquelle elle a été partie prenante dans une altercation physique avec des garçons plus âgés, avec violence verbale et

physique. Elle a jeté un verre à la tête d'un des garçons pour défendre une de ses amies, a écopé de claques au visage et de coups dans les membres inférieurs, a brisé le rétroviseur d'une voiture pour, selon elle, détourner l'attention de ses agresseurs. Ainsi blessées, Cindy et son amie se sont rendues à une autre soirée pour finir la nuit très alcoolisées. Cindy se demande ce qu'elle a été chercher à travers cet affrontement. Elle banalise et minimise la violence qu'elle a agie et subie, mais dit qu'elle a alors ressenti tellement de colère lors de la bagarre, qu'elle aurait pu "aller bien plus loin" si des amis ne l'avaient pas arrêté. Elle dit qu'au moins, elle a pu éviter de trop penser ce week-end. Suite à ce retour de permission qui marque la fin de son premier contrat de soin, elle en fixe un second de quelques jours également, comme s'il était difficile pour elle de se projeter sur une semaine entière. Elle construit des objectifs autour de la capacité à se retrouver seule, de la protection et de la pose de limites, tout en évoquant sa sensation de ne pas avancer et se demandant si elle souhaite vraiment que les choses changent ou non.

Quelques jours avant sa sortie d'hospitalisation, elle reçoit un message SMS de Maxence pour son anniversaire. Elle est d'abord très en colère contre lui "avec tout ce qu'il (lui) a fait subir", puis s'adoucit rapidement. Elle est alors vite obnubilée par lui et échafaude divers déroulements possibles de leur relation à l'avenir. Elle souhaite ne plus être prise "pour un objet" et croit au fait "qu'il peut changer si (elle) lui en laisse le temps". Certaines craintes émergent au même moment, comme la peur de redoubler à nouveau, de ne pas avoir son bac, etc... Elle explique qu'elle a "pris un an de retard, et c'est déjà beaucoup trop".

Cindy est anxieuse lors de la préparation des entretiens familiaux. Elle souhaite pouvoir rassurer son père qui "prend trop à coeur (s)es bêtises", c'est pourquoi elle lui ment régulièrement "pour le préserver". Cindy appréhende également beaucoup la rencontre avec sa mère, ayant peur qu'elle la juge et la déteste encore par rapport à son départ sur Nantes.

Lors du premier entretien avec le père de Cindy réalisé par la thérapeute familiale du service et sans Cindy, Monsieur incrimine largement son ex-femme dans le mal-être de sa fille, expliquant que Madame est dans le registre du "tout ou rien" et est passée d'un lien hyper-fusionnel avec Cindy à du rejet voire de l'indifférence. Monsieur pointe que la mère de Madame est dans un registre tout aussi dysfonctionnel dans ses liens aux autres. Monsieur rapporte l'exemple d'un album photo réalisé par la mère de Cindy et offert à cette dernière il y a plusieurs années, qui représente l'histoire de Madame à travers des photos avec sa fille uniquement, comme si elles étaient toutes deux indissociables, comme si elles ne faisaient qu'une, Cindy n'étant considérée que comme une extension de Madame sans existence propre. Monsieur pense que Cindy a du composer avec les messages paradoxaux de sa mère et la discontinuité des liens. Il reconnaît que lui-même n'a pas réagi,

mais qu'il a fini par ne plus supporter cette situation. Monsieur amène également que ce sont les rapports d'argent et d'hypocrisie qui prévalent au sein de la famille de son ex-femme, et se trouve en difficulté avec sa fille car elle ressemble beaucoup à sa mère, sentant constamment chez elle "l'empreinte de sa mère qui suinte". Monsieur entend qu'il est en difficulté pour clarifier sa position et contenir certaines choses. Il est notamment question d'un nouvel abus sexuel, cette fois-ci dans la fratrie de Cindy, perpétré par le grand demi-frère issu d'une première union de Madame et le grand frère de Cindy issu de la même union qu'elle, et qui n'a manifestement pas été acté.

Lors de la seconde rencontre avec Cindy et son père, Cindy pointe sans nuance les qualités de son père et se blâme d'avoir été "si méchante" avec lui lorsqu'elle était plus jeune. Monsieur se montre dans un positionnement très juste envers sa fille, renvoyant les difficultés relationnelles avec son ex-femme et émettant l'idée qu'il a pu être lui-même "activement passif". Ce discours semble laisser Cindy extrêmement perplexe.

Lors du premier entretien avec la mère de Cindy seule, Madame revient facilement sur les différentes étapes de la vie de la famille. Elle explique avoir vécu une relation très intense avec le père de Cindy, mais qu'elle l'a trouvé considérablement changé et "bizarre" à son retour d'un voyage en Inde. Elle a trouvé intolérable le jour où elle a appris que Monsieur avait une liaison avec une autre femme. La séparation a été extrêmement houleuse et explosive, certaines rancœurs semblant avoir été agies au travers des enfants, Madame rapportant que pour elle, il était "hors de question qu'(elle) (se) passe de ses enfants, même en garde alternée". C'est ainsi que les enfants ont été sommé de choisir entre leur père ou leur mère. Madame ne fait pas mystère d'avoir toujours eu une relation incroyablement fusionnelle avec sa seule et unique fille, elles deux ne "faisant qu'un". Madame admet qu'elle est une personne sans nuance, que "lorsqu'(elle) aime, c'est de façon absolue, mais lorsqu'(elle) prend (ses) distances, c'est aussi de façon très radicale". Toutefois, elle dit également que lorsque Cindy est repartie vivre à Nantes chez son père, c'est elle qui a "compris les choses de travers" et qui a pensé que sa mère la rejetait ou l'abandonnait. Madame explique qu'avec la départ de sa fille, elle a simplement eu envie de "vivre enfin (sa) vie de femme" et de se remarier. Madame a tendance ainsi à se montrer très projective et à faire assumer à Cindy des intentions et des réactions sans tenir compte de son statut d'enfant ou de son âge. Madame disqualifie à plusieurs reprises le père de Cindy tout en s'attachant à dire qu'elle a "définitivement tourné la page avec lui" et est en difficulté pour reconnaître les tourments psychiques dans lesquels Cindy se débat, perdue pour trouver sa place et la bonne distance entre son père et sa mère.

Le dernier entretien a lieu avec le père et la mère de Cindy, après beaucoup d'hésitation de Monsieur, qui s'est désisté après avoir accepté dans un premier temps pour finalement être présent au

dernier moment. Ayant été prévenus sur la nécessité que Cindy se retrouve face à des parents dans une relation de respect mutuel, Madame et Monsieur font des efforts dans ce sens, malgré quelques tentatives de discrédit réciproque et de remarques acerbes. Cindy a beaucoup de mal à s'exprimer avec clarté lors de cet entretien, et oriente la discussion vers son souhait d'avoir un appartement à elle et de vivre dans une atmosphère "qui ne soit plus chargée de tensions". Monsieur se montre inquiet pour la santé psychique de sa fille et Madame ne se positionne pas sur comment elle souhaite que les liens entre elle et sa fille évoluent à l'avenir.

Cindy appréhende la sortie de l'hôpital et le retour à sa "vie normale". Elle reprend les cours rapidement, mais continue à sortir tard le soir en semaine dans ce qu'elle appelle des "fuites", et se plaint de grosses difficultés de concentration avec retentissement sur les résultats scolaires. Elle accepte que je la revoie à distance de sa sortie avant la mise en place du relais vers un psychiatre libéral. Elle exprime alors la persistance de sentiments de déréalisation et de dissociation corporelle, reste angoissée, avec des idées noires et obsédantes autour de son ex-petit ami. Elle rapporte une nouvelle agression dans un bar où elle tentait de "défendre son frère", et fait part du fait que son entourage lui reproche son impulsivité et de "chercher la merde". Elle se rend chez sa mère pour la première fois depuis son arrivée sur Nantes.

Par la suite, Cindy m'apprend que sa mère, avec qui elle avait renouer de façon irrégulière mais plus apaisée à la sortie de l'hospitalisation, a à nouveau rompu avec sa fille, lui expliquant qu'elle avait "choisi le camp de son père" et tout en lui souhaitant "le meilleur pour la suite". Cindy s'est remise avec Maxence qui a déménagé à Paris, et a prévu de le rejoindre en organisant son départ avec l'argent d'une gourmette en or de sa mère qu'elle a vendue, et se trouvant dans l'obligation d'annuler sa passation de permis de conduire.

3- Analyse clinique de la situation de Morgane :

-

a)- Analyse syndromique et diagnostique :

Syndrome dépressif :

La présentation clinique de cette jeune fille doit faire évoquer la présence d'une dépression de l'adolescent. La dépression constitue une problématique centrale du processus d'adolescence avec lequel elle entretient des liens complexes. La dépression de l'adolescent est souvent atypique, ne

correspondant pas toujours aux signes cliniques habituels de l'épisode dépressif majeur classiquement décrit chez l'adulte, et ne doit pas être confondue avec la "crise d'adolescence". Elle présente une spécificité dans la mesure où le travail psychique de l'adolescence (deuil des objets oedipiens, intensification des pulsions agressives, remaniement des investissements narcissiques et objectaux, perte de la toute puissance infantile) amène le jeune à ressentir *des affects de nature dépressive*. Cela recouvre toute une gamme d'affects allant de la morosité en passant par l'ennui, la grisaille, le blues, la déprime, jusqu'aux idées noires. Ces affects fluctuants ne constituent pas nécessairement un état dépressif mais peuvent être un signal d'alarme. C'est cette "ambiance dépressive" qu'on appelle *dépressivité*. Le plus souvent ce qui va dominer est l'anxiété, la propension à l'agir, le repli avec des phases de prostration et/ou d'agressivité, des accès de violence ou de comportements rebelles, ou encore une agitation et une labilité émotionnelle avec des risques de passages à l'acte. La plupart des adolescents luttent plus contre la dépression qu'ils ne se dépriment. En s'isolant ou en multipliant les troubles des conduites ils tentent d'éviter de se confronter au deuil et à l'absence et mettent en place des mécanismes défensifs déjà cités comme le déni, le clivage, l'idéalisation, la projection, la maîtrise.

La dépression de l'adolescent se caractérise donc par la fréquence des manifestations anxieuses (attaques de panique, fébrilité, tension, agitation psychomotrice...), des signes fonctionnels ou somatiques (fatigue, troubles du sommeil, douleurs diverses...), des troubles du comportement (irritabilité, impulsivité, agressivité, conduites à risque et passages à l'acte, prises de toxiques...) et de la baisse ou chute des résultats scolaires (18).

Les symptômes présents s'observent depuis plusieurs mois avec un changement par rapport au fonctionnement antérieur où la tristesse et les idées noires prédominent désormais sur les manifestations comportementales, et on peut se demander si ces troubles du comportement n'étaient pas justement des signes de lutte contre des affects dépressifs déjà présents. Le début des phénomènes dépressifs semble ainsi difficile à préciser, le mal-être étant probablement présent depuis plusieurs années, déguisé sous des aspects variés. Selon le DSM-IV (19 et annexe 2), on retrouve quatre critères cliniques sur les cinq nécessaires au diagnostic :

-l'humeur dépressive avec les "idées noires et idées de mort extrêmement prégnantes", les pensées récurrentes de mort "qui représente(nt) une possibilité « d'être libre » et « de ne plus avoir de choix à faire »", le sentiment "d'être perdue, de ne plus avoir de repère", et le visage "triste et fermé" qu'elle présente aux entretiens initiaux

-les troubles du sommeil avec les difficultés d'endormissement qui sont amenées pendant l'hospitalisation et s'associent à des ruminations

-le sentiment d'indignité ou culpabilité excessive ou inappropriée est rejoint par les éléments d'« auto-dévalorisation farouche avec honte, culpabilité » qui accompagne le récit des mises en danger sexuelles

-la pensée récurrente de mort ou de suicide ou la tentative de suicide est présente, avec les antécédents de tentatives de suicide, les idées suicidaires qu'elle décrit "pour en finir", la crainte d'un passage à l'acte et les idées persistantes de mort

Nous ne retrouvons pas d'argument pour les autres critères, à savoir **l'anhédonie, le retentissement pondéral, le ralentissement psycho-moteur, l'asthénie ou les difficultés de concentration.**

Néanmoins, nous pouvons considérer en dehors des critères diagnostiques du DSM-IV qui - nous l'avons vu - sont assez peu adaptés à la symptomatologie adolescente, les éléments cliniques suivants plus spécifiques :

-la baisse des résultats scolaires depuis plus d'un an chez une élève habituellement de bon niveau avec un absentéisme scolaire croissant

-les difficultés de régulation des affects : impulsivité et agressivité

-les conduites agies et les troubles du comportement qui peuvent masquer les signes cardinaux de dépression : scarifications, bagarres, fugues, conduites d'opposition, prises de toxiques, etc...

L'ensemble de ces symptômes sont en faveur d'un syndrome dépressif de l'adolescent qui semble évoluer depuis au moins plusieurs mois, sur un registre d'abord majoritairement agi (opposition, bagarres, fugues, tentatives de suicide multiples, scarifications, mises en danger sexuelles) puis secondairement plus internalisé (idéations morbides et suicidaires de plus en plus importantes avec tristesse en parallèle de la diminution des passages à l'acte).

Addictions avec substances ou comportementales :

L'anamnèse des difficultés de Morgane fait également évoquer une symptomatologie addictive, tant toxique que comportementale, qui mérite d'être considérée. Trois types d'addiction avec substances sont suggérées ici : tabac, cannabis et alcool, et deux types d'addiction sans substance : les scarifications et les tentatives de suicide.

Malheureusement, la précision du récit clinique concernant cette problématique est insuffisante pour permettre de délimiter nettement les contours de la dynamique addictive à l'oeuvre chez Morgane. Néanmoins, on peut avancer le type d'usage de ces substances à partir des données disponibles et en s'appuyant sur les définitions du DSM-IV (19 et annexe 3), et essayer de définir plus précisément la place des éventuelles addictions comportementales à partir des critères de Goodman de l'addiction (20 et annexe 4) :

-tabac et cannabis : probable usage simple, sans complication ni conséquence, sous forme de consommations occasionnelles en contexte festif par effet d'entraînement avec le groupe de pairs

-alcool : usage nocif en dépit d'une consommation déclarée occasionnelle lors de soirées, car probable ingestion massive ayant été responsable d'un transfert aux urgences en coma éthylique à l'âge de 13 ans suite à une rupture sentimentale

-scarifications : pratique répétée à un moment de la vie de Morgane qu'elle explique comme le fait qu' « (elle s'est) dit un jour qu'au lieu de faire couler des larmes, (elle) ferai(t) couler du sang, et cela (la) soulageait, (l)'apaisait ». **Le critère de plaisir ou soulagement** au moment de l'action définit par Goodman est présent, mais il n'est pas possible d'anticiper plus avant sur la présence ou non d'une séquence comportementale addictive complète avec la tension interne préalable, la perte de contrôle, l'impossibilité à résister ou le retentissement sur le fonctionnement habituel de cette pratique.

-tentatives de suicide à répétition : il semble difficile d'affirmer la dimension addictive des tentatives de suicide chez Morgane qui apparaissent liées aux retrouvailles avec son père. On peut supposer que ces gestes ont entre autres une fonction économique de soulagement (déception, frustration) qui est activement recherchée par Morgane dans leur répétition, mais il n'y a pas suffisamment d'arguments présents dans la description clinique pour parler d'addiction comportementale.

Il est notable que la dimension addictive ici, même si elle n'est pas affirmée pour l'ensemble des conduites envisagées, concerne une association de plusieurs substances et de plusieurs comportements auto-agressifs, dans une pratique collective pour les substances, et solitaire pour les comportements. Elle suppose une mise en acte délibérée et répétitive à la recherche d'un effet auto-thérapeutique et anxiolytique d'affects désagréables provoqués par des situations somme toute similaires de déception affective et relationnelle : rencontres avec le père et ruptures amoureuses.

Trouble de personnalité borderline :

L'analyse diagnostique de cette vignette clinique permet de discuter la présence chez Morgane d'éléments de personnalité borderline, même si la structuration définitive d'un individu dans un type de personnalité ne peut pas être posée à cet âge-là, autorisant tout au plus à considérer des formes d'aménagements psychiques transitoires soumises à des évolutions ultérieures.

Partant de la définition de la personnalité borderline donnée par le DSM-IV (19 et annexe 5), nous retrouvons la présence de six critères cliniques chez Morgane, ce qui est suffisant pour poser le diagnostic :

-les efforts effrénés pour éviter un abandon réel ou imaginé sont perceptibles par “la peur effroyable qu’elle se souvient avoir ressenti lorsque ses parents ont refait leur vie chacun de leur côté, et lorsque ses demi-frères et soeur sont nés, avec l’impression imminente qu’elle allait être abandonnée”, et également dans les relations compliquées avec ses beaux-pères que Madame explique par le fait que “c’est comme « s’ils prenaient la place de Morgane et qu’elle ne supportait pas d’avoir moins d’attention »”

-le mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l’alternance entre les positions extrêmes d’idéalisation excessive et de dévalorisation est représenté par l’aptitude de Morgane à développer des “relations amicales (...) souvent instables, alternant des périodes de proximité étroite avec des périodes de rupture”, également par sa “relation amoureuse extrêmement investie avec un garçon depuis bientôt 4 ans, intense et fragile, émaillée d’oscillations et de coupures”, mais aussi par la question de son mal-être qu’elle rapporte “à son entrée au collège et au début de sa relation avec son petit-ami d’avec qui elle s’est séparée à de nombreuses reprises, et face à laquelle son état psychique s’avère extrêmement sensible à tout aléas, comme en témoigne son ivresse pathologique 1 an auparavant”, petit-ami avec qui elle va se séparer avant l’hospitalisation, disant qu’ « elle s’en fiche », montrant par là la labilité de l’investissement affectif, même si ce affiché manifeste n’est peut-être pas à prendre au mot

-l’impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet se retrouve dans les conduites toxicomaniaques impulsives avec le coma éthylique et les consommations épisodiques mais massives d’alcool, de cannabis et de tabac, mais également dans les conduites d’opposition à type de scarifications, et les fugues de l’école et du domicile du père et de la mère. L’impulsivité se retrouve par ailleurs dans les différentes bagarres et altercations avec d’autres jeunes filles de son école

-la répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d’automutilations est évidente par les antécédents de scarifications répétées, les multiples “tentatives de suicide ou équivalents suicidaires dont une tentative de strangulation au domicile, deux intoxications médicamenteuses volontaires, et une phlébotomie à l’école”, mais aussi par les mises en danger sexuelles que Morgane qualifie de moyens pour “(s)e détruire” et “voir jusqu’où (elle) pouvai(t) aller”, qui peuvent également entrer dans ce cadre-là

-l’instabilité affective due à une réactivité marquée de l’humeur se manifeste par les idées noires et idées de mort extrêmement prégnantes, un mal-être important et diffus, un état psychique extrêmement sensible aux aléas de l’existence, notamment ceux de nature affective comme les retrouvailles avec son père ou les ruptures amoureuses

-le sentiment de vide chronique émerge au début de l’hospitalisation lorsque Morgane exprime que “la séparation imposée par l’hospitalisation d’avec son copain” provoque “le fait qu’elle se sent « vide » sans lui.”

Nous ne retrouvons pas suffisamment d'éléments pour les critères de **perturbation de l'identité, de l'image ou de la notion de soi, de colères intenses et inappropriées ou de survenue transitoire d'idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs.**

b)- Analyse psychopathologique et familiale :

Les éléments psychopathologiques prédominants dans le cas clinique de Morgane sont la fréquence du recours à l'agir, la fragilité narcissique révélée par la dimension relationnelle lorsqu'elle se trouve dans une situation d'abandon, la question oedipienne, et la confusion des barrières interpersonnelles et inter-générationnelles à l'origine d'un défaut de protection majeur.

L'impression générale qui se dégage du récit clinique de la situation de Morgane est dominée par la violence agie imprégnant les transactions interpersonnelles notamment familiales, mais aussi la recherche de limites et de contenant, tant au niveau individuel que dans la relation mère-fille. La violence et l'importance des passages à l'acte et des mises en danger contrastent étrangement avec le contact et la présentation de Morgane, qui se montre adaptée dans la relation, avec un discours et une pensée très construits, imagés et des capacités d'élaboration indéniables qui feraient parfois presque oublier l'intensité de la souffrance sous-jacente. La gravité et la nature de celle-ci s'exprime ainsi principalement par les actes et les faits, laissant tout un champ de fonctionnement intact voir hyperadapté, mais probablement au prix d'un clivage interne coûteux.

Les conduites agies chez Morgane semblent pouvoir être séparées en deux types distincts. Le premier type concerne les passages à l'acte avant l'arrêt des contacts avec son père, et est caractérisé par un type d'actes largement auto-agressifs avec des mises en danger et des attaques de soi réelles (coma éthylique, scarifications, tentatives de suicide, mises en danger sexuelles, consommations de toxiques) ou symboliques (fugues). Ces actes possèdent des caractéristiques très précises et délimitées car surviennent systématiquement en réaction à une déception, une insatisfaction ou un rejet dans la relation de Morgane avec un personnage masculin : son père ou son petit ami dont elle se demande elle-même "si elle « ne recherch(ait) pas un père ou un grand frère à travers lui »". Morgane ne se trompe pas sur l'origine de ces mises en acte qu'elle qualifie "d'appels au secours". Le deuxième type de conduites agies concerne celles qui ont lieu après l'arrêt des contacts avec son père, et qui possèdent une dimension nettement plus hétéro-agressives avec une adresse plus fréquente à des personnages féminins, comme les bagarres avec d'autres jeunes filles de l'école, les transgressions et oppositions récurrentes des règles posées par sa mère à la maison et qui conduisent

à des disputes violentes, ou encore l'épisode au CSA où Morgane frappe le mur avec ses poings après un appel à sa mère. Les coordonnées de ce deuxième type d'actes semblent moins précises, ils infiltrent de façon diffuse le quotidien de Morgane et sont corrélés à l'apparition des idées noires et de mort auxquelles les "appels au secours" ont laissé place.

On peut faire l'hypothèse que les passages à l'acte adressés au père ont une dimension d'acting out au sens lacanien, c'est-à-dire de quelque chose qui serait montré à l'autre, une expression en acte qui appelle à être déchiffré par l'autre, dont le message pourrait être d'appeler ce père en tiers séparateur qui puisse poser une limite, une séparation à la relation teintée d'emprise entre Morgane et sa mère. C'est ainsi que l'on pourrait entendre cet énoncé "d'appels au secours", comme des balises de détresse lancées en pleine mer (mère) pour trouver un appui secourable, stable et différenciateur, qui permette de sortir de l'indifférenciation de la relation à sa mère qui n'autorise pas la séparation et l'autonomie imposées par l'adolescence.

Or, on peut également se demander si ce cas de figure ne recouvre pas une autre réalité psychique pour Morgane, peut-être moins oedipienne, qui serait de sa nécessité de vérifier si sa mère peut se poser en instance protectrice face à toutes ces mises en danger, qu'elle met en oeuvre ostensiblement chaque fois qu'elle a vu son père, l'appelant ainsi à s'interposer entre elle et lui. Au-delà de la possibilité d'un abus incestueux ou incestuel dont Morgane aurait pu être victime - ce qui est fortement évoqué par cette place qu'elle ménage à son père, par la présence des scarifications ou encore par sa position de proie sexuelle consentie avec les garçons de son collège - on voit l'importance pour elle de resituer sa mère dans une position secourable (le "secours" serait ainsi requis auprès d'elle), maternelle, contenante, c'est-à-dire de replacer sa mère à la génération parentale. Morgane ne s'oppose effectivement pas à la séparation imposée par sa mère entre elle et son père, ce qui confirmerait cette hypothèse, même si l'ambivalence de ses sentiments pour lui persiste, notamment par son désir mal démenti de le revoir, ou par le fait qu'elle connaisse par coeur son téléphone. Elle semble savoir qu'elle aura inconditionnellement besoin de lui, notamment dans la négociation de la séparation d'avec sa mère.

La dimension d'agir présente chez Morgane peut être considérée à différents niveaux. Premièrement, dans une perspective adolescente, le recours à la mise en acte comme expression privilégiée des conflits psychiques est favorisé par la montée pulsionnelle propre à l'adolescence qui fragilise l'équilibre entre les pulsions libidinales et agressives envahissant un corps en plein développement moteur et pubertaire, et les défenses encore précaires d'un appareil psychique qui peine à contenir ce bouillonnement. La mise en acte serait alors un moyen d'écoulement et d'équilibration des tensions psychiques. Dans la même perspective, on perçoit également l'avantage du recours à l'acte

comme lutte contre la passivité ressentie face à la survenue de la poussée pubertaire et des changements multiples qu'elle provoque qui, s'ils sont attendus et parfois désirés par l'enfant pré-pubère, constituent toujours une surprise, puis une menace voire une effraction pour l'intégrité du sujet. Morgane laisse transparaître cet insupportable des transformations corporelles qu'elle attribue à son père qui "n'aurait pas supporté (...) sa puberté et (...) son apparence de femme (...) qui aurait préféré qu'elle reste un enfant", mais qui pourrait tout autant s'appliquer à elle. Cette tentative pour reprendre la main sur ce qui est vécu comme subi émerge également dans son discours lorsqu'elle reconsidère son orientation scolaire "pour ne pas être l'esclave d'un patron" et fait le pendant de la dimension de passivité qui apparaît dans la relation à son père et dans les mises en danger sexuelles avec les garçons.

On peut également penser le passage à l'acte dans une dynamique plus brute et impulsive qui permettrait non le soulagement d'un excès de tension interne, mais la possibilité d'éviter toute intériorisation des conflits, de se protéger de la souffrance engendrée en marquant une rupture sur le chemin allant de l'affect à la représentation puis à la pensée d'après la réflexion de Xavier Pommereau (21). Or Morgane, dans ses actes, semble presque toujours avoir quelque chose à en dire, que ce soit à propos des scarifications : "(elle s'est) dit un jour qu'au lieu de faire couler des larmes, (elle) ferai(t) couler du sang", ou encore à propos des tentatives de suicide comme "appels au secours", témoignant par là d'une activité imaginaire et d'élaboration en marche, la situant alors dans un registre plutôt hystérique, rejoignant ainsi la dimension d'acting out plutôt que de passage à l'acte de ses agirs, et l'aspect de mise en scène théâtrale bien que macabre de la phlébotomie à l'école, non dépourvue d'une érotisation inconsciente. Cet épisode de phlébotomie met en exergue l'importance de la vue ou de l'objet regard chez Morgane, que l'on retrouve tout au long du récit ("pour que son père la regarde", "attirant le regard de tous", "sa façon d'attirer l'attention", "pour mettre un visage sur cet homme", "ce n'était pas si important que cela de revoir son père") qui souligne le double besoin de faire reconnaître et de rester maître de sa souffrance exprimée, par le jeu de "montré-caché" et de "présence-absence" qui se rapproche de ce que Xavier Pommereau a défini comme des conduites plus que comme des troubles du comportement car résultant d'une intentionnalité à l'origine d'une tentative de figuration, c'est-à-dire de rendre sensible à la vue. L'ensemble des conduites auto-agressives de Morgane semblent figurer cette représentation incarnée, concrète, délimitée et charnelle car impliquant son corps propre, d'un mal-être intérieur abstrait et impalpable (21). Ainsi, pour reprendre la réflexion de Philippe Jeammet et Maurice Corcos, la réalité interne de Morgane ne semble ni trop vide ni aux prises avec des angoisses trop archaïques qui justifieraient le recours aux stimulations externes comme dernier accrochage psychique (10). On perçoit un jeu subtil des identifications chez Morgane qui glissent et lui permettent une certaine souplesse de fonctionnement, laissant penser qu'elle ne se réduit pas entièrement à une place ou à un signifiant dans

lesquels on veut bien la mettre : la “pute” de son père ou “le garçon” de sa mère comme nous allons le voir.

Néanmoins, la violence des actes et l'importance des mises en danger inquiètent, évoquant l'échec de ces tentatives de mises en sens qui conduisent à une véritable dynamique d'auto-sabotage mettant en péril son insertion sociale et scolaire, comme en témoigne notamment après l'hospitalisation la persistance de conduites d'échec.

La dimension oedipienne est retrouvée tout au long du récit et présente des caractéristiques singulières. D'abord, Morgane amène le fait “qu'elle s'est souvent demandée si elle « ne recherch(ait) pas un père ou un grand frère à travers (son petit ami) »”, brandissant par là un désir pour l'objet paternel de façon beaucoup trop apparente et crue, sans refoulement ou autre mécanisme permettant d'atténuer les effets de ce fantasme mis à jour. On peut se demander si Morgane n'en appelle pas à une construction oedipienne prothétique et plaquée qui recouvrerait et permettrait d'étayer une problématique pré-génitale narcissique, ou si les dysfonctionnements des rôles et des places au sein de la famille avec l'hypothèse d'une problématique incestuelle n'ont pas effectivement conduit à un excès délétère d'excitation libidinale ayant empêché la mise en place des mécanismes de défense élaborés comme le refoulement, permettant le recouvrement et la contenance de la problématique oedipienne. Je rejoins par là l'hypothèse assez communément admise selon laquelle la mise à mal de la phase de latence par l'hyperexcitation notamment sexuelle des enfants et pré-adolescents ne permet pas un apaisement et une contenance suffisants de la violence pulsionnelle à l'oeuvre durant les stades pré-génitaux et oedipiens, empêchant le développement satisfaisant des défenses névrotiques et perturbant leur développement psycho-affectif avec la difficulté d'orienter et d'ouvrir leurs intérêts ainsi que de canaliser leur excitation interne.

La confusion intra-familiale des places semble confirmée par l'affirmation de Morgane que “ses difficultés remonte(nt) selon elle à ses 2 ans, lorsque son père « a fait une croix sur (elle), ne voulant plus qu'(elle) soi(t) (sa) fille, ne voulant plus s'occuper d'(elle) »” avec cette impression “lorsqu'elle parle de la séparation de ses parents, (...) que son père s'est séparé d'elle, et non de sa mère et de l'enfant qu'elle était”. La mère de Morgane de son côté ne fait pas exister son union avec le père de Morgane comme un couple génital qui aurait pu exister à un moment, ni d'ailleurs comme un couple parental, avec cette disqualification de Monsieur qui, “n'a(yant) pas eu de « vrai » père, (...) n'a pas pu en être un non plus”, ce qui place implicitement Madame dans le seul rôle parental valable envers sa fille. Ce postulat implicite devient de plus un paradoxe lorsque l'on apprend que ce n'est pas Madame qui est à l'origine du désir d'enfant, mais Monsieur : “Morgane a été d'abord désirée par son père qui voulait fortement un enfant, mais dès qu'elle est née, « il a fait une croix

dessus, il n'était plus disponible »". Ainsi, celui qui l'a désirée et qui a permis sa venue au monde, s'est détournée d'elle et l'a abandonné, ce qui est à l'origine, pour Morgane, de "ses difficultés", comme si ce désir de vie pour cet enfant n'avait pas pu être relayé par Madame, trop aux prises avec ses propres difficultés, et c'est peut-être ce désir de vie, adressé de façon affichée à son père, mais aussi peut-être indirectement à sa mère, que Morgane vient interroger par ses multiples tentatives de suicide, réactivant par là la question des origines dans cette période particulière de l'adolescence. Comme l'écrit Maurice Corcos, Morgane semble rester aliénée au désir qui a précédé sa conception car elle ne sait pas vraiment de quelle nature il est, ce qui empêche sa réappropriation subjective (11).

La relation à son père semble ne jamais avoir été satisfaisante pour Morgane, après l'abandon, succède une période où elle allait parfois chez lui "mais cela se passait mal car il était peu présent, ne partageait rien avec elle et passait son temps avec sa compagne". Elle ne parvient donc pas à recapter son attention, trop occupé qu'il est avec une autre femme qui elle, possède peut-être les attributs féminins suffisants pour attiser le désir de son père. Aucun lien de tendresse ne peut se tisser, laissant planer la question de ce qu'elle vaut pour lui en tant que fille. Or la venue de la puberté pourrait amener une solution - quoique très libidinale - de cette question avec l'apparition - attendue mais probablement redoutée également - des caractères sexuels secondaires et donc des attributs féminins capables de ressusciter le désir de son père. Or leurs relations se dégradent encore plus, sauf peut-être avec cet avantage qu'à l'apparente indifférence, succèdent disputes et conflits violents, témoins parfois d'un désir en négatif. Les signifiants violents assignés par son père de "pute" et de " salope" semblent interroger chez Morgane sa position d'objet et de sujet pour le désir de l'autre, question sur laquelle elle bute dans une répétition symptomatique dangereuse dont elle peine à trouver une issue. Qu'est-elle pour le désir de son père, celui à l'origine de son existence : un sujet ou un objet ? Sans amour évident de sa part, elle a du mal à exister en tant que sujet, et il ne lui reste plus qu'à se raccrocher en tant qu'objet à ce désir en négatif des disputes et des insultes, qu'elle dévoile par ses tentatives de suicide qui visent à circonscrire quelle perte elle pourrait créer chez son père et donc à quelle place elle est située : c'était "pour que (son) père (la) regarde". Elle s'identifie ainsi à ce qu'elle pense être pour lui, et c'est peut-être dans cette perspective qu'elle se comporte effectivement comme "une pute" avec les garçons du collège. En effet, la position de sujet n'est pas garantie pour un être humain, ce passage peut ne pas se faire car notre propre subjectivité n'est pas accrochée à nous de façon inconditionnelle, elle est toujours accolée à l'autre et passe par le désir de l'*Autre*. Les enfants testent le désir de l'autre, par exemple en imaginant leur propre disparition : quelle perte vont-ils créer chez leurs parents ? Cette place d'objet à laquelle Morgane paraît assignée ramène naturellement à nouveau la question du traumatisme sexuel et interroge pour elle ce que c'est que d'être une femme. Lors de la dernière tentative de suicide, la réplique particulière-

ment violente et rejetante de son père semble mettre Morgane face à une réalité inéluctable : il n'attend peut-être pas cela d'elle, et ce n'est pour l'instant pas de son côté à lui qu'elle va pouvoir traiter ces questions sexuelles et d'identité.

Du côté de sa mère, la place des hommes est également singulière. Madame a grandi sans père et laisse entendre qu'elle s'en est passée sans difficulté, car même si elle a cherché à "mettre un visage sur cet homme" lors de sa première grossesse, elle tente d'annuler la portée de cet événement, disant que "ce n'était pas si important que cela de revoir son père". Elle entend ainsi exclure son propre père du lien qui unit les générations, en le nommant "cet homme" et dessine à nouveau l'image d'une relation filiale uniquement basée sur sa propre mère, en écho à ce qu'elle affirme pour Morgane. Or, Morgane n'en est pas dupe, elle pressent la réelle importance que le fait de revoir son père a eu pour sa mère en évoquant le fameux "traumatisme (...) à 7 mois de grossesse", et elle n'entend pas, elle, se construire sans son père, ce dont témoigne l'intensité de ce qui se joue entre eux deux. Pour Madame aussi l'adolescence de sa fille est compliquée. En effet, Morgane semble être extrêmement investie par sa mère qui s'efforce de se présenter comme la seule figure parentale légitime, évoquant par là le "contrat narcissique" peut-être passé entre elles, pour reprendre l'expression de Maurice Corcos : Madame propose à sa fille un investissement exclusif à condition que celle-ci y reste aliénée. Les multiples références au regard, au fait de voir, à la pulsion scopique déjà pointées plus haut, font écho à ce que Maurice Corcos nous rappelle dans *Le corps insoumis* : "l'importance du regard dans la relation d'emprise, trace d'une séduction intense et omnipotente de la part de la mère à l'égard de l'enfant, assignant à celui-ci une passivité totale face à son désir" (22). Morgane remplit d'ailleurs à merveille sa part du contrat, en rendant les relations de sa mère avec les autres hommes qui suivront "compliquées" par "beaucoup d'agressivité". Madame ne s'y trompe d'ailleurs pas, réalisant que c'était "comme s'ils prenaient la place de Morgane et qu'elle ne supportait pas d'avoir moins d'attention". A partir de la question de l'investissement narcissique, on peut se demander dans quelle mesure Morgane n'essaie pas de s'arracher de l'indifférenciation d'avec l'objet maternel par la mise en place d'une triangulation oedipienne parfois un peu bancal mais qui lui ouvre une possibilité d'autonomie et de séparation. On a évoqué certains enjeux de cet ordre avec son père, mais on voit poindre également une forme d'Oedipe inversé avec sa mère. En effet, Morgane est en compétition avec les beaux-pères pour l'amour de sa mère, mais protège peut-être aussi sa mère des hommes, comme pourrait le faire un fils. L'utilisation des enfants comme bouclier revient également durant l'hospitalisation lorsque Madame vient accompagnée des enfants qu'elle garde à l'entretien fixé pour évoquer les abus sexuels de sa fille. Cette place de fils que Madame pourrait avoir désiré pour Morgane se traduit peut-être dans la création fantasmatique que Morgane révèle à propos d'un grand frère né et présent quelque part : je souhaiterais qu'existe ce grand frère comme seule figure masculine digne de protéger ma mère ainsi que

moi-même par voie de conséquence en me déchargeant de cette mission. Cette figure masculine idéalisée serait également la seule à ménager une autre place pour les femmes, en les protégeant au lieu de les abandonner, les rejeter ou les insulter. Cette notion de protection de la mère dont Morgane semble missionnée fait là aussi émerger la question d'un possible abus ou traumatisme d'ordre sexuel dont Madame elle-même aurait pu être victime. La position qu'elle adopte face aux mises en danger sexuelles graves de sa fille nous laisse aussi avec cette interrogation. On voit en tout cas cette dimension presque masculine de "combattante" dont Morgane fait preuve à travers les bagarres, l'agressivité et les transgressions, dans les relations à sa mère et aux personnages féminins plus généralement, qui m'a poussé plus haut à désigner ce rôle de "garçon" de sa mère.

La puberté de Morgane et l'accession à un corps de femme semble par ailleurs revêtir quelque chose d'insupportable pour sa mère qui est peut-être elle-même en mal avec sa propre féminité, mais qui implique également le renoncement de ce rôle de petit garçon protecteur de Morgane auprès d'elle. Le contrat narcissique est rompu, et Madame se désengage alors à son tour de son rôle parental. La transmission du féminin ne se fait pas et abouti à une rivalité teintée de rejet, la protection maternelle envers sa fille, qui était déjà en mal du fait de l'interversion des rôles, est complètement mise en défaut : Morgane est responsable de ce qui lui arrive dans le discours de sa mère, elle a choisi une identité sexuée de femme et c'est donc à elle d'assumer ce choix, de "s'habille(r) correctement" et "d'appre(ndre) à dire non". Par ailleurs, la pose de limites symboliques est difficile à faire pour Madame, et c'est par exemple Morgane qui est à l'origine de la première consultation pour parler de ses difficultés, amenant aussi par là sa mère en consultation. Madame doit être accompagnée résolument pour consentir à l'hospitalisation de sa fille et pour se décider à porter plainte avec sa fille pour les abus sexuels. Le discours de Madame envers sa fille ne tient pas compte de son âge, de son degré de maturation et de son statut d'enfant, dévoilant à nouveau les confusions de places et de hiérarchie familiales. Morgane semble ainsi prise dans une surenchère de mises en danger pour que sa mère réagisse, ce qui finit néanmoins par fonctionner en partie lorsque Madame impose l'arrêt des contacts avec son père, permettant une trêve relative par l'arrêt des tentatives de suicide. Madame se montre ainsi en difficulté avec son rôle maternel qui trouve symptôme chez sa fille car Morgane ne parvient pas à l'internaliser sous la forme habituelle du *prendre soin de soi*.

C'est à ce moment-là que Morgane se déprime avec l'apparition des idées noires et des idées de mort. Au-delà d'une vision d'économie psychique où les mises en acte permettraient de colmater et de recouvrir cette dimension dépressive, on peut se demander avec Maurice Corcos si Morgane n'est pas en proie à une dépressivité plutôt qu'à une dépression, dans le sens où la dépression serait liée à un deuil non réussi, alors que la dépressivité serait liée à l'impossibilité même du travail de

deuil, l'impossibilité de renoncer aux idéaux infantiles du fait de cette intrication narcissique aux objets primaires qui n'autorise pas une séparation sans risque de chute irrémédiable du sujet (11). C'est ici que surgit à nouveau l'angoisse d'abandon, que Morgane a pu expérimenter très tôt au départ de son père, mais également lorsque ses parents refont leur vie et lorsque ses petits frères et soeurs naissent. Si la différenciation du Moi avec les objets primaires est incomplète, une partie de ce Moi se clive et reste aliénée au narcissisme parental et en particulier maternel. L'autonomie et le développement de ce que Donald Woods Winnicott a nommé comme *la capacité d'être seul* (23) est problématique, car toute perspective de séparation fait craindre la désorganisation et l'effondrement avec l'arrachement d'une partie du sujet ; autrement dit la dépression essentielle ou anaclitique. Cette capacité d'être seul suppose en réalité l'intériorisation d'objets fantasmatiques ou imaginaires dans l'espace psychique du sujet qui lui permettent d'accéder à la permanence des objets réels, et qui peuvent être source d'auto-érotismes satisfaisants, conduisant à ce constat que le sujet, même en l'absence des objets d'investissement, n'est jamais vraiment seul. Les attaques de soi répétées apparaissent ici bien plus comme ce que développe Maurice Corcos dans *Le corps absent*, c'est-à-dire le retournement contre soi d'une agressivité dirigée avant tout vers un représentant de l'objet situé à l'intérieur du Moi en raison de l'indifférenciation, plutôt que comme une forme masochique de jouissance ; il s'agirait de se séparer "du membre malade en soi", expression empruntée à Jean Gillibert en 1977 pour s'affranchir de l'aliénation imaginaire à l'autre, entravant la construction identitaire (11). On peut alors interpréter l'accumulation des relations objectales sous forme d'interactions amicales et affectives "souvent instables, alternant des périodes de proximité étroite avec des périodes de rupture", ainsi que les consommations multiples de différents produits de façon massive, comme des tentatives de combler cette amputation annoncée par l'émergence du processus adolescent qui force à la séparation d'avec les objets parentaux. "La faim d'objets de ces sujets et la dépendance ressentie à leur égard sont dues au fait qu'ils sont recherchés en tant que substituts des fragments absents de la structure psychique " pour Heinz Kohut en 1971, cité par Maurice Corcos. Ainsi la dépendance dévoile la vulnérabilité du sujet : sa solitude fondamentale (11).

4- Analyse clinique de la situation de Vincent :

a)- Analyse syndromique et diagnostique :

Syndrome dépressif :

L'analyse clinique de la situation de Vincent laisse suspecter la présence d'un syndrome dépressif. Si l'on s'en tient aux critères diagnostiques de l'épisode dépressif majeur du DSM-IV (19 et annexe 2), l'installation des symptômes semble constituer une rupture par rapport à l'état antérieur - même si certaines difficultés étaient présentes depuis longtemps - et la séparation d'avec sa femme peut tenir lieu de facteur déclenchant. On retrouve dans la description clinique quatre symptômes présents sur les cinq nécessaires au diagnostic positif :

-l'humeur dépressive est rapportée par Vincent lui-même lorsqu'il dit se sentir "dépressif" depuis la séparation d'avec sa compagne, et apparaît également dans les ruminations maussades autour du fait que désormais "tous ses projets sont perdus" et qu'il doit "tout recommencer à zéro", ainsi que la "tristesse de l'humeur" et la tendance à "l'introspection pessimiste" à la sortie de l'hôpital

-les troubles du sommeil importants évoqués par le patient

-les pensées de mort ou tentative de suicide par le motif d'entrée à l'hôpital à savoir la tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire

-la fatigue ou perte d'énergie évoquée par le "manque de motivation" à la sortie de l'hôpital.

Par ailleurs, plusieurs autres arguments vont dans le sens de la présence d'un syndrome dépressif. En effet, Vincent avait engagé un suivi psychiatrique depuis quelques semaines qui avait abouti à la prescription d'un antidépresseur (agomélatine) et d'un anxiolytique (alprazolam). Il fait part également d'un repli social par le fait qu'il "s'est beaucoup trop renfermé ces dernières semaines", symptôme qui pourrait se rapprocher de **la perte d'intérêt ou de plaisir dans les activités quotidiennes**, cinquième symptôme du diagnostic.

La présence d'un antécédent suicidaire ayant conduit à une première hospitalisation en pédiatrie dans l'enfance et l'absence de critique du geste actuel lorsque Vincent s'exprime : "c'est con que je me sois loupé !", doivent également inciter à la prudence et ne pas négliger l'analyse syndromique notamment autour des éléments dépressifs.

Addictions avec substances ou comportementales :

Le tableau clinique présenté par Vincent met en évidence une dimension addictive indéniable tant au niveau de diverses substances que de comportements. A partir de la définition du DSM-IV (19 et annexe 3) et des critères d'addiction de Goodman (20 et annexe 4), on peut préciser la teneur des conduites addictives chez Sébastien :

-les automutilations : j'ai choisi d'utiliser ce terme plutôt que celui de scarifications au vu des particularités présentées ici. Effectivement, au-delà du fait que Vincent soit un garçon, ce qui interroge à un niveau psychopathologique sur le sens de ces conduites, ces automutilations se situent au

niveau du torse et des bras, sont larges et profondes, sous formes de lacérations plus que de coupures. On retrouve pour le DSM-IV trois symptômes suffisants pour le diagnostic : **un phénomène d'accoutumance** avec l'augmentation de la fréquence, de la durée et de l'intensité (profondeur) des mutilations pour obtenir un effet "de soulagement" similaire, **un temps consacré de plus en plus important** jusqu'à une pratique "quotidienne" de "plusieurs heures" et **une diminution des activités habituelles** en raison de l'importance de la place de la conduite, qui a conduit Vincent à "un isolement social important". On ne retrouve pas de tentatives de contrôle ou de résistance à la conduite, ni de trace d'une conscience douloureuse des conséquences qu'elle entraînait à l'époque. Au niveau des critères de Goodman, on retrouve - en plus des préoccupations fréquentes, du temps considérable employé et de la réduction des activités sociales déjà évoqués plus haut - une séquence comportementale bien décrite avec **la tension interne précédant le comportement** lorsque Vincent "laissait monter l'énervement, la colère, l'angoisse, la solitude et le sentiment d'être incompris, jusqu'à une acmé intolérable", une perte de contrôle avec la nécessité de "tailler profond" et un soulagement transitoire qui clôturait la pratique et qu'il rapporte en ces termes : "comme si j'étais lavé de mes émotions".

-les substances : on peut rapporter les consommations de substances psycho-actives (cocaïne et ecstasy) que Vincent qualifie à titre "d'essai" comme un usage simple dans un contexte festif avec entraînement par les pairs. L'alcool et le tabac sont consommés de façon régulière, parfois en quantité massive lors de soirées, et bien qu'ils ne soient pas encore à l'origine de conséquences néfastes, ils font partie de la catégorie des usages à risque et assurément de la dépendance pour le tabac. Le cannabis, bien que sevré, a été consommé de façon très importante sur une durée longue, sous forme de joints et de douilles - probablement à la recherche d'un effet "défonce" - et a été à l'origine de conséquences somatiques non négligeables qui ont motivé l'arrêt, ce qui laisse suspecter une consommation abusive, voire une probable dépendance.

-le sport : pratique intensive au lycée que Vincent justifie comme une aide pour se "réguler". Les informations cliniques sont ici insuffisantes pour aller plus avant dans la caractérisation de cette conduite, mais un mécanisme addictif est probable et confirmé par le lien spontané de substitution que Vincent fait entre l'arrêt du sport et le démarrage des substances addictives.

Les mécanismes addictifs apparaissent prépondérants chez Vincent. Ils sont caractérisés par leur ancienneté, leur dimension polyaddictive tant au niveau des substances que des comportements, leur caractère de consommation en groupe mais aussi solitaire, et l'aspect de substitution très claire entre les différentes conduites, où l'arrêt de l'une entraîne le relais par une autre. L'effet recherché semble avant tout anxiolytique au travers d'une quête inquiétante et sans répit, qui fait craindre l'escalade des pratiques, notamment lorsque Vincent explique qu'il se rend compte que l'effet de soulagement des automutilations n'est plus suffisant et qu'il se voit contraint d'utiliser "une méthode

plus radicale : la tentative de suicide”. Il semble par ailleurs exister la recherche d’un effet anesthésiant, avec l’apaisement lié au “lavage des émotions” et une marginalisation sociale associée.

Trouble de personnalité borderline :

Les éléments cliniques d’impulsivité et d’auto-agressivité présents ici amènent à discuter le diagnostic d’un trouble de personnalité borderline chez Vincent. A partir de la définition du DSM-IV (19 et annexe 5), on retrouve quatre critères sur les cinq nécessaires au diagnostic :

-impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet, fonctionnement que Vincent décrit lui-même par une intériorisation douloureuse entrecoupée de comportements impulsifs lorsque la tension interne monte “jusqu’à l’explosion” comme “une cocotte minute”, sous forme d’auto-mutilations et de consommation de substances compulsives, ou encore de fugues répétées lorsqu’il était plus jeune

-répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d’automutilations, qu’il avance comme moyen de soulagement et dont l’échec justifie le recours à “une méthode plus radicale” à savoir la tentative de suicide

-colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère, que l’on retrouve sur un mode alternant rétention des affects de colère et explosion sous la forme de la “rage noire” décrite par les parents lors de la dispute avec son père

-efforts effrénés pour éviter un abandon réel ou imaginé, à quoi l’on peut tenter de rattacher la persistance des “liens très proches” avec son ex-femme dans une relation d’étayage réciproque n’autorisant pas la séparation, et auprès de qui Vincent se ménage activement une place de confident et de soutien

Les symptômes de **perturbation de l’identité, d’épisodes dissociatifs transitoires et de sentiment de vide** ne sont pas retrouvés. De la même façon, une analyse plus détaillée de la mécanique relationnelle à l’oeuvre chez Vincent nous montre que ce sont les ruptures et les éloignements réels ou potentiels des personnes investies qui provoquent des symptômes et des mouvements dépressifs (scarifications lors d’une rupture affective et lors du départ de son meilleur ami, geste suicidaire lorsque son père pourrait refaire un infarctus, etc...), plutôt que l’hyper-réactivité affective qui serait responsable d’une instabilité relationnelle.

Ainsi on note chez Vincent la présence de plusieurs traits classiquement retrouvés dans les troubles de personnalité borderline, mais en nombre insuffisant pour poser ce diagnostic de façon catégorique.

Trouble de personnalité évitante (ou anxieuse) :

Certains éléments cliniques peuvent faire poser la question du diagnostic de trouble de personnalité évitante chez Vincent. Si l'on se réfère à la définition du DSM-IV (19 et annexe 6), on retrouve en effet :

-un évitement des activités sociales ou professionnelles qui impliquent des contacts importants avec autrui par crainte d'être désapprouvé avec la présence d'une agoraphobie dans les lieux publics et d'une difficulté à s'engager professionnellement du fait de sa "timidité"

-la crainte d'être critiqué ou rejeté dans les situations sociales que l'on retrouve sous la forme de l'importance pour Vincent de "paraître bien" et de "dissimuler sa faiblesse" par peur qu'on "le juge"

-la réserve dans les relations intimes par crainte d'être exposé à la honte et au ridicule avec les efforts inconsidérés que Vincent fait pour cacher son mal-être à ses parents de peur également "qu'ils le jugent", ainsi que la difficulté à partager sa souffrance avec ses amis dans une pudeur et une inhibition importante.

Certains traits de personnalité évitante sont donc indéniablement présents, même si nous retrouvons seulement trois critères pour les quatre nécessaires au diagnostic positif.

b)- Analyse psychopathologique et familiale :

A la lecture attentive de l'histoire clinique de Vincent, on s'aperçoit que le motif apparent de la tentative de suicide dans un contexte de séparation conjugale masque en fait une autre cause. Le geste suicidaire de Vincent semble en effet s'inscrire bien plus en réaction à la dispute avec son père qu'à son divorce, témoignant par là de l'importance de ce qui se joue - et depuis longtemps - dans les relations avec les objets parentaux, même si la rupture affective est un facteur de fragilité, probablement d'ailleurs parce qu'elle fait écho à ces difficultés anciennes.

La problématique oedipienne est constamment présente en toile de fond tout au long du récit. La description succincte du schéma familial par Vincent nous brosse d'emblée un tableau assez classique d'un père "absent" au "caractère autoritaire, taciturne, irritable, irascible", "ne livrant jamais aucun sentiment" où transparaît une certaine agressivité, et une mère "douce, patiente, soutenante, à l'écoute", envers qui les sentiments d'amour et d'admiration sont évidents et ré-affichés lors de l'entretien familial par les multiples compliments que Vincent adresse à sa mère. A travers la relation que Vincent entretient avec son père, ce dernier apparaît comme une figure écrasante, toute-puissante, qui semble *pleine*, c'est-à-dire ne pouvant reconnaître son manque, ne laissant pas voir

qu'elle peut être entamée par l'autre, on pourrait presque dire ; une figure ne dévoilant pas sa castration. Cette réalité surgit lors de la scène du déménagement qui précède le geste suicidaire de Vincent ; Vincent pointe une faille et une insuffisance physique chez son père en lui proposant de porter les cartons lourds à sa place, c'est-à-dire qu'il se pose comme celui qui *est capable* désormais, et à la place de son père, de s'occuper de cette tâche virile. Or, cela se révèle insupportable pour ce père qui ne se "ménag(e) pas", "malgré les injonctions de Vincent à ce qu'il le laisse s'occuper des tâches les plus dures", qui ne peut donc pas donner l'idée à son fils qu'il lui a légué les attributs phalliques pour rivaliser avec lui et un jour prendre le relais.

Cette situation entraîne alors une puissante culpabilité chez Vincent, car il s'est placé comme celui ayant les attributs et ayant voulu rivaliser avec son père, ce qui crée de plus un effet d'après-coup traumatique du fait des accidents cardiaques du père où Vincent culpabilise d'avoir pu souhaiter inconsciemment sa mort, d'avoir pu penser qu'enfin la place serait libre, d'autant qu'il était présent, à côté de lui, lors du dernier accident avec arrêt cardiaque qui ne peut pas manquer d'évoquer plus clairement la mort. On peut ainsi faire l'hypothèse que cette culpabilité est en partie à l'origine du geste suicidaire de Vincent, par retournement contre lui de l'agressivité initialement adressée à son père, mais aussi que le fait d'avoir été en quelque sorte rabaissé, renvoyé à son manque et à son insuffisance, touché dans sa puissance phallique, y a contribué également. Ce dernier point se retrouvera par ailleurs à d'autres endroits du récit. On voit ici que ces désirs et sentiments que l'on attribue à Vincent sont clairement du domaine du refoulé et ne pointent que de façon suggérée, détournée et déplacée à sa conscience, contrairement aux déclarations à peine voilées de Morgane dans ses mouvements affectifs envers son père. Or, depuis les accidents cardiaques, le père ne peut plus vraiment dénier sa faille dans la réalité - ce qui permet à Vincent de tenter infructueusement cette avancée - et on voit à quel point cette perte de puissance, cet aveu de faiblesse, est difficile à accepter pour Monsieur, qui aborde ces épisodes "d'un ton léger, comme si cela n'était rien" et qui "peut livrer que la perspective de la retraite et de l'inactivité est pour lui déjà le symbole d'un « pied dans la tombe »". La culpabilité de Vincent - que l'on pourrait énoncer comme la peur que ce soit le désir inconscient que son père meurt qui soit à l'origine des infarctus - se mêle probablement également à l'angoisse face au vacillement de l'appui paternel qui, pour être écrasant, n'en est pas moins un élément stable et rassurant. Derrière le fantasme parricide tel qu'il apparaît dans le mythe d'Oedipe, se cachent toujours en miroir les vœux infanticides que perçoit l'enfant à son égard de la part de ses parents. Comme le développe Delphine Bonnichon, pour le petit garçon, l'acte suicidaire pourrait ainsi condenser la punition redoutée qu'il retourne contre lui-même tout en épargnant l'objet paternel, et permettre ainsi de sortir de la contradiction insupportable entre se laisser écraser pour conserver l'idéalisation de l'objet paternel et le désir de le renverser au risque de perdre tout modèle identificatoire (24). Il faut ainsi un père sur lequel compter et qui civilise la

jouissance, mais aussi qui supporte la rivalité, qui reconnaît son fils en tant qu'homme et qui peut se laisser entamer, entacher par lui. C'est cela qui accorde une place possible dans la lignée.

Ces considérations permettent un éclairage plus évident du scénario suicidaire de Vincent à l'âge de 11 ans qui avait pensé à retourner contre lui la carabine de son père - objet puissamment phallique - après le sentiment d'avoir été "rabaissé" au collège par un professeur qui "n'aurait fait que l'enfoncer". On peut y voir ici une nouvelle mise en évidence de l'insuffisance de Vincent qui se sent "rabaissé", touché encore dans sa virilité à l'époque naissante, avec peut-être le retournement de la carabine comme figuration de la punition oedipienne, métaphore de l'écrasement paternel. Par ailleurs, on ne peut s'empêcher de repérer l'équivoque énoncée par Vincent lorsque son père rentre le soir et qu'il fallait "que rien ne dépasse", au risque de se frotter à la castration que son père laisse planer. La puissance paternelle est telle aux yeux de Vincent, que les conflits comme tentatives de se mesurer à lui sont soigneusement évités. Ainsi "rien ne se parl(e) en famille" et Vincent hérite d'un "évitement quasi-phobique" du conflit. Or Vincent n'est pas dupe du fait que considérer les sentiments et les affects comme des failles ou des faiblesses peut témoigner d'une grande vulnérabilité, ce qu'il laisse sous-entendre lorsqu'il parle de son père "dans sa carapace fissurée" : la carapace n'est qu'une apparence défensive qui vise à protéger un intérieur fragile.

Mais pour s'affilier à ce père qui ne lui laisse pas entrevoir de succession possible car garde pour lui toute la puissance et tous les attributs virils, Vincent doit intérioriser des éléments paternels qui ne mettent pas en péril de façon trop dangereuse leur relation, qui ne menacent pas la place du père de façon trop flagrante : il se rend compte "des traits de caractère en miroir" : l'introversion, l'impulsivité, la difficulté à livrer ses sentiments. En peine pour être reconnu par son père comme fils, garçon puis homme, Vincent met l'accent sur le "paraître bien", ne ménageant pas ses efforts pour "paraître fort", "montrer qu'il tient le coup" et "dissimuler (...) la faiblesse qu'on pourrait imaginer chez lui", c'est-à-dire sa propre insuffisance qu'il redoute faute de n'avoir jamais été validé dans sa valeur. Le besoin d'affiliation à son père se laisse voir à nouveau lors du génogramme face à l'investissement important de la lignée paternelle en contraste avec celui de la lignée maternelle, et l'accent mis sur "la transmissibilité des caractères" de générations en générations, portant plutôt sur des aspects négatifs comme les "dépressions" et les "difficultés psychiques", mais qui valent mieux que rien.

C'est à nouveau le "manque" chez Vincent que son ex-femme vient pointer dans leur séparation, mettant en avant son "manque d'amour" pour lui : le manque est ici pointé vers Vincent, c'est-à-dire chez lui, comme s'il n'était pas suffisant. Ce thème revient également autour de l'impossibilité pour eux d'avoir un enfant, impossibilité qui pourrait vite être assimilée à une sorte d'impuissance

de la part de Vincent, même si l'on ne connaît pas l'origine de cette infertilité, que Vincent prend d'ailleurs soin de ne pas venir interroger chez son ex-femme, de peur peut-être d'y découvrir encore une marque de son insuffisance.

L'importance de cette problématique oedipienne et de la difficulté pour Vincent à trouver sa place en tant que fils et donc en tant qu'homme, et qui contribue à cette impasse de construction identitaire, est confirmée par l'effet de soulagement apporté lors des entretiens familiaux, lorsque son père *s'abaisse* à exprimer ses sentiments, c'est-à-dire lorsqu'il peut livrer son manque et autoriser par là une place à son fils auprès de lui : c'est la chute de la toute-puissance paternelle fantasmée par Vincent. C'est dans cette perspective qu'il peut exprimer "pour la première fois" son sentiment d'un "défaut de communication" avec son père dont "il ne s'est jamais senti écouté" et dont il aurait souhaité lui entendre dire "qu'il l'aimait". Le manque, *le défaut* est pour une fois situé du côté paternel ; on passe de la description d'un despote : "absent (...), autoritaire, taciturne..." qui n'a de comptes à rendre à personne, à celle d'un homme qui est en difficulté pour s'arranger de l'autre : qui ne sait ni écouter, ni communiquer. On observe la même transformation de l'image paternelle lorsque Vincent interprète le regard de son père sur lui lors des compétitions sportives, qui passe d'une attente écrasante et impitoyable de réussite - seule possibilité de reconnaissance - à une tendresse paternelle qui valide et autorise l'existence de l'enfant de façon inconditionnelle, quelque soit le résultat sportif. La figure paternelle est tempérée, l'ambivalence des sentiments permet qu'elle devienne enfin humaine, avec possibilité d'identification et de filiation. On peut faire l'hypothèse que c'est cet événement déterminant qui a le plus permis à Vincent de recommencer "à envisager des projets pour la suite", à "concrétiser ses démarches", à ré-amorcer "sa construction personnelle et (...) son avancée dans la vie". Cela semble avoir permis d'ouvrir une voie de résolution oedipienne, ce que traduit la réactivation d'une "problématique adolescente gelée". Pour Delphine Bonnichon encore, la tentative de suicide peut dès lors apparaître comme le refus de l'adolescent de s'offrir comme solution à ses parents contre l'angoisse de mort en les confrontant directement à la proximité d'avec la mort : l'adolescent suicidant cherche à attirer l'attention et le regard bienveillant de son père, ce qui en passe par une reconnaissance de sa virilité venant l'étayer dans cette traversée adolescente, en mettant à l'épreuve sa capacité à faire avec la finitude (24). Même si la question de son manque et de son insuffisance persiste, elle se présente sous une forme plus souple et tolérable, comme la crainte exprimée plus tard qu'il ait à nouveau "déçu" son père lors de leur balade ensemble, avec cette idée de n'être toujours pas à la hauteur des attentes paternelles. On peut également en rapprocher la notion de "léthargie" et de "manque de motivation" à la sortie de l'hôpital, qui peuvent être vues comme une inhibition à vivre, une non-autorisation à profiter et jouir, du fait qu'il ne le mérite pas.

Derrière la problématique oedipienne, le recours au passage à l'acte et l'impulsivité dont Vincent fait preuve interroge sur la fragilité des mécanismes psychiques de filtre et de contenance des mouvements internes. A ce sujet, le rapport au corps et la façon dont Vincent l'utilise pour traiter un excédant d'excitation à travers des pratiques compulsives est notable : sport de compétition à l'adolescent qui "l'aid(e) à se réguler", les consommations toxiques qui s'installent à l'arrêt du sport, les scarifications à la recherche de "l'effet de soulagement", et la tentative de suicide. Comme chez Morgane et Cindy, le rapport que ces jeunes gens entretiennent à leur corps est singulier et fait écho aux circonstances sociales actuelles : il se veut le territoire exclusif de l'individu et le lieu d'expression - voire d'inscription - des conflits internes qui ne se jouent plus seulement dans l'espace intrapsychique.

Les déterminants de survenue des mises en acte sont presque tous similaires : elles apparaissent lors de difficultés relationnelles traversées par Vincent et servent à leur régulation ou modulation. Ainsi, les fugues du domicile parental dans l'enfance contrastent avec le fait que Vincent "n'était jamais dans l'opposition", et semblent être une modalité d'expression - d'agressivité, d'opposition ou de protestation - adressée aux parents et qui ne peut trouver une autre voie. De même, l'installation des scarifications fait suite "à une rupture sentimentale et au départ de son meilleur ami en outre-mer" et s'associent "à un isolement social important", comme si ces conduites lui permettaient de traiter le deuil et le sentiment d'abandon corrélés aux départs de sa compagne et de son ami : le détachement libidinal des objets perdus classiquement décrit dans *le travail de deuil* trouve à s'attacher aux conduites addictives plutôt qu'à laisser le sujet sans aucun autre objet à investir immédiatement, c'est-à-dire dans le vide. Dans la même perspective, Vincent explique la reprise des conduites de scarification lors de la séparation d'avec sa femme, où l'on voit à nouveau cette fonction de régulation des aménagements relationnels, et la recherche de "l'effet de soulagement" qui, ne venant pas cette fois-ci, justifie le "recours à une méthode plus radicale : sa tentative de suicide". Or l'on sait désormais que la prise médicamenteuse a servi avant tout à la gestion d'une autre situation relationnelle : celle de la dispute avec son père. Et l'on repère la même séquence interne d'intériorisation douloureuse des affects "jusqu'à l'explosion" qu'il retourne alors contre lui-même. En dernier lieu, Vincent rapporte avoir consommé des toxiques de façon importante une nouvelle fois en permission avec ses amis chez qui il est hébergé, et sans avoir plus détails sur le déroulement de la soirée, on voit ici une possible fonction de filtre et de modulation que les toxiques permettent d'obtenir lorsque l'individu est soumis à la relation à l'autre, avec ses attentes, ses jugements, sa différence... c'est-à-dire son altérité : la manipulation d'un produit permet l'illusion de maîtrise face aux situations que l'on ne contrôle pas ou face auxquelles on se sent démuni, passif.

Au-delà de la régulation des aléas relationnels, on repère dans certaines manifestations agies, l'attente d'une rupture, d'une coupure à l'endroit d'une situation difficilement supportable, permettant l'espoir d'un changement attendu de la part de Vincent lui-même ou des autres et comme tentative de survie psychique lorsque la menace d'envahissement par (dans) l'autre est à son comble ; c'est le cas des fugues dans l'enfance, de la tentative de suicide à la carabine, ou encore de la tentative de suicide actuelle par les médicaments : on rejoint cette définition de l'acting out et de l'adresse d'un message à l'autre, le désir que ces actes soient interprétés en face, car ils portent en eux une vérité différente de ce qu'ils montrent, ils se révèlent autres que ce qu'ils sont. Ils se répètent sans que Vincent n'en ait pleinement conscience, car le message n'atteint pas sa destination. On peut supposer qu'ils se rapprochent de la question oedipienne et de filiation en tant que garçon puis homme développée plus haut, car ils se jouent tous étroitement au sein de la dynamique familiale et semblent particulièrement adressés à son père.

D'autres conduites agies, en revanche, ne s'inscrivent pas dans cette perspective, ou du moins, ont perdu rapidement cette dimension de vouloir dire quelque chose, et se sont autonomisées du fait d'une certaine jouissance qui se suffit à elle-même, qui emprisonne Vincent dans ces comportements, et qui ne demandent rien à personne, qui excluent l'autre, évoluant en cercle fermé que l'on pourrait dire narcissique : c'est le cas des auto-mutilations, peut-être du sport de compétition à l'adolescence, même si l'objectif de satisfaction des attentes paternelles est évident dans l'installation de cette pratique, et probablement des consommations toxiques notamment cannabique qui ont persisté jusqu'à l'installation de conséquences somatiques préoccupantes. On retrouve à travers ces trois exemples la question du corps qui offre la possibilité de traiter un excédant de jouissance, qui ne trouve pas à se lier ou à s'inscrire autrement. Les auto-mutilations ont du revêtir un objectif initial de témoigner d'une souffrance et d'en inquiéter l'entourage notamment les parents - ce qui transparaît par les propos de Vincent dont l'inversion de l'agressivité envers ses parents se traduit par le fait qu'il espère "qu'ils n'ont pas culpabilisé" - et l'on peut discuter de la symbolique sexuelle de l'emplacement des cicatrices sur le torse et les bras, qui sont des lieux corporels de puissance virile, et qui résonnent avec la problématique oedipienne de Vincent. De plus, le choix de pratiquer ces conduites d'auto-agression traditionnellement réservées aux filles, traduit bien la difficulté d'insertion dans la lignée masculine. Néanmoins, l'intensité, la fréquence et la description par Vincent de ce qui s'y passe pour lui lors de ces pratiques, les font sortir de ce cadre initial et rejoignent cette dimension de jouissance mortifère avec derrière la question de la psychose qui donnerait alors une toute autre portée à cette question : par exemple celle de la tentative de castration dans la réalité de ce qui ne peut pas s'inscrire à un niveau symbolique, et qui se retrouverait également lors de la scène avec la carabine. Cette hypothèse forcerait à reconsidérer la problématique oedipienne en jeu sous une forme beaucoup moins établie qu'il n'y paraît au premier abord, avec une

butée réellement indépassable pour Vincent, et une organisation psychique en proie à la question de la castration, mais non structurée par elle.

La relation avec son ex-femme décrite par Vincent n'apparaît pas très génitalisée : on se sent plus en face d'un couple fondé sur l'étayage mutuel et le partage de difficultés communes plutôt que sur un couple génital, et c'est ce que son ex-compagne semble venir confirmer en évoquant son "manque d'amour" et son absence "de sentiment pour lui". C'est cet aspect précis qui semble au coeur de leur relation et qui persiste malgré leur séparation, ce qui interroge par là-même la nature réelle de leur séparation. Et c'est donc naturellement elle qui l'accompagne en hospitalisation, en demandant que l'on prenne "bien soin de lui". Vincent se place comme celui qui a recueilli sa compagne au départ du domicile parental, alors qu'elle avait elle-même "beaucoup de difficultés", qu'elle "sortait peu", était "assez fermé(e)", et sans qu'elle ait eu le temps "de construire sa vie de femme". Il tient auprès d'elle une position de soutien, de réassurance voire de réparation, et on peut y voir ici son souhait d'être indispensable à l'autre, de le compléter, de reformer une copule imaginaire en se plaçant là où l'on pense que l'autre l'attend, en étant ce qui manque à l'autre pour être complet : effectivement son ex-compagne "parlait très difficilement de ses émotions", mais "à lui, elle se confiait". Lui qui a tant de mal à se livrer et souhaite profondément "que les autres « devinent » ce qu'il pense au fond de lui", lui qui souffrait de cet isolement et de cette colère "contre le fait que personne ne voyait à quel point il allait mal", il adopte enfin cette position de confident qui lui donne l'illusion de sortir de la solitude : en effet, parler et se livrer, c'est aussi dire son manque. Ainsi, malgré la séparation conjugale, Vincent cherche à rester à cette place pour elle, il se montre même compréhensif et soutenant de cette décision de séparation car "il sera toujours là et prêt à l'écouter si elle a besoin de lui à l'avenir", ce rapport étant également entretenu de l'autre côté lorsqu'elle l'appelle "pour lui faire part de son mal-être", lui qui se montre "très touché qu'elle l'ait d'abord appelé lui avant tout autre" : les séparations amoureuses se surmontent mieux lorsque l'on est assuré que sa place auprès de l'autre perdure, car le pire, comme avec la mort, c'est que cela continue sans nous. Mais malgré ces tentatives pour préserver cette place qui le tient, le divorce a quand même ébranlé cette position phallique et là encore fait émerger une autre forme de castration, celle qui résulte de la prise de conscience que l'autre ne peut nous combler et que l'on ne peut combler l'autre entièrement. C'est pourquoi Vincent se sent "dépressif" depuis l'annonce de la séparation d'avec sa femme, et qu'il a "l'impression de « repartir à zéro »".

La rétention de la parole est telle qu'elle conduit à une modalité d'expression plutôt agie et dans une débâcle agressive qu'il tente de contrôler par des mécanismes obsessionnels d'inversion ou d'annulation. Mais le retournement de l'agressivité contre lui comprend une dimension très hétéro-agressive, tant au travers des scarifications et de la tentative de suicide qui visent à interpellier l'en-

tourage sur une souffrance “que personne ne voi(t)”, qu’au travers de ses paroles adressées au soignant que la prochaine fois, “il s’arrangera pour ne pas se louper”. L’apparence “calme, souriante”, la “banalisation des conséquences de l’acte”, le “contact très agréable”, le “ton léger” qu’il adopte pour “ne pas inquiéter ses proches”, l’absence d’agressivité et la sollicitude qu’il montre envers son ex-femme comme envers ses parents tentent de masquer justement cette agressivité qui s’exprime alors dans les actes et pourrait se traduire comme : pouvez-vous me comprendre et prendre soin de moi aussi bien que je le fais pour les autres et malgré mes tentatives pour vous rassurer ? Vincent semble vouloir nous amener à exprimer notre inquiétude pour lui, car il n’est pas en mesure de le faire. En effet, il a dû aller loin dans les mises en danger pour réussir à mobiliser ses proches, comme si la prise en compte par l’autre de ses difficultés n’allait pas de soi, comme si il était en peine pour s’inscrire en l’autre, pour se marquer dans l’autre. Sa mère, décrite comme “douce, patiente, soutenant, à l’écoute” apparaît finalement assez peu protectrice. Alors, sans considération de la part de l’autre, les vécus et les expériences ne se sédimentent pas, sont identiques au fait de « jouer un rôle », adoptent un air de *pas pour de vrai*, comme le trash des mangas. Les parents de Vincent paraissent ainsi en décalage par rapport à la situation de leur fils, n’ayant “que des souvenirs très flous” de la tentative de suicide à la carabine de Vincent à l’âge de 11 ans, et lorsqu’ils “ont paru étonné de voir que leur fils allait si mal” après avoir découvert la pratique de ses auto-mutilations, ou encore lorsqu’ils imaginent que Vincent “avait plutôt « accepté son divorce »”. Vincent marque alors physiquement dans son corps, par les cicatrices ou les conséquences somatiques morbides de ses agirs, ce qui ne trouve pas d’autre voie d’inscription : les cicatrices des lacérations ne laissent au moins aucun doute sur leur réalité, et sont gravées à vie dans la peau. Mais Vincent réussit cela tout en restant loyal à ses deux parents : dans l’intériorisation et taiseux comme son père, souriant et protecteur des autres comme sa mère, témoignant par là de la nécessité d’affirmer ses difficultés individuelles tout en restant inclus dans la lignée. On retrouve bien là une des problématiques adolescentes fondamentales, où il est nécessaire d’attaquer et de détruire en partie ses modèles identificatoires primordiaux pour les éprouver et permettre une construction identitaire propre, mais sans les anéantir absolument, sinon la ré-affiliation et la synthèse qui va permettre la constitution de la personnalité adulte sera impossible. On peut se demander ici dans quelle mesure les conduites agies et de dépendance chez Vincent permettent de contrôler et de contenir cette agressivité qui pourrait menacer d’anéantissement.

5- Analyse clinique de la situation de Cindy :

a)- Analyse syndromique et diagnostique :

Syndrome dépressif :

La description clinique de la situation de Cindy évoque la présence d'un syndrome dépressif. Au vu de son âge, il est important de considérer tant les symptômes classiques de l'épisode dépressif tel qu'il est décrit chez l'adulte, que les signes plus spécifiques de la dépression à l'adolescence. Si l'on se réfère à la définition de l'épisode dépressif majeur du DSM-IV (19 et annexe 2), on retrouve la présence de difficultés psychiques importantes depuis trois ans, marquant un changement par rapport au fonctionnement antérieur et dont le facteur déclenchant paraît être la séparation de Cindy d'avec sa mère. On retrouve six critères présents :

-l'humeur dépressive sous la forme du mal-être diffus que l'on perçoit chez Cindy, se manifestant pas des propos "sombres", avec "difficulté à se projeter" et "sentiment d'impasse", l'image "triste et terne" qu'elle a d'elle-même, et la persistance "d'idées noires" et "d'angoisses" à la sortie de l'hospitalisation

-le sentiment d'indignité ou de culpabilité excessive ou inappropriée, que l'on retrouve lorsqu'elle considère qu'elle "ne mériterait" pas l'accès au plaisir et à la satisfaction, mais plutôt les "privations" voire les "punitions", qu'elle accepte volontiers de la part de son petit ami, justifiant cela par son sentiment d'"insuffisance" et le fait fait qu'elle "avait trahi sa confiance"

-les deux critères de troubles du sommeil et de l'appétit sont également présents

-les difficultés de concentration, que l'on retrouve lors du redoublement de sa Seconde à cause de "difficultés de concentration et de comportement", et également à la sortie de l'hôpital et qui sont responsables d'un "retentissement sur les résultats scolaires"

-les pensées récurrentes de mort ou de suicide ou les tentatives de suicide, symptôme présent en filigrane depuis la "déception quasi-amoureuse avec une jeune fille de sa classe" suite à laquelle "Cindy a commencé penser au suicide". On retrouve ainsi deux tentatives de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire avec prise d'alcool restées secrètes jusque là, et la recrudescence d'idées suicidaires avant l'hospitalisation.

On retrouve par ailleurs d'autres signes plus typiques de la dépression de l'adolescent, comme **la rupture brutale dans les résultats scolaires** à l'occasion du redoublement, mais également présente dans les suites de l'hospitalisation, ou encore **les troubles du comportement** avec impulsivité, agressivité, prises de risque multiples et passages à l'acte, tant au niveau des fugues, des consommations massives de toxiques, des transgressions, des bagarres, que des gestes auto-agressifs avec les tentatives de suicide et le choc frontal de son visage contre le miroir.

L'ensemble de ces éléments incite à conclure à la présence d'une symptomatologie dépressive importante chez Cindy à partir de symptômes dépressifs caractéristiques mais également d'autres troubles plus adolescents que l'on pourrait qualifier de signes de lutte contre l'effondrement.

Addictions avec substances ou comportementales :

La consommation de toxiques comme la présence de certains comportements chez Cindy interrogent sur la possibilité d'une dimension addictive sous-jacente. En s'appuyant sur les définitions du DSM-IV (19 et annexe 3) et des critères de Goodman (20 et annexe 4) pour caractériser le type d'usage et essayer de circonscrire plus précisément ces conduites, on retrouve :

-alcool et cannabis : consommations ponctuelles mais massives sous forme de "binge", qui entrent clairement dans la catégories des usages nocifs au vu des mises en danger et des conséquences néfastes induites, notamment par les deux intoxications médicamenteuses volontaires, les actes de "petite délinquance" et l'altercation physique en état d'alcoolisation aiguë.

-conduites à risque : multiples et de natures variées, elles se retrouvent ici dans les fugues, les transgressions des règles parentales, les "actes de petite délinquances", les tentatives de suicide et les bagarres. On retrouve **une impossibilité à résister à ces comportements** lorsque Cindy anticipe anxieusement les permissions de peur que "les choses redeviennent comme avant", **une perte de contrôle** par la difficulté à arrêter l'escalade des conduites qui deviennent "des trucs complètement fous", **la poursuite malgré la connaissance des conséquences négatives** amenant Cindy à se demander "si elle souhaite que les choses changent ou non", **une réduction des activités scolaires et familiales** lorsque Cindy passe son temps à l'extérieur de la maison et continue les soirées "fuites" en semaine avec la baisse des résultats scolaires

La symptomatologie addictive à l'oeuvre ici fait ressortir l'association de plusieurs toxiques et de plusieurs conduites. Ces consommations et ces comportements semblent servir à traiter les tensions internes insupportables - ce que Cindy avance en disant qu'elle a ressenti "tellement de colère qu'elle aurait pu aller « bien plus loin »" - et à éviter "de trop penser". Il existe également une forte dimension relationnelle pour un certain nombre de conduites qui sont réalisées sur ordre de son petit-ami, face à qui Cindy semble dans l'impossibilité de résister, mais qui laisse supposer également qu'elle en tire une certaine satisfaction.

On ne peut s'empêcher de faire un rapprochement entre la manière dont Cindy a recours aux toxiques et aux comportements à risque, et le mode de relation affective qu'elle tisse avec les autres, sur le mode d'un investissement massif soudain mais discontinu.

Trouble de personnalité borderline :

Les perturbations importantes des relations interpersonnelles et de l'image de soi observées chez Cindy évoquent la présence d'un trouble de la personnalité borderline, même si la pertinence d'un diagnostic de trouble de la personnalité à cet âge doit être mise en cause, en raison de la forte variabilité des symptômes au cours du temps qui orientent plutôt vers la présence de registres de fonctionnement ou d'organisations de la personnalité qui ne sont pas fixés et ne ferment pas la voie aux différentes évolutions possibles. En se référant aux critères diagnostiques tels qu'ils sont rapportés dans le DSM-IV (19 et annexe 5), on retrouve :

-les efforts effrénés pour éviter un abandon réel ou imaginé, que l'on devine à travers le "vécu d'abandon insupportable" que Cindy ressent vis-à-vis de l'attitude de sa mère envers elle et qui est ravivé lors de "la déception quasi-amoureuse" avec son amie de classe qui l'a "laissée tomber" en "rompant" avec elle, et lors de la rupture d'avec son petit-ami, et qui provoque la survenue de divers symptômes. Par ailleurs, l'emprise relationnelle dans laquelle Cindy se place volontiers avec son petit ami et la soumission à ses diverses demandes, même les "trucs complètement fous" - que l'on peut imaginer dans la perspective de lui plaire ou de ne pas le décevoir - entrent dans ce cadre, de même que l'impossibilité pour Cindy de se refuser à lui lorsqu'il revient vers elle après une période de séparation provoquée par la violence de leurs conflits

-le mode de relation interpersonnelles instables et intenses avec alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation et de dévalorisation, que Cindy tisse à plusieurs reprises de façon symptomatique. Le mode relationnel avec sa mère, tout d'abord, est clairement établi sur ce schéma, "selon des modalités autant fusionnelles, qu'intrusives et rejetantes", dans une "dyade exclusive" avec alternance entre emprise et collage d'une part, et ruptures brutales et abandonniques avec dénigrement d'autre part. Ces modalités relationnelles se retrouvent également avec sa camarade de classe dans une "relation très intense et envahissante", "trop passionnelle" au point qu'elle s'est terminée par une "rupture" avec une "déception quasi-amoureuse". Enfin, on retrouve à nouveau ce schéma avec son petit-ami Maxence, dans une relation sentimentale aux "fluctuations chaotiques", "destructrice, émaillée de violences (...), de ruptures et de retrouvailles tout aussi intenses dans l'affection que dans le rejet". Le retournement incroyablement rapide entre "la colère" qu'elle ressent contre lui lorsqu'il reprend contact avec elle puis l'obnubilation et l'obsession de le revoir, est un exemple typique. Par ailleurs, Cindy est consciente d'alterner "constamment entre deux opposés : bon ou mauvais, bourreau ou victime", notamment dans "(s)a relation aux autres"

-l'impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet se retrouve dans "les conduites de mises en danger de plus en plus importantes et les gestes auto-agressifs", son sentiment d'être devenue dernièrement "impulsive", avec les "consommations ponctuelles mais souvent massives d'alcool et de cannabis", les fugues, les actes de petites de délin-

quance, l'abandon soudain de ses projets comme le stage à l'armée pour aller rejoindre son petit-ami et la passation du permis de conduire après l'hospitalisation, ou encore les bagarres qui éclatent dans les soirées alcoolisées dans une violence qu'elle agit de façon non maîtrisée

-la répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires ou d'automutilations, qui sont récurrents à travers la présence d'au moins deux intoxications médicamenteuses volontaires, de mises en danger délibérées par les fugues, les prises de toxiques et les bagarres ou encore de pensées de "suicide". Le choc brutal intentionnel de son visage contre le miroir avec la blessure qui en a résulté peut entrer dans ce cadre également.

-l'instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur apparaît sous la forme de "fluctuations dysphoriques de l'humeur", de "troubles du sommeil et de l'appétit", de "l'effondrement dépressif" et des "résonances dépressives" au gré des aléas affectifs avec son amie et son petit-ami, participant à l'installation de relations chaotiques et instables

-les colères intenses et inappropriées se retrouvant dans les "crises de larmes et de hurlements comme une folle", dans les bagarres où elle pourrait aller "bien plus loin" si personne ne l'arrêtait ou encore dans les moments où elle définit son attitude comme "insolente, méchante, impulsive"

-les perturbations de l'identité apparaissent par ses difficultés à "se retrouver", sa sensation de parfois "devenir folle", de ne plus se contrôler, de ne plus supporter de se trouver seule, le sentiment qu'il y a "deux Cindy en elle, une "gentille et hypersensible", et l'autre "arrogante, distante et méchante", mais aussi l'image qu'elle a d'elle-même "comme de l'extérieur" qui semble "triste"

-la survenue transitoire de symptômes dissociatifs, sous forme de "moments de déréalisation majeurs" où "elle a l'impression de se voir comme de l'extérieur, surtout lorsqu'elle se retrouve seule et dans un moment de vide", avec notamment l'épisode du miroir avant l'hospitalisation au cours duquel "elle s'est retrouvée seule face à elle-même" et "s'est frappé violemment le front sur le miroir en le brisant", expliquant ne pas avoir supporté de se retrouver "confrontée à (elle)-même"

-le sentiment chronique de vide apparaît par la nécessité d'un recours à l'acte pour éviter de penser et d'être confrontée à une intériorité douloureuse, et aussi par le caractère insupportable "de se retrouver seule" qui est associé à "un moment de vide"

On voit ici que la symptomatologie de Cindy remplit de façon catégorique l'ensemble des critères du trouble de la personnalité borderline.

b)- Analyse psychopathologique et familiale :

Un des premiers éléments marquants qui se dégage de la situation clinique de Cindy est le fait qu'elle présente par moments ce sentiment d'être étrangère à elle-même, de se diviser au sens litté-

ral, de ne pouvoir entièrement répondre de son être, contrairement à Morgane et Vincent qui, même dans leurs conduites les plus extraordinaires, s'y reconnaissent et ont quelque chose à en dire. Elle n'est parfois plus sujet, au sens d'être présente à elle-même, ce qu'elle repère par ce sentiment de "devenir folle". On est également frappé par la répétition de la problématique relationnelle avec en toile de fond l'ombre maternelle, ainsi que la place accordée aux passages à l'acte comme fonction anti-pensée. L'ensemble de l'espace psychique de Cindy semble occupé par cette dimension relationnelle dans un magma indifférencié et infiltrant, sans compartiments pour un jeu entre différentes topiques.

La place que se ménage Cindy dans sa relation aux autres est à l'image du clivage général à l'oeuvre chez elle, et est donc de deux ordres : soit elle est dans une position d'objet passif cherchant à tout prix à satisfaire l'autre en face, soit elle est dans une position subjective maltraitante et rejetante envers l'autre. Ces deux positions sont identifiées par elle-même sous la forme des "deux Cindy" en elle, une "gentille et hypersensible", et l'autre "arrogante, distante et méchante", et font écho à la relation qu'elle entretient à sa mère et qui s'organise autour de deux pôles, d'un côté Cindy en place d'objet précieux, teinté de brillant phallique, le "bijou de sa mère", soumis à l'aliénation maternelle, qui de l'autre côté, se trouve en position d'emprise toute-puissante et impitoyable. La présence au sein de Cindy elle-même de ces deux positions révèle d'emblée l'indifférenciation qui règne : elle et sa mère n'apparaissent comme êtres séparés et distincts seulement dans l'imaginaire, car dans la réalité de leur espace psychique, on peut se demander à quel point elles ne forment qu'une seule et même personne.

C'est pourquoi les symptômes dépressifs décrits par Cindy depuis "la rupture quasi-totale des contacts avec sa mère" il y a 3 ans illustrent ici la problématique de l'objet de la perte telle qu'elle est définie par Freud dans *Deuil et mélancolie* : « elle sait qui elle a perdu, mais non ce qu'elle a perdu en cette personne » (25). Cette conjoncture est rendue possible par le fait que la relation à sa mère est loin d'une relation objectale classique avec l'investissement par le sujet d'une part de libido sur un objet ; nous sommes plutôt en face d'une identification soit narcissique avec indifférenciation entre sujet et objet, qui implique que la perte de cet objet s'accompagne nécessairement d'une perte d'une partie du Moi, soit mélancolique, avec une identification à un objet mort, détruit et donc mal identifié, comme l'a décrit Nathalie de Kernier selon la définition de Catherine Chabert : "Au contraire de l'identification hystérique impliquant le deuil de l'objet du désir de l'autre et témoignant de la solidité du lien à cet objet, l'identification narcissique implique un retrait de l'investissement objectal suivant une filière « anti-objectale », selon la distinction opérée par Freud en 1915. La perte qui la mobilise est beaucoup plus difficilement acceptée par le sujet et est vécue comme une lacune, qui absorbe des quantités plus ou moins importantes d'énergie pulsion-

nelle” (26). Pour Maurice Corcos, la dépression revêtirait alors un aspect psychotique au sens de Donald Woods Winnicott (1954), c’est-à-dire “l’association d’une perte de l’objet et d’une perte d’une partie du sujet que l’objet entraîne avec lui” (22). L’identification narcissique est révélée à travers les caractéristiques singulières des attitudes et interactions de Cindy et de sa mère l’une envers l’autre. En effet, à la séparation des parents, “Cindy a été la seule de la fratrie à suivre sa mère” après qu’elle l’eut sommé de “choisir son camp”, et dans une “relation fusionnelle (...) où régnaient emprise et chantage affectif”, avec une exclusivité impitoyable qui excluait le père de Cindy par “un espacement extrême des contacts” avec lui et une “rupture quasi-complète d’avec cette partie de la famille”. Cindy décrit “une atmosphère étouffante et en huis-clos dans cette dyade exclusive avec sa mère” où l’on perçoit les dimensions de séduction, de mandat implicite et d’emprise. Cindy est “la préférée de sa mère” parmi la fratrie - propos que Madame affirme haut et fort et qui sont source de “culpabilité et de gêne” de la part de Cindy à l’égard de ses frères, mais aussi d’une satisfaction extrême à laquelle la “culpabilité” se rattache ; elle a ainsi toujours été “très gâtée” par sa mère, pouvant “obtenir tout ce qu’elle voulait”, sans “jamais (...) de limites”. Ici, le mot “gâtée” est à entendre dans les deux sens du terme : *comblée*, *choyée*, mais aussi *abîmée*, *dénaturée*. De la même façon, l’expression “sans limite” est à entendre au sens propre comme au sens figuré : il n’y a pas de limite à la jouissance de Cindy, car elle satisfait celle de sa mère également dans un effet de miroir qui n’autorise pas la différenciation, c’est dans cet aspect que l’on trouve la séduction, *l’envoûtement*. Cindy perçoit que sa mère était “trop proche” et que l’ordre naturel des générations et de la filiation était aboli, créant une relation “comme entre copines” avec l’esquisse du double narcissique, ce que la grand-mère maternelle de Cindy confirme, expliquant que “sa mère a beaucoup trop investi” Cindy, “avec un excès d’affection et d’intérêt dans une relation très étroite ne laissant plus de place au père”. C’est là le prix à payer pour cette place de “bijou de sa mère” accordée à Cindy ; l’exclusivité par l’anéantissement de tout autre lien identitaire. Cindy se doit d’être loyale et fidèle aux préceptes maternels, c’est ainsi qu’elle “a collé au discours de sa mère avec disqualification et dévalorisation de son père”, et l’on repère à nouveau l’ambiguïté du terme “collé”, avec la notion d’*adhérence*, d’*être contre*, mais donc aussi sans jeu, sans articulation, sans espace possible. Cette organisation relationnelle ne semble effectivement pouvoir tenir que grâce à un fonctionnement quasi-paranoïaque où le père de Cindy prend la place de l’objet mauvais et dangereux à abattre et à disqualifier, dont il faut dénoncer les méfaits, notamment son infidélité qui fait l’objet d’une sorte de procès avec des pièces à conviction que sont les lettres qui “accusaient” son père. Il n’entre pas dans l’idéologie qui semble partagé par l’ensemble de la famille maternelle (dont on ne connaît finalement que deux figures : la mère et la grand-mère), c’est pourquoi il en est violemment exclu et rejeté, mais doit en même temps persister comme légende fondatrice de cette organisation, par le serinage régulier des “reproches perpétuels à l’égard (...) de son père”, du “discours constamment tourné autour du divorce des parents”, qui prennent l’allure “d’horreurs dites

sur (s)on père”, avec même l’intervention des forces occultes sur son père dont tout serait “de (s)a faute” car il aurait “flirté avec le Dalaï-Lama”. La dévotion de Cindy à ce système doit être absolue, et le moindre manque d’allégeance est un outrage qui se paye cher : sa mère “menaçait toujours de s’en aller si elle voulait reprendre contact avec son père”, et lors de la décision de Cindy de revenir chez son père, elle “s’est sentie “prise en otage” par sa mère qui l’a complètement rejetée, la laissant par exemple dehors une nuit entière à 14 ans, avec ses valises faites et déposées sur le perron, après lui avoir dit qu’elle “n’était plus (s)a fille”, ainsi ce choix “a provoqué une rupture douloureuse d’avec sa mère qui lui aurait dit qu’elle « ne serai(t) plus (s)a fille, qu’(elle) n’existerai(t) plus pour (elle), qu’(elle) ne serai(t) plus rien »”. Cindy ne peut garder cette place auprès de sa mère qu’à condition d’y rester aliénée.

Cindy bascule alors pour sa mère du côté *ennemi*, c’est-à-dire du côté de son père, du fait de sa trahison, c’est pourquoi depuis son retour chez lui “elles ne se sont effectivement plus vues, la mère de Cindy n’appelle plus, semble avoir « lâché prise », c’est toujours Cindy qui est à l’origine d’appels en général froids et distants, laissant place à un vécu d’abandon insupportable”. Cindy devient elle aussi une figure à écarter et à disqualifier, elle “livre (donc) son appréhension que sa mère puisse (...) raconter à toute la famille que Cindy est « folle » parce qu’elle est « internée à St Jacques »”. En même temps, on peut se demander dans quelle mesure Cindy porte depuis toujours aux yeux de sa mère la marque du péché originel d’être également *la fille de son père*, ce qui expliquerait les tentatives radicales de Madame d’exclure son père. Depuis le début, elle n’est peut-être pas seulement l’objet précieux de sa mère, mais également son pendant inverse, son négatif, c’est-à-dire le déchet, le débris, le résidu abject. Cindy paye un lourd tribut pour sortir de l’emprise maternelle et doit s’en protéger par un revirement complet de l’image de sa mère, qui devient “une femme “qui possède les gens”, “vicieuse”, “manipulatrice” et “perverse” à qui “elle refuse de (...) ressembler”. La modalité de transaction psychotique qui est à l’oeuvre dans la relations entre Cindy et sa mère peut être définie selon les propos de Maurice Corcos dans *Le corps insoumis* à propos de la liaison à l’objet partiel maternel qui, si elle est trop étroite, devient désagrégeante : “si je vis en étroite liaison avec ma mère, nous nous détruirons mutuellement, mais si je la perd, je n’existe plus. Donc si je possède un objet imaginaire qui est comme mon père, que j’aime ou qui m’aime, je ne suis plus vide et je ne risque pas d’être détruite par ma mère, ou de la détruire” (22). La question de la folie maternelle se pose à travers ce qui semble une nécessité pour elle de “posséder”, d’aliéner, de rejouer la dépendance de l’autre, elle passe ainsi d’un objet de possession à un autre, après le père de Cindy qu’elle “pensait (...) posséder”, elle a eu Cindy, puis après le départ de celle-ci elle a fait un choix d’objet amoureux singulier, celui d’un homme “handicapé à 80%, qu’elle ne peut laisser seul très longtemps”. On perçoit ici le sacrifice de Cindy par son père auprès de sa mère : il lui a laissé sa fille comme offrande pour permettre leur séparation. C’est ce dont Monsieur semble avoir

conscience lorsqu'il "reconnaît lui-même n'avoir pas réagi", ayant "pu être activement passif", "mais qu'il a fini par ne plus supporter cette situation" qu'il décrit auprès de sa femme, "dans le registre du « tout ou rien »". Monsieur "est en difficulté pour clarifier sa position et contenir certaines choses" ce qui se traduit par un défaut de protection majeur visible également du côté des autres enfants de la fratrie où plusieurs suspicions d'abus sexuels extra- et intra-familiaux "aurai(ent) été étouffé(s)" par la mère de Cindy sans qu'aucune mesure n'ait été prises. La possession de Cindy par sa mère se présente ainsi d'une intensité qu'on pourrait qualifier de *folle*, avec ce fantasme d'un corps pour deux qui transparaît à travers l'histoire rapportée par le père de l' "album photo réalisé par la mère de Cindy et offert à cette dernière il y a plusieurs années, qui représente l'histoire de Madame à travers des photos avec sa fille uniquement, comme si elles étaient toutes deux indissociables, comme si elles ne faisaient qu'une", dans une fusion narcissique qui se suffit à elle-même en niant tout autre appartenance, Cindy n'étant "considérée que comme une extension de Madame sans existence propre". De la même façon, l'intrication interpersonnelle entre Cindy et sa mère est telle que Monsieur trouve qu' "elle ressemble beaucoup à sa mère" au point qu'il "sent(...) constamment chez elle « l'empreinte de sa mère qui suinte »", ce qui pourrait témoigner là encore de l'identification narcissique de Cindy à sa mère ; *être comme elle* à défaut de *l'avoir pour elle* du fait de la séparation. Cette folie maternelle renvoie évidemment aux liens que Madame entretient avec sa propre mère dont elle était "elle-même la préférée", à la filiation cachée et barrée qui exclue à nouveau l'identification au père car cette grand-mère "était enceinte d'un autre homme", et aux transactions familiales pathologiques qui s'organisent autour de l'"hypocri(sie)", l'"argent", l'"héritage" et le "pouvoir".

L'ensemble de la problématique des liens de Cindy à sa mère laisse alors, comme on l'a vu, peu de place à une triangulation relationnelle, à un espace tiers de différenciation, à une identification autre possible. C'est pourquoi les éléments oedipiens sont peu présents et semblent extrêmement précaires, non structurants, ne parvenant pas même à une construction qui, bien que plaquée, pourrait servir d'étayage à la problématique narcissique sous-jacente, rejoignant par là le concept d'identification mélancolique à l'objet maternel, avec brouillage des différences, tant au niveau des générations, qu'entre le masculin et le féminin, permettant de nier le renoncement et la perte corrélés à la reconnaissance de ces différences ; on peut dire avec Nathalie de Kernier toujours à partir de la réflexion de Catherine Chabert que "l'identification mélancolique vise une image de soi omnipotente (...) exprimant le refus absolu de toute perte d'objet qui caractérise ce type d'identification" (26), ce qui rend difficile voire impossible l'investissement du génital. Ni le père de Cindy ni d'ailleurs aucune autre figure ne semble pouvoir s'interposer entre les investissements archaïques et massifs de Cindy et sa mère pour réguler leur relation objectale : nous sommes face à une relation qui tient plus de la dévoration que de l'identification ou même de l'introjection. Les retrouvailles

avec son père sont finalement peu incarnées, Monsieur ayant du mal à prendre une épaisseur propre, existant principalement à travers les propos de Cindy dans le contraste avec Madame, par une description *en creux*. A son arrivée chez lui, l'adaptation de Cindy à ce nouveau climat familial fait ici aussi l'objet d'un clivage confondant : d'un côté sa difficulté "à intégrer" "des règles éducatives et un cadre familial", n'ayant "jamais eu de limites auparavant" et à quoi semblent répondre les "transgressions des règles (...) avec (l)es mises en danger", et de l'autre côté son sentiment d'avoir "redécou(vert) une vie de famille stable, sécurisante et chaleureuse", qui ne semble malheureusement pas faire écho avec un soulagement, un apaisement ou une réassurance, mais plutôt avec une sensation de vide et de creux de n'avoir jamais pu assimiler par le passé des expériences nourissantes comme celles-ci : Cindy semble bien plutôt *découvrir* cette chaleur relationnelle et familiale que la *redécouvrir*. Ainsi, Cindy rentre plus tôt lors de sa première permission chez son père "rassurée d'être revenue dans le service", et exprime "son sentiment de « routine » et « d'enfermement » lié à l'idée du retour chez elle". Par ailleurs, elle exprime à plusieurs reprises son souhait de "protéger son père, prendre soin de lui, le rendre fier" ou encore de "rassurer son père qui « prend trop à coeur (s)es bêtises », c'est pourquoi elle lui ment régulièrement « pour le préserver »", mais ce discours semble convenu, un lieu commun ne recouvrant rien de substantiel : on ne sent pas d'appel, d'invocation ou de provocation - contrairement à ce qui est observé pour Morgane -, on ne sent pas de mise en jeu du désir envers ce père qu'il faut avant tout "protéger" et "préserver" plutôt que séduire. La belle-mère de Cindy est le support d'une idéalisation de "seconde mère" bienveillante et aimable, mère adoptive bonne et figurant Mérope, aux antipodes de la Jocaste séductrice, "manipulatrice" et "vicieuse" que Cindy vient de quitter : à nouveau l'ambivalence ne peut se concevoir au sein du même objet mais s'opère sur des surfaces de projection différentes.

Les relations ultérieures de Cindy rejouent désormais constamment la même problématique dans une répétition morbide, que ce soit avec les garçons ou avec les filles, témoignant là encore de l'indistinction régnante, en-deçà de la différence des générations, des sexes voire des individus. Les relations sont chaotiques, "enchevêtrées", "passionnelle(s)", "intense(s) et envahissante(s)" et Cindy perçoit elle-même "le lien entre certains aspects de sa relation (...) avec sa mère" et ce qui se rejoue avec son petit ami ou sa camarade de classe qui "en avait marre qu'elle « (l)a prenne pour (s)a mère »", elle sait que "son véritable problème, c'est « (s)a relation aux autres ». Elle se rend compte que depuis qu'elle a quitté sa mère, elle a toujours été en couple, elle n'a jamais été seule". La *rupture* d'avec cette amie illustre au sens propre le sentiment de Cindy qu'elle l'a "laissé tomber", réactivant ici le "lâcher prise" de sa mère : Cindy chute dans le "cycle infernal" de l'insupportable vécu de "deuxième abandon", témoignant par là de l'impossible séparation sous forme de *deuil*, mais seulement sous forme de déperdition mélancolique. Elle commence "à penser au suicide" et l'engrenage des passages à l'acte et des relations destructrices s'amorcent, ne permettant à chaque fois

qu'une rétention transitoire de cette hémorragie narcissique. Une culpabilité là encore à tonalité mélancolique émerge à plusieurs reprises, "comme si (elle) provoquait (son malheur) car n'avai(t) pas le droit d'être bien" ou encore "elle se positionne à plusieurs reprises comme si elle ne méritait pas (de plaisir ou de satisfaction), en termes d'efforts, de privations, voire de punitions", mais l'on est en face d'une culpabilité mise en place par un Surmoi archaïque plus sadique que protecteur, qui n'est pas là pour préserver l'objet et la relation, mais pour punir la jouissance primitive qui n'a jamais été passée au filtre de la castration, de la civilisation. Cindy expie alors cela à travers les aspects masochiques qui ponctuent ses actes et ses relations, qui la mettent elle-même en position d'objet à maltraiter, rejoignant ainsi plutôt la dimension d'un auto-sadisme : les "violences verbales parfois physiques", la répétition "de chantage et de situations d'emprise", la soumission à ce que Maxence lui ordonne, "pouva(nt) lui faire faire tout ce qu'il voulait, notamment lui faire prendre des risques par des mises en danger, « des trucs complètement fou »", Cindy "excusant et justifiant ce comportement", revenant toujours vers lui "cédant systématiquement et sans condition", mais également les bagarres à travers l' "altercation physique avec des garçons plus âgés" où elle "a écopé de claques au visage et de coups dans les membres inférieurs" et la "nouvelle agression dans un bar", se montrant partie prenante dans "ces conduites auto-destructrices". Cindy semble rechercher activement ces punitions qui pourraient alors constituer - à l'instar de sa recherche "d'un cadre, d'une discipline, de l'autorité" dans l'armée - une sanction et une limite au chaos interne qu'elle vit, un passeport pour récupérer un minimum de cohérence intérieure, pour délimiter et différencier ne serait-ce qu'une souffrance et une culpabilité à expier, à éliminer.

Les attaques délibérées que Cindy perpétue contre elle-même directement ou indirectement par l'intermédiaire de Maxence peuvent également revêtir cette fonction de tuer la part de soi contaminée par l'objet maternel, la partie "impulsive, insolente et méchante" qui figure la mauvaise mère : à défaut de pouvoir se séparer de sa mère, une partie d'elle incarne sa mère, faute de relation objective. Ainsi, Cindy est "consciente de se faire du mal et de perdre le contrôle de ses comportements" mais "elle désespère de ressembler à sa mère, de prendre le même chemin qu'elle", elle semble alors acculée à un choix binaire imposé par le "lâcher prise" de sa mère : soit lutter activement en tuant la part en elle qui y est aliénée par les diverses mises en danger (les intoxications médicamenteuses volontaires, les consommations massives de toxiques, les fugues, les altercations) qui ont ici valeur de *conduites de rupture*, de tentatives de dégagement, soit se résoudre à cette séparation impossible d'avec l'objet primaire, dans un vécu de passivation qui lui laisse une image d'elle vide, "triste et terne". L'investissement massif et sans nuance de Maxence témoigne là encore de la tentative de dégagement d'une emprise par une autre car "elle pense qu'elle a besoin de compenser le manque de sa mère auprès des autres", c'est ainsi "qu'elle est tombée amoureuse de lui « tout de suite »", dans une "interaction inégale", s'en remettant toute entière à lui, "se coup(ant) entièrement

de son réseau amical”, “abandonn(ant) un stage de découverte à l’armée”, “annul(ant) sa passation de permis de conduire” pour lui, se donnant littéralement *corps et âme*. D’ailleurs, après l’hospitalisation, elle organise son départ à Paris pour le rejoindre “avec l’argent d’une gourmette en or de sa mère qu’elle a vendu”. Mais cet effort de substitution d’un objet d’aliénation par un autre, même s’il permet un sursis, n’en est pas moins insuffisant : malgré ses attentes désespérées qu’il “chang(e) si (elle) lui en laisse le temps”, Maxence ne parvient pas à la rassembler, à lui assurer une unité psycho-corporelle, et les phénomènes de dissociation et de déréalisation se multiplient.

On perçoit chez Cindy la nécessité qui est la sienne d’éviter à tout prix la confrontation au vide, à la solitude, à l’ennui, c’est-à-dire à elle-même, car ces moments sont source d’un vécu dissociatif insupportable qui est à l’origine par exemple de l’épisode du miroir. On peut rejoindre par là l’hypothèse de Philippe Jeammet concernant le besoin pour les jeunes comme Cindy de contre-investir une réalité interne insécurisante par des modes relationnels défensifs marqués par l’emprise, l’excès d’investissement et la rigidité, proportionnels à la menace narcissique de désorganisation : l’insuffisance des assises narcissiques internes impose une relation de dépendance aux objets externes (17). Le vide et le sentiment d’ennui semblent ici protéger Cindy d’un excès d’excitations désagréables par leur rôle d’*hallucination négative* pour reprendre l’expression de Maurice Corcos (11), restituant par là un système de pare-excitation palliatif qui vient suppléer au défaut de pare-excitation maternel dans l’enfance. Ce vide la pousse à aller s’éprouver dans des conduites extrêmes qui lui permettent de se sentir exister, de la rassurer sur ses limites et sa continuité d’être : elle consomme des toxiques de façon “massive”, elle fait des tentatives de suicide qui passent inaperçues, elle se trouve impliquée dans des “altercation(s) physique(s)” et des “agression(s)” avec “violence verbale et physique” sous prétexte de “défendre une de ses amies” ou “son frère”, elle accomplit des “actes de petite délinquance”, se montre “impulsiv(e)” et parfois dans une rage si intense qu’elle pourrait “aller bien plus loin” si on ne l’arrêtait pas. On remarque que Cindy se trouve tout autant dans une attaque de sa propre intériorité (consommation de toxique et tentatives de suicide par intoxications médicamenteuses) que dans une recherche de butées extérieures capables de la contenir (altercations, délinquance), moyens plus traditionnellement observés chez les garçons. On ne perçoit pas cette dimension d’acting out et d’adresse à l’autre dans ces actes qui semblent plutôt relever du passage à l’acte véritable : Cindy n’interroge pas sa place dans le désir de l’autre, elle en est comme exclue, il y a rupture et affranchissement du lien à l’autre. Mais lorsque ces systèmes défensifs qui lui évitent “de trop penser” se trouvent mis en défaut, alors elle est en difficulté pour “se retrouver”, elle a la sensation de “devenir folle”, elle traverse des moments de déréalisation et de dissociation “où elle a l’impression de se voir comme de l’extérieur, surtout lorsqu’elle se retrouve seule” et il “lui est arrivé d’entendre des conversations dans sa tête, des gens qui se parlent”, elle rapporte par ailleurs “la présence de pensées effrayantes certains soirs avant de s’endormir, représentant notamment un âne

ou un dinosaure en train de la manger”. Là encore l’écartèlement interne qui conduit au clivage et auquel Cindy est en proie se manifeste, l’indifférenciation d’avec les objets primaires règne, une partie d’elle reste aliénée au narcissisme maternel et la séparation qui a eu lieu physiquement est impossible à concrétiser dans l’espace psychique au risque d’un effondrement anaclitique. Le reflet d’elle-même, seule, que lui renvoie le miroir est impensable, est un non-sens, sa représentation est à l’origine d’une tension qu’il est absolument impossible de lier, et qui ne laisse que la possibilité de la destruction, laissant un morcellement kaléidoscopique de l’image. On peut se demander, en référence au stade du miroir de Lacan, dans quelle mesure Cindy n’a jamais pu s’identifier dans son corps propre, différent de celui du premier autre maternel, comme une entité unifiée et globale, qui synthétise le réel dispersé et morcelé, car cette unité nécessite la reconnaissance et la validation par cet autre maternel, qui autorise alors cette distance, cette relation, qui n’est désormais plus symbiotique. Or, c’est Madame elle-même qui affirme que, au-delà de la “relation incroyablement fusionnelle avec sa seule et unique fille”, leur lien est d’un autre ordre encore : “elles deux « ne faisa(ient) qu’un »”. On rejoint ici les fantasmes de dévoration figurés par l’âne ou le dinosaure imaginés par Cindy au moment de s’endormir, “en train de la manger”.

III- DEUXIÈME PARTIE - RÉFLEXIONS THÉORIQUES :

1 - Les trois axes psychopathologiques et leur articulation :

J'introduirais brièvement les trois axes psychopathologiques évoqués dans l'introduction avant de les détailler un par un, car ils me semblent en effet permettre une réflexion intéressante sur la compréhension de ces trois situations cliniques au-delà de leur diversité : la prédominance de l'agir et des conduites de rupture, les fragilités narcissiques ouvrant le champ aux personnalités dites états-limites, et les pathologie du lien avec leur maîtrise de la distance aux objets. Il me semble que ce profil psychopathologique actuellement en plein essor, a à voir avec l'environnement social d'aujourd'hui dans lequel il puise ces modalités d'expression et avec lequel il entretient des interactions complexes, mais il n'a pas la même valeur significative pour tous les individus. De façon très schématique, je pourrais émettre l'hypothèse que ce profil psychopathologique constitue l'interface entre l'intériorité du sujet et son inscription dans le social de notre époque, mais que les fragilités internes que l'on pourrait qualifier de structurales, restent de nature et d'intensité très variables selon chacun : elles sont à évaluer et à considérer avec attention derrière la façade symptomatique. C'est ce que ces trois situations cliniques me semblent montrer ; à travers une présentation sémiologique souvent très bruyante et une problématique interrogeant indubitablement les assises narcissiques et le potentiel de dépendance, la solidité de l'organisation psychique interne est inégale, annonçant une évolution clinique différente, avec un fonctionnement franchement limite chez Cindy par exemple, et une configuration beaucoup plus névrotique chez Vincent, mais nous y reviendrons.

La prédominance de l'agir et des conduites de rupture constitue une expression privilégiée des conflits psychiques, favorisée par l'émergence pulsionnelle libidinale et agressive à l'adolescence, par la résurgence anxieuse qui en découle, et aussi par le mécanisme de lutte contre la passivité. En effet, face à la survenue de la poussée pubertaire et des changements multiples qu'elle provoque - qui, s'ils sont connus, attendus et parfois désirés par l'enfant pré-pubère, constituent toujours une surprise puis une menace et une effraction pour l'intégrité du sujet - l'adolescent est soumis à ce processus qu'il ne maîtrise pas, et il tente de s'en défendre par des conduites agies qui peuvent être considérées comme un essai pour reprendre le contrôle sur ce qui est vécu comme subi. Le passage à l'acte est en général violent, impulsif, agressif, parfois transgressif, et vise à court-circuiter la pensée et à éviter toute intériorisation des conflits et de prise de conscience. Les conduites de rupture sont des actions dont le but ou l'espoir est d'induire, d'imposer un changement, qu'il soit personnel ou destiné à l'entourage, dans le cadre

d'une situation source de difficulté, tout en apportant un soulagement immédiat en évacuant hors de soi la tension insupportable qui déborde l'individu. On inclut dans ces conduites pathologiques les tentatives de suicide, les fugues et errances, les épisodes boulimiques, les scarifications, les crises clastiques, les bagarres, insultes et autres violences, les actes délictuels, les conduites ordaliques, les intoxications massives... On observe parfois une répétition constante d'un acte spécifique voire de plusieurs, qui peut faire penser que le jeune s'est enfermé dans un processus similaire à une addiction. On reconnaît classiquement que les conduites d'auto-agressivité (tentatives de suicide, scarifications..) sont plus fréquentes chez les filles, alors que les conduites d'hétéro-agressivité (bagarres, vandalisme..) se retrouvent plutôt chez les garçons.

Les pathologies dites états-limites interrogent le remaniement de l'équilibre des lignées narcissique et objectale, ainsi que la définition des limites corporelles, psychiques, relationnelles et sociales. Le tableau clinique habituel décrit dans les classifications internationales regroupe différents symptômes non exhaustifs, tels que la lutte contre l'angoisse d'abandon, l'instauration de relations affectives instables et intenses, l'impulsivité et la facilité au passage à l'acte, le sentiment de vide chronique, des perturbations identitaires ou dissociatives sévères mais transitoires, des comportements pathologiques répétitifs, des explosions de colères ou d'agressivité non contrôlées, des symptômes dépressifs avec risque d'auto-agressivité. Il est fréquemment admis que la période adolescente est propice à l'expression des symptômes de la lignée narcissique, mais chez la plupart des jeunes, ces manifestations sont transitoires et leur intensité ne perturbent pas leur développement, contrairement à certains adolescents en difficulté. Le fonctionnement psychique des pathologies limites est dominé par des mécanismes de défense contre l'angoisse dits archaïques ; le clivage avec alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation et de dévalorisation, le déni d'une partie de la réalité interne ou externe, et la projection hors de soi d'affects ou de représentations encombrants. Le sujet établi par ailleurs des relations d'objet anaclitiques, c'est-à-dire intenses et explosives, avec des objets partiels tantôt idéalisés, tantôt dévalorisés, sans accès à l'ambivalence névrotique et avec une lutte active contre la souffrance dépressive qui en résulterait. On observe également une faiblesse du Moi, soumis à des exigences pulsionnelles importantes, un flottement identitaire avec des limites interpersonnelles insuffisamment épaisses et constituées, ainsi qu'un Surmoi pauvre laissant place à un Idéal du Moi tyrannique. Michel Botbol rappelle que cette organisation ouvre sur une fragilité narcissique extrême avec une menace constante d'effondrement, nécessitant de recourir aux éléments du monde extérieur pour combler les lacunes du fonctionnement imaginaire interne selon un aménagement essentiellement anaclitique : l'objectalité de l'organisation limite est instable, dépendante de la concrétude de l'objet et sans cesse soumise à la double menace d'intrusion ou d'abandon. En ce

sens, certaines conduites agies ou de dépendance constituent une lutte visant à éviter que l'investissement de l'objet prenne valeur d'hémorragie pour le narcissisme du sujet (27).

L'importance de la question de la maîtrise du lien et de la distance aux objets introduit ce que l'on appelle les pathologies du lien. On observe en effet fréquemment, chez ces adolescents en difficulté, un contexte familial dysharmonique, avec parfois une confusion des rôles et places de chacun, une porosité des limites interpersonnelles et intergénérationnelles, des enjeux affectifs de rivalité et de loyauté, un défaut de protection. Par ailleurs, les ruptures et les discontinuités biographiques sont importantes, et il leur est impossible de se quitter sans faire casser le lien, à l'image du sentiment d'unité et de continuité de soi, tellement mis à mal chez ces sujets. La relation à l'autre peut apparaître alors menaçante, ramenant aux déceptions passées, aux carences relationnelles primitives, provoquant un risque d'échec à la rencontre, une absence de construction dans le temps, avec passage d'un lieu à l'autre, d'un intervenant à l'autre, sans sédimentation apparente des expériences, sans continuité ni ligand. La distance à l'autre est la notion fondamentale qui permet de comprendre l'oscillation entre deux angoisses majeures : l'angoisse d'abandon et l'angoisse de fusion. Ainsi, la distance n'est jamais la bonne ; ou trop loin, ou trop près, autrement dit, soit je risque de ne pas être pris en compte par l'autre, d'être abandonné par lui, soit je risque d'y être collé et de ne plus exister comme individu. Ainsi, on peut considérer que la problématique addictive est une tentative de solution à la gestion de cette distance aux objets d'attachement, en interposant quelque chose entre soi et l'autre, que l'on va tenter de maîtriser : un produit ou un comportement. Cependant, la dépendance s'installe avec ce produit ou ce comportement addictif, et ne devient qu'une métaphore de la dépendance aux autres. Ainsi comme le rappelle Philippe Jeammet, les bases fondamentales nécessaires pour que l'enfant se construise dans la relation aux autres sont la continuité et la différence ; de la continuité grâce à une relation privilégiée avec une personne pour assurer le sentiment d'harmonie et d'unicité de l'individu, et de la différence, du tiers, pour ouvrir sur l'extérieur et éviter que cette relation unique ne devienne un piège de dépendance relationnelle exclusive (28).

a)- Prédominance du recours à l'agir et des conduites centrées sur le corps :

Maurice Corcos développe l'idée que la rupture de l'équilibre entre les investissements objectaux et les investissements narcissiques, l'absence transitoire d'objet aux pulsions libidinales et agressives, conduisent l'adolescent à prendre son propre corps comme objet transitionnel afin d'y diriger ses pulsions. Comme il le rappelle, choisir son propre corps comme objet d'amour est précisément l'un des paliers du narcissisme secondaire tel que Freud l'a défini : lorsque les pulsions n'ont plus

d'objet d'investissement à leur disposition, le corps vient prendre un relais transitoire. Ainsi de nombreuses conduites observées en clinique telles que les automutilation, les tentatives de suicide, les consommations de toxiques ou encore certains troubles du comportement, paraissent avant tout témoigner de cette relation privilégiée et particulière de l'adolescent avec son corps. Selon lui, le recours au corps est à l'adolescence un moyen privilégié d'expression. Le corps est en effet un repère fixe pour une personnalité qui se cherche et qui n'a qu'une image de soi encore flottante. Il est un point de rencontre entre le dedans et le dehors, en marquant les limites. Le corps est une présence toute à la fois familière et étrangère : il est simultanément quelque chose qui vous appartient et quelque chose qui représente autrui et notamment les parents. Enfin, le corps est un message adressé aux autres. Il signe généralement les rituels d'appartenance, notamment sous la forme de la mode. Maurice Corcos rappelle que l'on assiste à une réduction considérable de la période de latence, qui était l'étape fondamentale de repos de la pulsionnalité après l'explosion libidinale de la phase oedipienne, permettant l'acquisition des connaissances, des raisonnements abstraits, du développement des grands intérêts d'ouverture sur le monde, mais permettant aussi la constitution de mécanismes de défense élaborés (névrotiques), des fantasmes et donc de la capacité de contenance des excitations internes comme externes. L'excitation précoce des pré-adolescents par les stimulations sexuelles diverses, de même que l'investissement narcissique de l'enfant par l'un ou les deux parents, provoquent une abolition des limites trans-générationnelles et empêchent la constitution de cette fonction de pare-excitation. Les pulsions sont alors difficilement contenues et métabolisées par le psychisme, s'exprimant de façon brute, non filtrée. La mise en échec de mécanismes de défense névrotiques (refoulement, déplacement,...) laisse place à d'autres plus archaïques favorisés par la réalité sociale moins limitante de la pulsionnalité (clivage, déni,...), car les mécanismes d'auto-censure et d'auto-contrainte des mouvements pulsionnels sont moins intégrés (11).

Lors de la constitution du psychisme, le défaut d'élaboration du filtre pare-excitant ne permet pas la régulation de l'intensité des stimuli extérieurs, provoquant un vécu d'effraction insupportable au-delà de la limite du pensable ou de l'éprouvable. Chantal Lheureux a développé l'idée que ces expériences extrêmes sont vécues psychiquement, mais trouvent également leur équivalent dans un vécu d'effraction corporelle, entravant la construction ordonnée de l'image du corps de l'individu, et elle rappelle que c'est ce que Freud a défini dans *Le moi et le ça* lorsqu'il écrit que "le moi est avant tout un moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface, mais lui-même la projection d'une surface. (...) le moi est dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source dans la surface du corps". Lorsque cette image du corps n'est pas suffisamment stable, le sentiment d'exister ne s'installe pas en continu : les moments de panique laissent alors place à des sensations de vide, de catastrophe voire d'anéantissement. Selon elle, cette désorganisation fait écho à l'extrême à un moi corporel démantelé, où les capacités de

représentation des vécus corporels ne sont pas possibles, chaque sensation devenant indépendante des autres, dans une perte d'intégrité corporelle conceptualisée par Donald Meltzer sous la forme du démantèlement sensoriel, rejoignant les angoisses de morcellement que l'on peut retrouver dans la psychose (29). Un apaisement peut être trouvé à travers l'installation d'un clivage sensoriel qui coupe provisoirement les liens entre les pensées et les ressentis corporels, permettant une protection contre des expériences de déconstruction trop intenses. Mais cette déliaison psychique, lorsqu'elle n'est pas souple et facilement réversible, provoque une perte destructrice de la conscience des sensations éprouvées par le corps et est à l'origine d'états de flottement ou de vacillements identitaires. Elle explique alors que le recours compulsif à la douleur, aux sensations fortes, peuvent s'entendre comme une tentative de réanimer sensoriellement et psychiquement les bords d'un moi corporel effacés, pour raviver les contours en attendant de se sentir intérieurement. En effet, lorsque les limites psychiques et corporelles ne sont pas éprouvées, des impressions de non-différenciation peuvent survenir, de confusion entre dedans et dehors, entre les corps, entre les espaces, provoquant une perte de contact avec le sentiment d'exister dans le lien à l'autre ou à l'environnement. Toujours selon Chantal Lheureux, la continuité du vécu corporel se construit très tôt à travers la relation à l'autre, et notamment par la nomination des expériences internes supposées du bébé par l'adulte, qui font résonance avec ce qu'il vit et permet un rassemblement corporel et psychique dans la relation à l'autre. Lorsque ce processus ne se met pas en place de façon adéquate, il peut y avoir un investissement de l'individu lui-même de ses parties corporelles sous forme d'auto-sensualité. Les auto-sensations semblent remplacer une relation qui s'inscrit mal, avec une rythmicité souvent apaisante dont on peut retrouver la dimension dans certaines conduites addictives. Pour elle, ce n'est pas la douleur qui procure la jubilation parfois observées dans les conduites agies d'auto-mutilation, de mises en danger ou de consommation toxique, ce sont plutôt les retrouvailles avec ses sensations corporelles et le sentiment d'existence. Elle insiste sur le fait que la recherche de douleur ou de sensations fortes ne représente pas un but en soi, n'est pas nécessairement à l'origine d'une jouissance masochiste propre, mais un moyen d'obtenir rapidement la réanimation de ce vécu sensoriel permettant de restaurer parfois dans l'urgence un sentiment d'exister dans son corps (30).

Encore selon la réflexion développée par Chantal Lheureux, la constitution de l'image du corps découle de l'investissement progressif des différentes parties du corps qui aboutit à une intégrité sensorielle grâce à une consensualité, c'est-à-dire que chaque partie puisse être en lien avec le reste tout en étant différenciée. C'est la sensorialité de la peau qui permet, une fois bien constituée, de se sentir contenu et enveloppé, d'intérioriser les expériences psychiques dans de bonnes limites entre dedans et dehors, entre soi-même et les autres (30). Or, Xavier Pommereau nous rappelle qu'étymologiquement, la notion de limite ne se borne pas seulement à une simple ligne

de démarcation, une frontière, mais possède une véritable épaisseur, un entre-deux situé entre deux territoires contigus, lieu de confrontations, de négociations ou de compromis. D'après lui, c'est en partie pourquoi les adolescents investissent tous les entre-deux entre soi et l'autre et notamment la peau, en quête d'une définition d'eux-mêmes et d'une reconnaissance des différences, dans un espace d'évolution possible. Certains revendiquent les scarifications auto-infligées comme de nouveaux modes d'expression ou comme affiliation identitaire se réclamant de groupes ou de mouvements divers (gothiques, sataniques, post-punk...) (31). Ces pratiques rappellent par là certains rites initiatiques propres aux sociétés traditionnelles et avec lesquels ils partagent certains traits (rupture avec le passé, affranchissement, aptitude face à l'épreuve), mais s'en distinguant radicalement par la nature même de ce qu'ils symbolisent. Les pratiques rituelles des sociétés tribales sont prédéterminées et codifiées par les adultes pour situer les novices selon leur sexe, leur âge ou leur statut social et leur transmettre les valeurs et les croyances du groupe, inscrivant leur appartenance symbolique au sein de la communauté lors de leur retour des rites de marge (isolement des novices en dehors de la société) grâce à l'agrégation (intégration à l'organisation des adultes). A contrario, on peut dire toujours avec Xavier Pommereau que les pratiques de nos adolescents sont des conduites privées qui possèdent une valeur transgressive, visant une intégration intra-générationnelle (31), dans des rites que David Le Breton a qualifié de contre-bande à caractère clandestin (8) que véritablement initiatiques, car pratiqués dans l'auto-référence et non dans la transmission des aînés, sans la promesse d'une place légitime accordée par la société : les jeunes, explique Xavier Pommereau, semblent alors livrés à eux-mêmes pour effectuer la traversée de l'adolescence (32), restant indéfiniment dans les espaces de marge, d'à-côté, sans possibilité d'agrégation. Il n'y a pas de reconnaissance sociale d'un nouveau statut acquis qui pourrait s'intégrer dans une mémoire collective. Pour Maurice Corcos également, ces conduites agies pathologiques ne doivent pas être considérées comme de nouveaux rites de passage car " la révolte comme la symbolique y sont pauvres et l'adolescent est bien seul face à son chaos intérieur. Ce ne sont pas des rites de passage, mais bien des impasses" (11). Le corps serait à l'heure actuelle une façon d'affirmer cette conquête de soi par l'appropriation individuelle, à l'inverse de l'appartenance à un corps collectif, dans un contexte social propice où prévaut l'image et l'apparence comme marque identitaire majeure. Selon Xavier Pommereau encore, pour certains adolescents, la peau pourrait dès lors constituer une "feuille de route identitaire" (31) grâce à l'apposition de leur propre sceau, de leur touche personnelle, sur le corps légué par les parents par le biais des blessures, tatouages ou piercings réalisés, permettant de marquer leur affranchissement de la dépendance aux objets parentaux, mais tout en l'inscrivant malgré tout dans la chair (32). On peut alors entrevoir la dimension d'attaque des figures parentales intériorisées par retournement de l'agressivité contre soi, permettant une résistance à cette dépendance citée plus haut et au risque de fusion avec l'objet primaire, grâce à un avivement des

limites de soi. Dans cette perspective, Maurice Corcos dit que les conduites agies, surtout lorsqu'elles sont centrées sur le corps, révéleraient alors un dysfonctionnement dans les processus de séparation-individuation à l'adolescence, qui sont en continuité avec ceux qui se sont joués dans les deux premières années de vie, avec un agir comportemental témoin de l'échec partiel des mécanismes d'intériorisation et d'identification. Les passages à l'acte impulsifs ou le recours aux conduites répétées court-circuitent le travail de mentalisation et d'élaboration pouvant répondre au besoin de disqualifier les éprouvés internes qui sont associés à un vécu de soumission insupportable à l'objet, voire d'un envahissement de celui-ci comme étranger à l'intérieur de soi (22). Ils permettent également une extériorisation d'un excédant pulsionnel mal contenu par une solution économique d'écoulement des tensions, et peuvent aussi revêtir une dimension de lutte contre la passivité d'un corps et d'un psychisme en pleine révolution et sur lesquels l'absence de prise peut être source d'une expérience traumatique pour l'adolescent.

Le cas particulier des blessures auto-infligées laisse émerger des références aussi variées que celles citées par Xavier Pommereau à savoir : la purification en évacuant hors de soi le mauvais, la féminité par le sang qui se répand, la coupure symbolique d'avec le corps maternel, l'auto-punition et le châtiment par rapport aux fantasmes de haine dirigés contre les objets primaires, la jouissance masochiste, le sacrifice d'une partie pour la sauvegarde du tout, la substitution active d'une souffrance psychique peu circonscrite par une douleur physique maîtrisable, le surinvestissement des surfaces et enveloppes répondant à la mise à mal des capacités de contenance et le flou des interfaces et des identités (31). Toujours selon lui, plusieurs auteurs ont insisté sur la dimensions de *mise en scène* de ces pratiques, où l'individu incarne simultanément la victime qui subit les blessures, le bourreau qui les accomplit, et le témoin qui assiste au spectacle, la satisfaction de voir le sang couler étant au moins aussi importante que la douleur ressentie ou l'action effectuée, dans un théâtre privé où l'individu est isolé du regard d'autres personnes, tout en sachant que les cicatrices laissées pourront être visibles par eux ensuite. Il y a en effet dans l'exposition plus ou moins assumée de ces marques de mal-être l'attente secrète d'une reconnaissance, d'une prise en compte, d'une contenance, et la quête d'une révélation par l'interpellation de l'autre pour en comprendre le sens (32).

C'est ce qui a conduit Xavier Pommereau à penser les conduites d'agir comme tentatives de figuration inconscientes, à travers l'idée que les actes parlent et traduisent en ruptures manifestes, visibles et palpables, les brisures affectives enfouies au plus profond du sujet, et sont destinés à faire vivre et à faire ressentir à l'autre ce que le sujet ne peut se représenter ou se figurer à lui-même. Mais ce mode d'expression constitue un langage codé qui s'ignore et risque d'être ignoré, car il demande à être déchiffré et ceux qui l'émettent n'en ont pas eux-mêmes les clés (32). Cette

forme de communication se rapproche d'un langage archaïque nécessitant la présence de l'autre comme fonction de métabolisation. Maurice Corcos considère de son côté que la nécessité pour certains individus de la décharge dans l'acte faute de possible représentation, et en particulier pour les lésions auto-infligées, sont les effets d'une astructuration psychique caractéristique des états-limites, dont la particularité est d'être construites en mosaïque, avec des zones du Moi psychiques et corporelles clivées du reste de la psyché. Ces organisation vacuolaires visent à lutter contre des angoisses de l'ordre de l'abandon plutôt que contre une angoisse paranoïde de morcellement, avec le risque d'un anaclitisme mélancolique (22).

Le cas particulier des tentatives de suicide met l'accent sur l'extrême sensibilité de ces adolescents à la problématique de la perte, exacerbée par les transformations psychiques et corporelles, et ce que Daniel Marcelli et Alain Braconnier évoquent par le "blocage du travail de deuil", visant à maintenir de façon prolongée les investissements idéalisés des objets primaires (15). Les motions parricides et incestueuses sont pour Delphine Bonnichon en creux du fantasme infanticide (24) et y apparaissent particulièrement saillantes, conduisant selon Nathalie de Kernier à un solutionnement extrême du paradoxe entre rapprochement insupportable d'avec les objets parentaux et hyperdépendance à leur rencontre de l'adolescent (33). En revenant au cheminement de Xavier Pommereau, le suicide ou la tentative de suicide apparaît pour lui comme un acte de rupture définitive portant une violence transgressive inhérente, qui peut donner forme au désir de secret de certains adolescents de se débarrasser du corps et des pulsions qui l'agitent, pour ne subsister que sous la forme d'un pur esprit capable d'occuper à jamais la tête de ceux qui restent, c'est-à-dire qu'il s'agit en somme, de mourir pour exister (32). Mais au-delà de ce scénario de nature plutôt hystérique car adressé à l'autre, Nathalie de Kernier a pu repérer, au-delà de la variété des fonctionnements psychiques des adolescents suicidants, un aménagement identificatoire prédominant grâce à la réalisation de tests projectifs après un geste suicidaire, sous forme de l'irruption d'identifications mélancoliques, c'est-à-dire d'identification à des objets morts, ou définitivement perdus, ou mal différenciés (33). Elle rappelle que selon Freud, deuil et mélancolie sont deux types de traitement de la perte d'objet qui mobilisent chacun une identification spécifique : identification hystérique dans le cas du deuil, identification mélancolique dans le cas de la mélancolie (26). Pour elle, cette identification mélancolique est alors interprétée comme traduisant l'expérience de perte de soi concomitante à la perte de l'objet, en raison d'une porosité des limites moi-non moi associée à un brouillage des repères générationnels et à des dysfonctionnements familiaux qui fonctionnent souvent comme de véritables cercles vicieux : l'adolescent dépositaires des projections parentales tire des gratifications de cette fonction indispensable à l'économie psychique des parents lui permettant ainsi d'éviter de se confronter à la perte imposée par le processus d'adolescence (33). Nathalie de Kernier explique ainsi que ce type de rela-

tion entre des objets insuffisamment différenciés peut conduire à un sentiment d'emprise ou de possession du sujet par l'objet, qui, au travers de l'acte suicidaire, vise alors l'attaque de l'autre en soi (26). Or, elle insiste sur la façon dont est accueilli ce passage à l'acte, qui peut signer tout autant une impasse du processus de subjectivation, qu'une tentative désespérée de le relancer (33).

On peut dire avec Xavier Pommereau que "à défaut de pouvoir supporter les remaniements que l'adolescence imprime dans le vécu d'unité et de continuité de soi-même, certains s'emploient alors à exister dans les rupture" (31). Selon lui, ces actes que, l'on peut ainsi qualifier de conduites de rupture, tant au niveau des attaques de soi, des fugues, des consommations, que d'une agressivité projetée sur l'environnement, expriment comme on l'a vu les porosités des enveloppes corporelles et psychiques assurant la différenciation, la contenance et la pare-excitation, ainsi que les défauts d'interfaces avec les risques d'intrusion, d'explosion, de dépassement des limites, d'incohérence ou d'effacement des repères aboutissant à la confusion des espaces. Cependant, on peut voir se dégager à travers elles la tentative d'appropriation du pubertaire et d'une possible reprise du processus de subjectivation par leur fonction privilégiée d'expression et de représentation (32).

A propos des conduites agies qui seraient plutôt intériorisées et dirigées contre leur propre corps chez les filles, et plutôt projetées sur l'extérieur chez les garçons, certains auteurs ont insisté sur l'interrogation de l'espace corporel dans la construction du féminin avec la recherche du rapport entre intérieur et extérieur des frontières subjectives ainsi que du jeu présence-absence aux yeux de l'autre. A l'inverse, les garçons utilisent plutôt leur corps comme vecteur d'action projeté sur les enveloppes de l'autre, recherchant à faire trace sur la "peau sociale" qui pourrait confirmer les limites externes qui leur manquent. Une inversion des conduites en fonction du sexe serait un indicateur de gravité supplémentaire (32), même si l'on assiste de plus en plus à une dédifférenciation sexuée de ces conduites. Pour Maurice Corcos, cette passivité exacerbée à l'adolescence par les transformations pubertaire subies, serait socialement plus attribuée à la femme, non sans qu'elle s'en défende justement par l'attaque de ce corps en voie de sexualisation, et serait beaucoup moins acceptée par l'homme qui s'en défendrait par une externalisation de l'agressivité (22). En effet selon Delphine Bonnichon, la construction du masculin passerait par un arrachement actif à l'identification féminine originaire à la mère nécessitant une différenciation précoce et un certain rejet du féminin. La peau représentant un lieu électif d'investissement maternel lors des premières années de vie, pourrait chez certains adolescents avoir conservé ce pouvoir primitif de "contamination" par le féminin, et la coupure ou la mutilation de cette peau serait alors le prix à payer pour affirmer une puissance active et pénétrante (24). En re-

vanche, Maurice Corcos explique que chez la fille, la mise en acte du corps pourrait témoigner d'une confusion des corps avec le corps maternel avec le fantasme de "d'un corps pour deux", voire même d'être reléguée à une annexe du corps maternel, que la sexualité rend insupportable (22). Daniel Marcelli nous rappelle que l'irruption de la sexualité implique dans tous les cas une coupure dont témoigne son étymologie latine *secare*, sous forme du renoncement à la bisexualité infantile : le pouvoir sexuel est certes un gain par rapport à l'enfance, mais c'est aussi la perte d'une certaine toute-puissance liée à un corps impubère et à un imaginaire où tout reste possible. L'intolérance à la frustration, le recours à l'acte et le fantasme d'auto-engendrement en vogue à l'époque actuelle ont peut-être à voir avec la difficulté à assumer cette perte (9). Dans les pays industrialisés, le recours à l'agir dépasse alors le seul plan de la psychopathologie individuelle et s'inscrit dans les modifications de la structure sociale, supposant ainsi une série de relais pour articuler les changements sociaux aux comportements individuels parmi lesquels la famille est la plaque tournante. C'est pourquoi les conduites agies s'observent électivement dans des familles où les possibilités de s'identifier à des images parentales solides sont limitées, accordant à l'extérieur une place prédominante dans l'idéalisation de stéréotypes socio-culturels, court-circuitant les conflits identificatoires nécessaires à la construction du sujet : si les actes-symptômes des adolescents demeurent l'écho des constructions culturelles et sociales, c'est que le filtre familial apparaît déficient. On retrouve donc de façon prépondérante des schémas de fonctionnement familial chez ces jeunes en question, avec notamment un flou des barrières interpersonnelles et intergénérationnelles, une défaillance de la fonction d'autorité contenante, des relations plus volontiers duelles excluant le tiers, des transactions familiales d'emprise, de séduction narcissique, de violence, parfois des non-dits et des secrets familiaux autour de transgressions symboliques (suicide et inceste principalement). Le passage à l'acte peut alors revêtir le sens d'un dégagement de la filiation instituée, tout en condensant parfois le paradoxe de ce désir d'individuation et du renoncement de l'être lorsque le sujet s'absente dans certains actes extrêmes.

b)- Fragilités narcissiques et fonctionnement limite :

Alain Braconnier observe que les fonctionnements limites sont classiquement décrits pendant la période adolescente, mais l'on peut s'interroger sur l'intensité et l'impact dommageable de ceux-ci sur certains jeunes en souffrance, notamment ceux dont l'histoire a été rapportée dans la première partie. Les caractéristiques les plus fréquemment observées sont la sensibilité aux critiques et aux refus, la survenue de colères et d'accès de rage, la demande d'attention, l'intolérance aux frustrations et à la solitude, l'impulsivité, le surgissement massif d'angoisses abandonniques à la moindre défaillance de l'étayage environnemental. Il souligne dans ce sens l'écart clinique et

pratique entre les adolescents qui présentent des caractéristiques relationnelles et psychiques qui rappellent le fonctionnement limite des patients adultes sans pour autant en partager la fixité, et les adolescents souvent plus en difficulté qui présentent déjà une véritable “organisation limite” de la personnalité malgré tout l’embarras posé par la question de la structuration à cet âge. Ces adolescents seraient caractérisés par l’ancienneté de leur fonctionnement et leur tendance systématique à recourir à des mécanismes coûteux impactant leur développement, avec notamment une altération du sens de la réalité par la vie pulsionnelle mal contenue, des angoisses diffuses avec lutte constante contre la menace dépressive, des mécanisme de défense archaïques, des relations d’objets partielles et peu différenciées, la prévalence de l’agir sur la pensée signant la précarité du processus de mentalisation et de la fonction réflexive et un surinvestissement du perceptif, du sensoriel au détriment du représentatif témoignant d’une intériorité fragile. Rappelant les écrits de Catherine Chabert, Alain Braconnier évoque que “l’hostilité vis-à-vis de l’autre masque, non pas l’amour pour lui, mais la peur de le perdre (...), comme une mesure de protection narcissique par rapport à la crainte d’abandon” (34). En prolongement, Maurice Corcos indique que la menace dépressive serait alors d’une autre nature que celle contingente au processus d’adolescence même dans sa confrontation au deuil des objets primaires et à l’assomption d’une position subjective sexuée et identitaire imposant le renoncement à l’infini des choix possibles : elle renverrait plus précisément à une dépression essentielle originellement présente, d’ordre anaclitique, plus ou moins colmatée jusqu’à la période adolescente qui est propice, par les remaniements qu’elle implique, à la révélation des fragilités inhérentes à la construction psychique de l’individu (35).

Toujours selon Maurice Corcos, cette fragilité structurelle peut être rapprochée des circonstances de développement traumatiques et dommageables que l’on retrouve si couramment dans la prime enfance de ces individus avec une fréquence accrue des ruptures affectives, des maltraitements, négligences, abus, ou dysfonctionnements familiaux (36). Il soutient l’idée que l’incapacité de l’environnement à s’adapter de façon continue aux besoins de l’enfant n’aurait ainsi pas permis l’incorporation d’expériences suffisamment satisfaisantes de l’objet, empêchant la constitution (l’introjection) d’un bon objet interne qui pourrait être réactivé dans les moments de besoin par les auto-érotismes préfigurant un maternage de soi efficace, préalable à l’instauration de la capacité d’attente et de différer. L’absence de bon objet interne suffisamment constitué entraverait par la suite l’accès à une véritable position dépressive : la perte est dès lors irréparable car s’accompagne de la perte d’une partie du narcissisme propre du sujet. Le développement du soi corporel et donc du soi psychique par les soins primordiaux n’aboutissent pas à l’individualisation dans une différenciation progressive et l’éprouvé de son unité et de sa continuité par le nourrisson : le traumatisme le plus désastreux serait, comme l’explique Maurice Corcos, en creux,

c'est-à-dire dans l'absence de constitution de pans entiers de vie psychique, dans un *non-advenu de soi* (22). André Green cité par François Poupert, a de son côté défini l'emprise de l'imgo maternelle comme traumatisme impliqué dans la constitution des états-limites (37). La fragilité de ces assises narcissiques ne permet pas l'édification d'une représentation de soi suffisamment stable et cohérente sur laquelle s'appuyer pour une bonne différenciation sujet-objet, et une construction suffisamment différenciée des instances intra-psychiques, qui circonscrivent mal les lacunes internes comme nous le livre encore Maurice Corcos, qui s'attache à décrire l'organisation psychique de ces individus : le Surmoi est imparfaitement établi ne permettant pas la construction d'un Idéal du Moi vers lequel le Moi pourrait aspirer, ce dernier se trouvant alors plutôt confronté à un Moi Idéal archaïque, impitoyable et tyrannique, ne laissant pas de place pour un jeu et une articulation psychiques (11). Ce Moi Idéal, loin d'être moteur, génère des blessures narcissiques qui viennent renforcer les fragilités initiales, et participe à la constitution d'un Surmoi précaire qui ressemble en fin de compte plus à une instance primitive et sadique, qui n'est absolument pas en mesure d'assurer la contenance et la protection dévolue habituellement à cette entité, obligeant le sujet à rechercher ces limites à l'extérieur. Daniel Marcelli et Alain Braconnier ajoutent que le Moi est alors décrit comme faible, avec une moindre tolérance à l'angoisse qui perturbe gravement ses fonctions adaptatives et favorise le recours électif au clivage, pour lutter contre la souffrance dépressive résultant de l'accession à l'ambivalence (15). Les objets bons et mauvais restent séparés de façon étanche, sans risque de contamination des premiers par les derniers, permettant de maintenir côté à côté sans conflit - mais sans lien non plus - une image idéalisée de soi et de l'objet jalousement cachée et enfouie, et une image dévalorisée de soi et de l'objet qui peut être projetée sur l'extérieur. Toujours selon Maurice Corcos, la constitution des relations objectales est à l'image de l'indifférenciation à l'oeuvre, l'impossibilité d'identification névrotique renvoyant à l'insécurité identitaire de ces sujets, dont la continuité et la cohérence empêchent la permanence des liens (et vice-versa) : plus la relation est désobjectalisée donc narcissique, moins elle est spécifique, et donc moins les objets sont différenciés (11), devenant alors selon François Poupert indispensables, irremplaçables car non-substituables (37). Ainsi, derrière les angoisses d'abandon massives se dissimulent des angoisses d'effondrement ou d'annihilation comme on l'a vu précédemment avec Chantal Lheureux. Nous nous situons alors clairement en deçà des angoisses de castration, comme le résume Maurice Corcos : c'est l'intégrité du sujet dans son entier qui est menacé (11). Selon lui, c'est dans ce contexte que le débordement pulsionnel interne mal régulé par un appareil psychique instable du fait du non accordage affectif primaire, se déverse dans le corps et le recours à la réalité externe faute de pouvoir s'étayer dans la relation avec autrui. L'hémorragie narcissique qui provoque la problématique de dépendance avec le perpétuel recommencement des tentatives de solutions symptomatiques est liée à cette carence de l'objet narcissique primaire : "il manque toujours quelque'un

près de moi, même si tout le monde semble être là, car il manque toujours quelqu'un à l'intérieur de moi, témoin intérieur de mon existence passée" (22). C'est pourquoi *la capacité d'être seul*, aptitude dont Donald Woods Winnicott avait perçu la complexité et la nécessité d'une maturation affective considérable, est si insupportable pour ces sujets (23). Ainsi, Maurice Corcos explique que ces angoisses primitives peuvent alors provoquer un syndrome de dépersonnalisation avec sentiment d'étrangeté et dissociation dans le cadre de ce flottement identitaire. Ces expériences, même si elle peuvent atteindre une intensité quasi-psychotique avec ébauche d'un écho de la pensée ou d'un vécu persécutoire, sont rapidement résolutes, souvent d'ailleurs grâce au court-circuitage permis par le passage à l'acte, et ne désorganisent pas durablement le Moi. Ces vécus dissociatifs sont également fréquemment associés à un ressenti de vide psychique, qui pourrait selon certains être un mécanisme d'anesthésie, permettant au psychisme de se protéger d'un trop plein destructurant d'excitations lié au défaut intrinsèque de pare-excitation de ces organisations limites (11).

Or il serait tentant de conclure à l'idée que les organisations limites de la personnalité sont en plein essor en particulier chez les adolescents et les jeunes adultes, favorisées en cela par les circonstances socio-familiales actuelles qui leurs sont propices, tandis qu'auparavant elles façonnaient plutôt des organisations névrotiques caractérisées par un Surmoi identifié aux instances sociales interdictrices, des pulsions prenant leurs racines dans le narcissisme du sujet, et un Moi chargé de trouver des réponses à ces motions contradictoires pour tenter de préserver un sentiment d'unité et de cohérence, grâce au recours à des mécanismes de défense typiquement névrotiques. Mais comme nous le rappelle Daniel Marcelli, cette conclusion risque d'être schématique, dans le sens où : "l'articulation entre la psyché et le social résiste particulièrement bien à l'analyse, parce que cette articulation ne se fait pas sur un mode linéaire mais sur un mode circulaire de réciprocité et d'interaction hypercomplexe. (...). À partir de là, il me semble que ce qui a changé, ce qu'on ne dit probablement pas assez, c'est l'échelle des valeurs et de leur hiérarchie propre à chaque individu en résonance au système de croyance et de valeurs propre au groupe social dans lequel cet individu évolue. (...) Jadis la croyance majeure, celle qui s'imposait, était tournée du côté de ce lien social qui transcendait l'individu, lequel devait s'y soumettre à défaut d'y obéir ! Le Surmoi étant en position hiérarchique haute par rapport aux pulsions et au contenant narcissique (qu'on le nomme Self ou autrement), le Moi choisissait à l'évidence de réprimer ou de refouler ce désir inopportun, coupable de provoquer une intranquillité chez ce sujet. (...) Pendant cette période et plus particulièrement dans le cours du dernier siècle, nos sociétés ont profondément changé dans la hiérarchie des valeurs, passant d'une hiérarchie privilégiant la valeur du lien social à une hiérarchie privilégiant la valeur de l'individu. (...) Quoi qu'il en soit, lorsque le Moi doit arbitrer entre le désir ou l'expression d'une pulsion chez le sujet et l'entrave

que lui oppose le lien social, c'est bien évidemment à la préservation de ce désir que le Moi travaille en priorité. Le Moi ne condamne donc plus le désir mais cherche aujourd'hui à ruser avec un lien social ou une réalité désobligeante, inopportune. Ce travail porte donc désormais sur l'entrave du lien social et non plus sur la condamnation du désir. Se couper de ce fragment de réalité par clivage, utiliser le clivage pour désinvestir et dévaloriser soudainement celui-ci, puis pour idéaliser et réinvestir celui-là, maintenir côte à côte des attitudes opposées et contradictoires selon la personne, le moment ou le lieu, faire le caméléon pour que tous les possibles restent possibles, telles sont quelques-unes des stratégies habituelles du Moi, dont on perçoit qu'elles portent avant tout sur les aménagements du lien social ou de la réalité pour mieux préserver la légitimité du désir. Certain parlent de la « toute- puissance du désir », c'est même devenu une antienne un peu éculée, mais cette expression cherche insidieusement à rejeter ce sujet dans l'en-deçà de la névrose, dans le vaste champ des états dits limites ou narcissiques. Je crois qu'il y a là une grande paresse à penser : ces sujets ne sont pas tous, loin s'en faut, « limites ». Mais il est sûr qu'ils campent aux limites de notre modèle, les limites d'un modèle historiquement daté où le refoulement d'un désir coupable représentait la pierre angulaire, la clé de voûte du modèle psychopathologique. (...) Or, comment décrit-on l'adolescence aujourd'hui ? Précisément comme l'âge du travail de subjectivation, c'est-à-dire l'appropriation par le sujet de son corps propre, de sa sexualité et de ses pensées : ce travail dit de « subjectivation » n'est rien d'autre que l'exigence sociale d'intérioriser la croyance communautaire. (...) Tout adolescent est profondément imprégné de ce système de valeurs contemporain et, par conséquent, de la hiérarchie qui en découle. Devant les inéluctables conflits qu'il rencontre, le Moi de l'adolescent utilise en priorité les défenses qui correspondent ou plutôt qui respectent cette hiérarchie : tous les adolescents qui se scarifient ne sont ni borderline ni narcissiques, mais, à l'acmé du conflit, leur Moi répond en préservant la croyance de base (« mon désir est légitime ») et en clivant ou coupant les branches secondaires du conflit... Il n'y a rien de narcissiquement pathologique là-dedans, il y a, au contraire, une certaine forme de soumission névrotique à l'exigence sociale contemporaine, à notre « religion » laïque." (3).

A la lumière de ces éclairages théoriques, on peut avancer l'hypothèse que le recours à des registres de fonctionnement limites est certes fréquent à l'adolescence et probablement favorisé par le contexte socio-familial actuel, mais qu'il ne recouvre pas la même réalité psychopathologique pour chaque individu. L'exemple de Vincent me semble illustrer le recours à des symptômes et des modes relationnels de type limite sur une problématique oedipienne bien étoffée qui semble structurer l'ensemble des conflits psychiques et de l'organisation névrotique subjective du patient : la question centrale s'élabore autour de l'accès à la puissance génitale, de l'inscription dans la lignée masculine sous-tendue par le risque de castration, avec l'efficiences des méca-

nismes de refoulement, de déplacement et de retournement permettant d'atténuer la crudité des fantasmes incestueux et parricides. Les instances psychiques sont suffisamment différenciées permettant l'introjection d'un conflit et l'élaboration d'une position dépressive. L'insécurité narcissique et la problématique de dépendance sont présentes et restent des facteurs de vulnérabilité pouvant s'autonomiser dans une conduite pathologique, mais ne sont pas organisées autour d'une problématique narcissique primaire. L'histoire clinique de Cindy me semble au contraire relever de la question de la structuration de l'identité même, de conflits pré-génitaux et de la question centrale de perte d'objet irrémédiable comme détaillée plus haut. Les mécanismes de défense névrotiques sont défaillants, le clivage et l'identification projective sont prévalants, avec l'alternance visible de moments de rage et d'amour envers des objets partiellement constitués, et l'oscillation entre des positions de soumission et de domination traduisant l'écartèlement entre deux mouvements pulsionnels opposés inaccordables. Les enjeux narcissiques y sont radicalement différents, la problématique de perte d'objet se confondant avec celle du désir de fusion avec lui : l'objet n'est pas perdu grâce à une identification mélancolique qui aliène le sujet, le scellant à ce "contrat narcissique" selon l'expression de Piera Aulagnier citée par Maurice Corcos dans *Le corps absent*. Une partie du moi est clivée et identifiée au narcissisme parental, et c'est elle qui est directement attaquée au travers des comportements, ce qui situe Cindy clairement dans une organisation limite. Le cas de Morgane est à mon sens moins tranché, en partie du fait de son âge plus jeune, mais également en raison de sa présentation clinique qui me semble augurer de potentialités d'évolution très vastes. La dépendance affective avec l'intensité de ses retentissements, les éléments oedipiens mis en avant d'emblée sans filtre, ainsi que l'importance des mises en danger contrastant avec des pans entiers de vie psychique semblant hyperadaptés, peuvent témoigner d'une organisation névrotique précaire comportant un enjeu narcissique trop important pour que la problématique oedipienne soit un organisateur suffisamment solide. Néanmoins, la structure "à nouveau ouverte" (11) de l'adolescent n'autorise que la formulation d'hypothèses.

c)- Addiction, dépendance et pathologies du lien :

Maurice Corcos rappelle que Philippe Jeammet a décrit la dépendance comme l'utilisation à des fins défensives de la réalité perceptivo-motrice comme contre-investissement d'une réalité psychique interne défailante ou menaçante (22). En effet, comme nous l'avons vu plus haut, l'intériorité de certains individus - qu'ils soient aux prises avec des problématiques narcissiques fondamentales ou simplement exposés à des fragilités narcissiques au sein d'une organisation réputée plus solide -, n'offre pas de sécurité intérieure suffisante pour autoriser une possible ré-

gression, sans la menace d'une résurgence d'angoisses plus ou moins intolérables. Toujours selon Maurice Corcos, les objets externes, qui sont classiquement des toxiques ou des comportements, vont être ainsi utilisés de façon dominante et contraignante par ces sujets, dont l'équilibre entier en devient alors massivement dépendant (22). Ces objets accordent néanmoins en retour l'illusion d'une certaine maîtrise de l'individu sur eux par leur matérialité et les rituels comportementaux qu'ils impliquent, beaucoup moins hasardeux que les aléas d'une relation interpersonnelle. Toutefois, ces aménagements sont le reflet des modalités relationnelles que le sujet tisse avec les personnes qui l'entourent, et la substitution toxique, puis comportementale, ou encore affective parfois observée en clinique témoigne de la nature identique de l'objet addictif. Certains auteurs ont articulé ce comportement pathologique de consommation - quel qu'en soit l'objet - avec la lutte contre le vide dépressif favorisé par l'insuffisance chronique ressentie par ces sujets soumis à un Idéal du Moi tyrannique. Alain Ehrenberg a écrit : "Quand la référence n'est plus la règle fixe, quand la loi impersonnelle ne compte plus, autrui est le seul moyen de faire valider ses choix. Cette quête parfois pathétique d'autrui peut, dans les cas les plus extrêmes, devenir une dépendance, un besoin insatiable (...). Ces comportements remplissent le vide dépressif, ils sont une manière de le combler. A la place de l'angoisse, il y a le vide dépressif. L'appel permanent aux objets du monde extérieur est un moyen de remplir le tonneau des Danaïdes qu'est l'intériorité du déprimé. L'implosion dépressive et l'explosion addictive ont désormais partie liée : le vide-impuissance et le vide-compulsion sont les deux faces de ce Janus." (1).

Dans *Le corps insoumis*, Maurice Corcos a relevé différentes constatations sémiologiques communes à la conduite addictive : début fréquent à l'adolescence avec réactivation de l'histoire événementielle de l'enfance, compulsivité avec obsessions idéatives concernant l'objet et la conduite addictive, sentiment de manque ou de vide précédant le recours à l'objet addictif, substitution d'une dépendance à l'objet humain par une dépendance à un objet externe inanimé, disponible et manipulable, dépressivité et lutte anti-dépressive lors des intervalles libres, manifestations somatiques lors du sevrage, maintien masochique de la conduite malgré les effets du manque et les conséquences délétères psychologiques, biologiques et sociales, fréquence des co-addictions lors de l'évolution. Plus la problématique narcissique est prévalente, plus la dépendance est profonde, le sujet ne pouvant alors changer ni de mode d'investissement, ni d'objet du fait de l'indifférenciation régnante et de la butée associée à cet irréparable de la perte. En ce sens, la conduite addictive pourrait avoir pour fonction de protéger le sujet à l'adolescence contre une position génitale vécue comme potentiellement dangereuse car provoquant la séparation d'avec l'objet primaire. Il estime par ailleurs que les fragilités dans le sentiment de continuité d'être trouvent ici modeste compensation dans la continuité de faire, dans l'auto-stimulation d'un rythme addictif apaisant. La recherche de sensations par le recours au perçoit permet l'ac-

cès à un minimum différenciateur entre intérieur et extérieur, de court-circuiter l'accès aux représentations et aux affects, et d'ainsi pare-exciter l'excès pulsionnel. Toujours selon lui, lors des mouvements psychiques propres à l'adolescence, l'individu peut, au travers des conduites addictives, ne plus se sentir tributaire du désir de l'autre et de la déception qu'il peut rencontrer ou qu'il peut occasionner, grâce à cette relation de fusion imaginaire qu'il entretient avec l'objet d'addiction, dans une illusion d'autosuffisance. Mais le piège se renferme sur lui et là où il croyait se libérer du pouvoir de l'autre sur lui, il retrouve la dépendance à un objet matériel : or l'acceptation de cette dépendance permet de ne pas sombrer dans la soumission à son égard (22).

Daniel Marcelli et Alain Braconnier proposent de leur côté l'hypothèse d'une continuité entre les défaillances dans les interactions précoces sous forme d'échecs dans les accordages affectifs précoces et de ruptures répétées de maternage, le défaut du narcissisme, le maintien dans le registre de la sensation, la dépendance à l'objet concret et l'appétence à l'agir. Ils rappellent que Jean Bergeret (1981) met en avant chez les adolescents limites une carence de fonctionnement imaginaire qui aboutit à une incapacité à constituer "un objet interne triangulairement et sexuellement efficient", ce qui provoque une fixation à "un objet externe magique et tout-puissant dont on doit tout attendre, c'est-à-dire tout redouter". La dépendance peut se retrouver dans toutes les structures de personnalité, mais les sujets "entrant dans le cadre de la dépression essentielle en raison de leur anaclitisme", constituent sans doute la catégorie la plus vaste des sujets dépendants. Daniel Marcelli et Alain Braconnier font également référence à Claude Olievenstein (1982) qui insiste tout particulièrement sur ce qu'il appelle "le stade du miroir brisé" où "pour le futur toxicomane, il va se passer (...) quelque chose d'intermédiaire entre un stade du miroir réussi et un stade du miroir impossible... Au moment (...) où doit se constituer un Moi différent du Moi fusionné-mère, tout se passe comme si existait simultanément ce face à face avec le miroir, ce "flash" de la découverte, découverte de l'image de soi, et qu'à cet instant précis, le miroir se brisait, renvoyant à la fois une image, mais une image brisée et une incomplétude là-même où les béances laissées par les absences du miroir ne peuvent renvoyer qu'à ce qui était antérieur : la fusion, l'indifférenciation... Le produit, le rôle du produit, est de se placer là, en lieu et place de la brisure et de l'annuler à ce moment précis" (15).

Or, Maurice Corcos nous enjoint à considérer que la récurrence du symptôme - ici les conduites addictives -, ne sont pas sans façonner une structuration psychique, surtout en période de devenir comme à l'adolescence. La place prise par le symptôme dans l'économie psychique doit être évaluée, car un fonctionnement clinique en apparence coûteux n'est durable que s'il permet de maintenir un équilibre fragile donc vital, à la mesure du risque de désorganisation. Selon lui, la dynamique propre du symptôme addictif permet ainsi le soulagement psychique par sa

fonction auto-thérapeutique de défense effective contre l'intrusion ou l'abandon de l'objet ; le sujet addictif est "prisonnier" de ce besoin profond d'interposer du sensoriel entre lui-même et l'autre ainsi qu'entre lui-même et lui-même (10). Rejoignant le paradoxe adolescent développé par Philippe Jeammet : "ce qui les menace le plus, c'est ce dont ils ont le plus besoin", on peut dire avec Jean-Luc Venisse que face à un vécu d'emprise mentale insupportable, la solution addictive s'impose comme une tentative paradoxale de survie psychique, comme un compromis acrobatique entre revendication d'autonomie et nécessité de dépendance : la dépendance à un comportement avec ou sans produit peut alors avoir valeur d'auto-traitement de substitution d'une dépendance inélaborable à l'entourage le plus proche. Mais l'engrenage et le piège addictif se constitue comme un processus anti-développemental, comme une "panne d'adolescence" (38). Par ailleurs, la jouissance souterraine et les bénéfices relationnels secondaires définis par Maurice Corcos que procure la conduite sont à prendre en compte, de même que sa capacité d'auto-entretien et d'auto-renforcement, sous-tendue par des mécanismes bio-psychologiques et sa potentialité à réorganiser, voire à pervertir, la relation aux autres pouvant moduler sensiblement et durablement le fonctionnement (10). Il fait également observer que la spécificité du toxique ou du comportement joue un rôle décisif par la nature, la brutalité et l'intensité de la jouissance qu'il procure, fixant la conduite dans l'illusion d'une résolution magique de toute conflictualité. La chronicisation est par ailleurs en elle-même un facteur dépressogène du fait des désordres biologiques secondaires et des conséquences psycho-sociales de la marginalisation. L'"objectif" commun de la conduite addictive est de ne pas éprouver, c'est-à-dire "de ne pas penser corporellement" (11). Ce que rejoint l'emploi proposé par Jean Bergeret du terme "addiction" et que nous dévoile Marc Valleur, élaboré à partir de son étymologie : la contrainte par corps, désignant par là le prix corporel payé par le sujet dépendant, que l'auteur renvoyait à une tentative inconsciente de régler une dette contractée ailleurs (39). Pour Maurice Corcos, l'addiction ne peut ainsi clairement pas s'identifier à un symptôme névrotique, définit comme un compromis entre pulsions et défenses, du fait de l'abrasion induite de toute conflictualité d'une pensée vivante (11) : l'addiction ne tient pas lieu de culpabilité contrairement à ce que l'on observe dans bon nombre de névrose, mais ouvre la possibilité d'une identité de compensation face à un vide identificatoire (22).

La dimension ordalique est également fréquemment retrouvée dans les conduites addictives, comme dans la plupart des conduites à risque des adolescents, lorsqu'il s'agit de l'exposition volontaire de soi à une probabilité non négligeable de se blesser ou de mourir, de léser son avenir personnel ou de mettre sa santé en péril. David Le Breton évoque le jeu symbolique avec la mort qui est recherché activement à travers ces conduites, qui se distingue radicalement de la volonté de mourir, car vise à relancer le sens de l'existence constituant "des rites intimes de fabrication

du sens” : “Empruntant des formes variées, elles relèvent de l’intention, mais aussi de motivations inconscientes. Certaines, longuement méditées, inscrites dans la durée, s’instaurent en mode de vie, d’autres marquent un passage à l’acte ou une tentative unique liée aux circonstances. (...) Elles se distinguent absolument de la volonté de mourir, elles ne sont pas des formes maladroites de suicide, mais des détours symboliques pour s’assurer de la valeur de son existence, rejeter au plus loin la peur de son insignifiance personnelle. (...) La mort symboliquement surmontée est une forme de contrebande pour aller fabriquer des raisons d’être. L’issue possible est celle d’exister enfin, de se dépouiller de la mort qui colle à la peau en ayant su la regarder en face. Le sacrifice joue la partie pour le tout. Le jeune abandonne une part de soi pour sauver l’essentiel. Ainsi, par exemple, des scarifications ou des diverses formes d’addiction comme la toxicomanie, l’anorexie. (...) La drogue serait donc le balancier qui autorise la poursuite de la vie, la dose infime de mort qui permet de triompher de la mort réelle dans un jeu ordalique où il s’agit d’arracher journallement une certitude d’être légitimement au monde. (...) Les jeux symboliques avec la mort sont une manière paradoxale de fabriquer du sacré.” (1).

Pour finir, Thierry Vincent a défini la pathologie de la dépendance non comme un échec à devenir indépendant de l’objet, mais une impossibilité d’élargir sa dépendance et surtout sa différenciation, une impossibilité à jouer la perte de l’objet : “Si l’homme, en grandissant, élargit sa dépendance à l’autre et à l’objet, il n’y met jamais fin ; l’indépendance en tant que telle est une illusion, d’autant plus forte d’ailleurs que certains, en particulier les adolescents, confondent l’indépendance avec la liberté. Et cette exigence d’indépendance laisse apparaître d’une manière évidente, nous l’avons vu, un ensemble de troubles psychopathologiques (les addictions, les dépressions,...), pour lesquels la dépendance étroite à l’objet est centrale. (...) Il revient à la psychanalyse d’avoir étroitement associé la question de la dépendance à celle de la différence, faisant de la différenciation le processus permettant l’élargissement de la dépendance, et de la différence sexuelle le prototype de toute différenciation. Le produit de la différence et de l’élargissement de la dépendance s’entend comme différance (au sens où l’entend Jacques Derrida à partir du verbe différer) : plus les objets sont différenciés, plus il y en a, et moins on dépend étroitement d’un seul ou d’un petit nombre d’entre eux, plus ils permettent ainsi de différer le besoin et d’introduire le désir. Lier différence et dépendance, c’est aussi introduire une différence de qualité entre les objets : l’homme ne se nourrit pas que d’objets réels.” (14).

2- Les implications thérapeutiques :

Les particularités psychopathologiques observées actuellement chez beaucoup d'adolescents ou de jeunes adultes en souffrance impliquent des approches thérapeutiques spécifiques et adaptées qui tiennent compte de ces modalités de fonctionnement psychique. Comme le rappelle Maurice Corcos, la thérapeutique "s'était attachée pendant tout un temps à libérer le sujet de ses entraves, alors que dans nos sociétés plus libérales, plus violentes, il s'agit désormais de trouver des modalités de contention de la pulsionnalité pour éviter qu'elle ne déstabilise un Moi fragile. En d'autres termes plus crus, il s'agissait de se libérer de la névrotisation "opérée" par la génération précédente pour "jouir sans entrave", alors qu'il s'agirait plus aujourd'hui de restaurer la place des parents et leur fonction de repères. Cette simplification, si elle est abusive, n'est pas sans vérité" (22). Dans la même perspective, on peut relever les limites actuelles contre lesquelles les pratiques institutionnelles et les professionnels butent dans leur accompagnement auprès des jeunes en difficulté. Tout d'abord, le cadre psychothérapeutique individuel est mis en difficulté du fait que les règles et les codes sociaux sont moins bien intériorisés, la régularité du travail psychique est difficile, la pratique des associations libres est associée à une perte de contrôle. Par ailleurs, la problématique du lien à l'autre associe actuellement une proximité relationnelle qui devient trop excitante ou trop intrusive, et une distance relationnelle qui bascule instantanément dans un sentiment de rejet ou d'abandon, mettant grandement à mal le lien à l'autre, avec une fréquence accrue de frustrations, d'exigences, d'agressivité voire de violence. Ensuite, on s'est déjà penché plus haut sur la prédominance de l'agir qui prend le pas sur la pensée, réduisant la capacité d'introspection et de travail d'élaboration, rapidement source de frustration et de désespoir. Enfin, les dispositions actuelles de la temporalité impliquent que le délai est mal supporté, la perspective historique est abolie au profit d'une réduction au présent. De toutes ces considérations découlent des pistes générales dans la prise en charge de ces jeunes : une thérapeutique institutionnelle réfléchie et tenant compte des particularités psychopathologiques en question, l'utilisation d'activités thérapeutiques qui évitent la confrontation à la relation interpersonnelle immédiate, permettent la médiation par un groupe ou un support, favorisant les échanges horizontaux et on verticaux de plaisir et d'émotions partagés ; la mise en place d'objectifs de soins formalisés qui donnent la possibilité de voir concrètement les efforts et les avancées réalisés ; la réintroduction d'une temporalité sous forme de travail en individuel autour de l'histoire personnelle ou familiale ; la mise en place de mesures concrètes en fonction de la situation sous forme d'hospitalisation, de contrat de soins défini, ou encore de mesures éducatives, d'accompagnement à la rescolarisation, etc.. ; l'importance du travail en réseau que ce soit avec l'entourage ou d'autres professionnels, dans la garantie de la place et de la fonction de chacun ; le travail d'élaboration psychique dans un deuxième temps lorsque l'espace psychique est suffisamment consistant pour accepter les conflits et permettre leur mise en sens.

a)- Prise en charge institutionnelle :

Lorsque la situation de l'adolescent en souffrance le requiert, la prise en charge au niveau institutionnel dans les unités d'hospitalisation est un des éléments majeurs de la thérapeutique. Tout d'abord, en tant que lieu physique et concret, délimité par une frontière circonscrite (murs, parc, clôtures,...), l'institution définit une unité matérielle qui marque un repère et un contenant pour les patients hospitalisés, mais aussi pour les soignants et autres professionnels impliqués, ainsi que pour l'entourage des patients et le reste de l'organisation sociale. Les règlements qui régissent les institutions, notamment les institutions de soins, définissant une place, un rôle, des droits et des devoirs à chacun et en délimitant la nature des rapports entre les personnes, permettent dans un premier temps de sortir de l'indifférenciation qui imprègne l'histoire de beaucoup de patients accueillis. Nathalie de Kernier insiste dans le cas particulier de la tentative de suicide - mais dont le raisonnement peut, je pense, s'appliquer pour tout acte symboliquement grave - la dimension traumatique du geste et la nécessité qu'il "fasse événement" au plan psychique et familial, en permettant une relance du processus de subjectivation et de la construction identitaire (33). Cela est rendu possible par l'accueil de la souffrance du sujet qui doit être entendue et la demande de mise sens et de réaménagement de la situation actuelle qui doit être perçue. L'hospitalisation systématique au décours du geste suicidaire de l'adolescent telle qu'elle est proposée dans les recommandations, peut être la sanction - c'est-à-dire l'acte de validité - qui marque à tous cette nécessité.

Les institutions soignantes s'étaient sur les systèmes culturels et symboliques qui sont à l'origine de l'institution, de son histoire, de son organisation, de son mythe et de sa mémoire, et qui permettent aux professionnels de s'affilier à une pensée et à des valeurs partagées, de définir leurs fonctions et leur identités professionnelles. Le système imaginaire est défini au sein de l'institution par le travail d'équipe autour des patients accueillis, par la réflexion autour du fonctionnement de l'institution, et par l'élaboration de projets, du devenir. Le maintien harmonieux de ces différents systèmes est indispensable à la bonne de santé de l'institution et à la préservation de sa capacité de soigner. En effet, l'installation du déni de l'origine, de l'histoire, de l'aspiration de l'institution expose au risque de la répétition, de la ritualisation de son fonctionnement, avec dépérissement de la subjectivité de chacun amenant progressivement à l'instauration d'une bureaucratie, que certains tiennent pour l'incarnation emblématique de la pulsion de mort. De même, le dysfonctionnement du cadre et l'absence de possibilité de penser expose au risque d'un repli sur des appuis narcissiques avec surgissement de défenses groupales archaïques : projections agressives, résistance au changement, fonctionnement paranoïaque, inhibition de pensée, toute-puissance,... Or la solidité de l'institution est absolument indispensable, et ce d'autant plus que les patients accueillis sont en grande

fragilité psychique, car alors, ils ne sont plus en mesure de porter leur appareil psychique, le déposant à l'intérieur de l'institution pour constituer ce que Philippe Jeammet a appelé "l'espace psychique élargi" que je développerai un peu plus en détails après. Cet appareil psychique fragile et fragmenté est ce qui fait souffrir l'adolescent, parfois jusqu'à un vécu persécutoire, il va donc attaquer l'institution qui le porte et qui le représente, pour vérifier s'il peut subsister : si l'adolescent trouve là une institution morcelée et brisée, se disloquant sous les attaques, c'est insupportable, car le cadre - donc une partie de son appareil psychique - ne tient pas. On peut ici faire l'analogie avec l'émergence des pulsions agressives chez le nourrisson en face de qui, malgré toutes les attaques, la mère et donc la pulsion de vie, tiennent bon. Le cadre institutionnel met à l'épreuve les modalités d'interaction du patient et son aptitude à l'investir dans un schéma relationnel qui reproduit le système familial ce que Maurice Corcos illustre avec une citation de Cahn, 1998 : "un tel cadre n'a de sens que pour autant qu'il permet, à partir de ce qui est proposé et réalisé, mais inexorablement, la compulsion de répétition" (22).

Michel Botbol a développé l'idée d'un traitement par l'institution ou plus précisément "par l'environnement" pour des adolescents présentant des configurations cliniques proches des organisations limites, tenant compte notamment de leurs défenses préférentielles que sont l'agir et la mise en espace : "Cet aménagement du cadre thérapeutique repose sur la notion que le monde interne de ces sujets étant contre-investi, il n'est pas en mesure de tolérer ou d'élaborer les conflits. Alors, l'adolescent est contraint à les exporter dans ce que Philippe Jeammet (1980) désigne comme son "espace psychique élargi", pour désigner cet espace psychique constitué par la psyché de ceux à qui l'adolescent abandonne inconsciemment telle ou telle partie de ses instances à tel ou tel moment de son histoire. L'objet qui appartient à cet espace est alors chargé d'un rôle supplétif qui le conduit à assurer temporairement "une circulation psychique extracorporelle" dont on mesure l'importance lorsque cet objet vient à manquer. C'est un facteur de vulnérabilité pour l'adolescent, mais c'est en même temps une chance pour son traitement. Pour pouvoir jouer son rôle, l'équipe soignante doit saisir cette chance en recherchant tous les moyens de participer à cet espace et en supportant la fonction supplétive que cela implique. (...) C'est autre chose que le transfert et néanmoins essentiel. En forçant un peu le trait, on pourrait dire que devant ces situations où l'on assiste chez le patient à un mouvement de "psychisation" de l'environnement pour permettre une "dépsychisation" de son monde interne, les soignants doivent accepter ce mouvement en assurant temporairement les fonctions supplétives qui résultent de leur inclusion dans l'espace psychique élargi du patient." Ainsi, trois grandes étapes se dégagent du travail institutionnel selon cette approche :

"-Premièrement : exposition de l'équipe aux mouvements d'identification projective du patient qui contre-investit sa conflictualité interne et "l'exporte" dans cet environnement psychique disponible offert par les soignants qui prêtent leur pensée. Dans un premier temps, il s'agit de donner

forme à la conflictualité du patient (dont) la violence et l'ampleur des mouvements excitatoires mobilisés trouvent un terrain propice au sein d'une multitude d'intersubjectivités : plusieurs parties de cette conflictualité se trouvent comme détachées les unes des autres et mises en acte dans les relations différenciées que le patient noue avec les différents membres de l'équipe (...) : tout ne se joue plus en même temps et avec tout le monde. Il y a alors mise en forme et fragmentation de sa densité.

-Deuxièmement : à partir des effets de cette exposition, élaboration collective de l'équipe visant à construire une représentation de ces conflits, en restant au plus près de ce que l'on peut percevoir (...) du monde interne et de l'histoire du patient ainsi que de l'analyse des contre-attitudes des soignants. Les membres de l'équipe se servent pour cela sur leur "empathie métaphorisante" pour tisser une "mythistoire" narrable (Hochmann) et significative.

-Troisièmement : restitution au patient des effets de cette élaboration sous une forme entendable par lui : la parole ou, plus souvent, au travers d'actes multiples, à l'occasion d'interactions quotidiennes (...) ou de recontractualisation du cadre des soins. On a donc ici recours (...) à ce Racamier dénomme des actions parlantes, c'est-à-dire des actions qui valent plus par le sens qu'elles apportent que par ce qu'elles réalisent concrètement."

C'est pourquoi M. Botbol insiste sur la notion que ce traitement "par l'environnement" ou l'institution peut dépasser ses fonctions de cadre pour intervenir directement dans le processus thérapeutique, en proposant à ces patients de se réapproprier leur "espace psychique élargi" grâce au travail élaboratif de l'environnement devenu, pour un temps, le dernier dépositaire de la conflictualité interne de ces patients. Ce traitement comporterait néanmoins des limites lorsqu'il s'agirait de travailler les problématiques à l'oeuvre plus en profondeur, cependant, il peut être un travail préliminaire ouvrant la possibilité d'accès à d'autres types de prises en charge, telles que l'espace psychothérapeutique individuel (27).

L'importance des limites de cadre à poser et à tenir à l'égard de ces jeunes est également à souligner dans leur potentiel structurant et thérapeutique face à ces profils de patients. Qu'elles soient posées d'emblée ou rappelées, qu'elles fassent partie du règlement institutionnel ou qu'elles s'intègrent dans un contrat de soin, elles doivent être connues de tous et expliquées simplement sans entrer dans une justification excessive. Elles peuvent concerner des règles communes s'appliquant à tous comme le respect de soi et des autres, elles peuvent être définies spécifiquement pour un patient en fonction de sa problématique, elles peuvent déterminer des devoirs mais aussi des droits, comme le droit d'être en désaccord et de l'exprimer plutôt que de l'agir. Toute transgression doit faire l'objet d'un rappel ferme des limites, et des sanctions idéalement annoncées à l'avance doivent être prises si nécessaire : interdiction de visites, de sorties ou d'accès au portable, interruption temporaire d'hospitalisation, sortie définitive, etc... Le maintien du cadre témoigne à la fois de la

confiance des soignants dans les capacités des adolescents accueillis et donc de leur possibilité de s'arranger des limites et des contraintes posées, et à la fois de la solidité et de la survivance de cet objet de soin qu'est l'institution au-delà des attaques et des projections des patients.

b)- Contrat de soins et médiations thérapeutiques :

Contrat de soins :

Un autre outil institutionnel intéressant pour les adolescents et l'ensemble des patients au narcissisme fragile, consiste en l'instauration d'un contrat de soin, qui est adapté au cas par cas et peut stipuler divers éléments comme la durée d'hospitalisation ou de soins, des objectifs symptomatiques précis, le respects de certaines consignes, la participations à des outils de soins, etc... La formulation d'objectifs formalisés est souvent très productive en soi, offrant la possibilité au jeune de circonscrire sa problématique sans nécessairement se livrer, et de se montrer actif dans les propositions thérapeutiques. Ces objectifs doivent classiquement être positifs, concrets, réalistes, progressifs, évaluable et relationnels, avec des résultats potentiellement visibles par l'entourage. Il est intéressant que ce contrat soit posé avec le patient et un ou plusieurs référents soignants, ou que du moins soit recueilli l'assentiment minimal du patient à son engagement. Comme le développe Maurice Corcos citant Phillippe Jeammet (1984), le contrat permet en tout premier lieu de "protéger le narcissisme du patient et de lui éviter des conflits de désir en lui donnant la possibilité de méconnaître son implication affective et le poids des investissements". Ainsi, le contrat soulage le patient d'avoir à faire une demande comprenant que la demande est la répétition du symptôme avec ses effets délétères, car elle est chargée d'humiliation dans le sens où elle stigmatise la dépendance du patient et son avidité de passivité. C'est pourquoi les contraintes exercées par le contrat ne visent pas à entraver la liberté du patient, mais à exercer une action contenant, pare-excitante car liante, des éprouvés. Ce qui entrave la liberté du patient est la contrainte symptomatique, plus que la contrainte externe instituée et dont on perçoit dès lors sa fonction de contrepoids : mieux vaut un persécuteur extérieur qu'un persécuteur intérieur. Toujours selon Maurice Corcos, le contrat est donc la référence tierce qui permet d'engager le travail thérapeutique car crée les conditions d'un "rapproché suffisamment sécurisant" : il autorise le processus de représentation chez le patient d'un côté, et d'interprétation chez le thérapeute de l'autre côté. Il observe que cette fonction tierce peut être comparée à l'autorité paternelle qui permet de trianguler - donc de réguler, de protéger - la relation entre le patient et l'espace de thérapie, qui peut lui être comparé au corps maternel, parfois vécu comme infiltrant et omni-puissant par l'adolescent. Ce dégagement de la relation symbiotique d'avec la mère, cette introjection d'un Surmoi suffisamment contenant créent les conditions de sécurité narcissique

dans un espace transitionnel permettant l'accès à la symbolisation et à l'élaboration. Il est évident que les deux parties, à savoir le patient d'un côté et le ou les thérapeutes de l'autre, engagent différemment leurs limites, et le travail est moins aisé dans les cas des registres borderlines ou narcissiques plus que névrotiques en raison de l'intensité ou de la persévérance des passages à l'acte qui mettent à mal la tenue du contrat de soin. Mais toujours selon M. Corcos, le contrat peut également être comparé au statut de l'objet transitionnel : un objet intermédiaire entre le patient et l'équipe, qui peut être manipulé avec douceur ou avec violence, offrant une surface de projection. Le déplacement de l'attaque de soi à l'attaque du cadre, en particulier du contrat, peut annoncer le début du renoncement aux symptômes et la réanimation d'un processus psychique vers l'autonomie, dans un double mouvement de désinvestissement du fonctionnement symptomatique antérieur et d'un investissement progressif de l'ensemble du dispositif institutionnel, or cet investissement, même s'il est parfois massif, est différencié et diffracté sur les différents éléments institutionnels, donc tolérable. Comme l'objet transitionnel doit survivre à la destruction fantasmatique par l'enfant, le cadre doit survivre aux attaques des patients en veillant à ses contre-attitudes (22). La tenue du cadre témoigne de la confiance des soignants dans le fait que le patient a les ressources suffisante pour s'en arranger, pour se contenir, ce qui rassure par la même occasion le patient sur ses capacités qu'il peut alors mobiliser.

Médiations thérapeutiques :

Les médiations thérapeutiques constituent également un outil thérapeutique extrêmement important, vraisemblablement plus accessible pour un bon nombre d'adolescents que d'autres propositions de soins. En effet, les médiations thérapeutiques sont une indication de choix pour les patients présentant des difficultés de verbalisation et d'élaboration, d'expression émotionnelle, en peine pour penser et se penser, ceux également qui ne se plaignent pas ou ne demandent rien. Pour Vincent Berthou, l'expression privilégiée des adolescents par le comportement et l'agir permet là aussi une facilité d'appropriation du soin à travers les médiations thérapeutiques, auxquelles l'engagement par la participation à l'activité est beaucoup moins coûteux sur un plan narcissique que l'assentiment verbal, teinté là encore de soumission. Par ailleurs, la médiation thérapeutique peut offrir un support groupal autour d'une activité en commun qui permet la mise en jeu relationnelle des interactions entre les jeunes patients et avec les adultes soignants, engageant un panel très riche de mouvements interpersonnels qui pourront servir à une réflexion ultérieure : identification, différenciation, rivalité, complicité, transgression, mimétisme, séduction, indifférence... Cette mise en jeu est rendue possible grâce à la sécurité proposée par le cadre thérapeutique de la médiation dont le soignant en est le garant, sécurité qui autorise une certaine prise de risque, d'oser se confronter avec la réalité de ses limites, de ses incapacités, mais aussi de ses potentialités (40). La variété des mé-

diations thérapeutiques (ateliers manuels, corporels, sportifs, culturels, créatifs...) permet d'adapter les propositions de travail en fonction des intérêts et des préférences de l'adolescent, mais aussi en fonction de ses difficultés.

La médiation est un outil proposé par un adulte comme support d'investissement pour l'adolescent, permettant ainsi une rencontre. A cette occasion, adolescents et adultes sont donc réunis autour d'une activité partagée. Ce qui est offert à l'adolescent est un espace pour faire et *être avec* plutôt que dire : l'activité engage le corps même de l'adolescent car pour eux, la pensée et la parole ne suffisent pas, il faut qu'il y ait un mouvement, qu'ils soient mobilisés, pour pouvoir être émus. Comme l'explique à nouveau Vincent Berthou, l'outil de médiation fonctionne comme tiers régulateur qui met de la distance entre l'adolescent et son objet, là où justement il n'y en avait pas assez, adoptant donc un rôle d'écran (projection et protection) : c'est un moyen d'aménager la relation et d'offrir un contenant en privilégiant l'activité, l'implication corporelle, le plaisir, le jeu, la créativité et l'imaginaire. Les ateliers assurent les fonctions de liaison et de séparation, au sein d'un espace délimité dans le temps et les objectifs qui lui sont dévolus, d'une séance à l'autre, autorisant une continuité dans la discontinuité, un avant et un après, un rythme. N'ayant pas d'exigence de production en encore moins de résultat, l'adolescent n'est jamais dans l'obligation de faire ou d'être performant : être là parmi les autres est déjà pour certains une avancée notable. Le partage émotionnel, sans qu'il ne soit jamais demandé à l'adolescent de situer d'où vient le plaisir et le bénéfice tirés de la participation à l'activité, rejoint la définition de l'espace transitionnel selon Donald Woods Winnicott. La réalisation d'une production permet parfois de remettre en mouvement un processus de pensée comme l'illustre Vincent Berthou, citant Nicole Catheline : "Quand les mains sont occupées, la tête est plus libre" (40). Les médiations permettent également aux jeunes de faire un écart avec eux-mêmes, de se découvrir autre, dans différentes situations avec différentes personnes, d'invoquer leur propre altérité à l'intérieur d'eux-mêmes afin de rencontrer l'altérité extérieure, l'autre. Ces différences de points de vue offre la possibilité d'une ouverture pour ne pas enfermer l'adolescent dans un regard par lui-même et par les autres figé.

Concernant les adolescents dont il est question dans ce travail et qui interrogent entre autres choses les limites à tous les niveaux mais notamment corporelles, il est intéressant de s'arrêter un peu plus longuement sur un type d'activités thérapeutiques physiques ou sportives offrant la possibilité d'un semblant d'aventure ou d'épreuve symbolique (escalade, trekking, voilier, parachutisme...). Ces activités plus ou moins "extrêmes" permettent aux jeunes de mener à bien une expédition difficile même si l'encadrement n'en font pas une épreuve dangereuse, de mobiliser leurs ressources personnelles, d'en tirer une fierté et une force qui sécurise les bases narcissiques et les perspectives d'autonomisation. Dans certains cas, ces activités peuvent également résonner avec les

questions ordaliques, initiatiques et de mise en sens que certains adolescents confrontent dans leurs passages à l'acte symptomatiques au risque parfois de mises en danger sévères voire vitales. Lors de ces activités, le risque, même s'il est parfois présent, est souvent virtuel, mais sa charge symbolique n'en est pas moins présente, ce que les conditions de sécurité préalables ne font d'ailleurs que rappeler. Or l'accompagnement par les adultes soignants permet d'assurer au-delà de la sécurité physique minimale, une sécurité relationnelle, une transmission de savoir et surtout une validation et une accréditation des efforts et des capacités mobilisés qui les authentifient, permettant leur sédimentation et leur existence au-delà de l'activité en elle-même. David Le Breton développe dans ce sens le caractère particulièrement représentatif de l'escalade comme médiation thérapeutique :

“Dans sa relation à la paroi, le jeune se sent contenu, il appuie en permanence son corps contre une limite. Son débat permanent envers un monde qui lui échappe se substitue ici à un débat avec une matière dont il accompagne les courbures en les touchant de sa propre main (...). Emblématique, l'escalade conjugue vertige et contrôle, abandon et toute-puissance. Un instant, elle octroie à l'individu le sentiment de s'appartenir, de maîtriser la confusion qui règne au cœur de sa vie. L'acteur est immergé au sein d'un groupe où la responsabilité de l'un appelle en retour celle de l'autre à son égard, sous peine de mettre l'expédition en péril. Injonction homéopathique de lien social et de confiance, sans s'exposer à une trop grande implication. Lors de l'escalade, les règles naissent d'une relation concrète à la nature et découlent de l'efficacité et de la sécurité qui sous-tendent l'action. Le jeune n'est pas ici confronté à une loi qu'il juge vide de sens ou oppressive, imposée de l'extérieur, il construit lui-même dans son rapport à la paroi les modalités d'action auxquelles il se soumet (...). Tenant sa sécurité entre ses mains, il apprend à reconnaître la nécessité de repères et la collaboration avec les autres. Une telle activité met en jeu le risque de mourir, elle sollicite toute l'épaisseur du rapport au monde et exige de prendre sur soi et d'affronter la chute, elle invite à la confiance en soi et dans les autres, elle produit nécessairement des effets sur la sécurité de base de celui qui ose l'entreprise. Elle renforce le lien social et confirme le jeune sur sa valeur, sur la reconnaissance dont il est l'objet de la part de ses partenaires. Elle amène à la prise en considération de l'autre, alimentant ainsi le sens de la responsabilité. L'escalade a d'emblée une résonance symbolique, elle porte sur une “autre scène” les fragilités inhérentes à l'individu et lui offre simultanément un lieu pour les combattre dans un climat propice où se joue en permanence l'essentiel.” (8).

c)- Dispositifs de soins spécifiques :

Unités d'hospitalisation spécialisées :

Au-delà de l'ensemble de ces modalités de soins institutionnelles prises séparément, certains auteurs ont réfléchi à des aménagements spécifiques du cadre institutionnel qui tentent de répondre aux conduites d'agir des adolescents qui vont mal. Des unités de soin spécifiques ont ainsi vu le jour il y a plusieurs années maintenant, dont l'unité ESPACE fait partie, mettant l'accent sur l'aspect intermédiaire entre psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie adulte par une fourchette d'âges des patients accueillis, par exemple 15-35 ans, permettant d'établir une continuité et une transition propre aux problématiques adolescentes. Xavier Pommereau résume l'objectif et l'organisation d'un de ces types d'unités, qui propose ainsi des "actes de soins pouvant faire sens". Il développe l'idée que le "travail préalable de liaison, de l'affect à la représentation et de l'agir et la mise en mots de leur souffrance" est indispensable pour ouvrir ensuite à un travail d'élaboration pouvant se poursuivre en psychothérapie. Les modalités de soins proposées visent ainsi à entrer en résonance avec la problématique des adolescents concernés pour offrir des figurabilités sous forme d'actes thérapeutiques, utiles à ce travail de liaison : "ce que propose notre équipe, c'est un service hospitalier à l'intérieur duquel on ne distingue pas d'un côté les aspects hôteliers et, de l'autre, les outils « nobles » du soin. Il s'agit au contraire d'articuler de manière cohérente les espaces et les temps pour fournir des métaphores véhiculant les principes-clés de contenance (non de détention ou de rétention), de pare-excitation et de différenciation (distinctions entre dedans/dehors, interne/externe, intime/collectif, individuel/groupal). Animé par l'ensemble de l'équipe, ce cadre fournit des contenants et des contenus qui ont été pensés pour produire des figurations signifiantes susceptibles d'être acceptées puis saisies par les adolescents en souffrance. Parmi les autres éléments du cadre, citons :

- le consentement de l'adolescent au séjour proposé, répondant à son besoin de maîtrise, assorti de son acceptation à se conformer au règlement intérieur dont il doit lire les divers points en compagnie du soignant qui l'accueille ;
- l'obligation pour tout patient de souscrire aux 48 heures d'isolement inaugurales, figuration de la coupure à travers laquelle l'institution reprend la main (tant auprès du patient que de son entourage) ;
- dans cet intervalle, l'offre faite aux parents d'être reçus par l'une des assistante sociale du service, pour qu'ils puissent déposer leur propre souffrance, témoigner des difficultés rencontrées et être reconnus comme des interlocuteurs à part entière par les membres de l'équipe. Parents qui bénéficieront ensuite d'entretiens familiaux en présence de l'adolescent ;
- l'implication de chaque patient dans les actes de la vie quotidienne (rangement de la chambre, gestion du linge et utilisation de la laverie interne au service, auto-désignation de deux responsables journaliers de l'état du réfectoire et des parties communes) ;
- l'indication d'emblée d'une durée d'hospitalisation brève de trois semaines en moyenne,

pour déterminer un temps tolérable, figurer une transition, un passage, et éviter l'enlèvement dans la répétition qui ferait perdre leur valeur aux figurations proposées (comme l'addiction aux conduites d'agir le fait par rapport aux tentatives de figurations) ;

- la possibilité d'effectuer plusieurs séjours entrecoupés d'intervalles libres permettant à chaque adolescent d'apprécier lui-même ses possibilités d'engagement thérapeutique ambulatoire et de voir s'il parvient à faire face aux exigences de la réalité externe ;

- l'autorisation de regroupements spontanés contrastant avec l'organisation de rencontres formelles quotidiennes (entretiens individuels, groupes de parole) contribuant à définir un espace de soins intensifs propre à figurer la « réanimation psychique » ;

- la segmentation des temps d'entretien soignant en unités de temps de 30 à 45 minutes, afin de fixer ce qui se poursuivra ultérieurement en termes de séances de psychothérapie ;

- la pluralité des intervenants, chaque patient étant pris en charge par les soignants et par un psychiatre et un psychologue référents qui reverront l'adolescent après sa sortie parallèlement au suivi ambulatoire qui lui sera proposé auprès d'un correspondant de ville ;

- l'animation d'ateliers de médiation (expression corporelle, « boxe éducative », écriture, contes et légendes, etc.) ;

- la mise à disposition de « surfaces de projection » (punching-ball, mur d'expression libre) ;

En situation individuelle et en groupe, les différentes rencontres qui se jouent à l'intérieur du cadre conduisent à des figurations de corps (corps groupal, corps institutionnel) pouvant faire écho aux mouvements que les adolescents incarnent à travers leur corps agissant, dynamique que nous supposons activatrice d'un début d'élaboration psychique pouvant être le prélude à un engagement psychothérapique ultérieur. Bien entendu, les figurabilités proposées par l'équipe réalisent des mises en correspondance conscientes et argumentées, tandis qu'elles restent pour le patient et son entourage, préconscientes et implicites. Mais c'est précisément cette activation du travail du préconscient qui concourt, selon nous, au dépassement de la situation de crise, en restaurant les capacités de représentation et l'accession au symbolique. La délimitation temporelle est soutenue par une définition précise des espaces d'évolution. Trois principes président aux dispositions architecturales : différenciation des lieux, délimitation des seuils et des frontières et aménagement d'espaces de conflictualisation. Nous fournissons une réalité externe spécifique que nous supposons activatrice du processus de construction d'un espace psychique interne. Les modalités de soins offertes et les règles de vie établies sont définies en fonction de ce qu'elles sont censées « réfléchir » en termes de repères, de limites et d'étayages." (21).

Plusieurs auteurs se sont également attaché à définir des grandes lignes directrices destinées aux soignants en institution, concernant plus particulièrement des patients adolescents ou jeunes adultes

présentant une propension aux passages à l'acte et aux mises à l'épreuve du cadre. Jean-Luc Venisse évoque la nécessité de ne pas adopter d'attitudes stéréotypées en conjuguant écoute, compréhension, explication et fermeté, d'éviter les risques de la banalisation du geste comme de la dramatisation grâce à l'aménagement d'une distance intermédiaire adaptée, d'être vigilant aux résonances de la problématique des jeunes avec les propres adolescences des soignants, de faire référence à la loi et à l'interdit symbolique qui est toujours rassurant et structurant, d'éviter la surveillance intrusive en cas de transgression du cadre qui risque toujours d'amener à une surenchère des actes, de lutter contre la tendance à l'annulation envers une conduite symptomatique installée (scarifications, consommation toxique régulière, transgressions répétées...) avec l'intérêt de marquer une limite même symbolique à chaque fois, et enfin, de maintenir rigoureusement les rôles et les places de chacun afin d'éviter la dédifférenciation des fonctions des professionnels de l'institution, mais aussi des partenaires extérieurs professionnels ou non, avec notamment une vigilance accrue concernant la place des parents qui doit être valorisée même s'ils sont dans les faits peu présents (38). Il est aussi fréquemment rappelé l'importance de prendre soin du corps blessé ou malmené à travers une attitude soignante bienveillante évitant les mouvements compassionnels, de valider et d'agréer les vécus internes même douloureux pour valoriser l'identification des sensations, des émotions puis des sentiments. Ainsi, Chantal Lheureux rappelle que la continuité du sentiment d'exister peut s'éprouver progressivement grâce à la présence de l'autre dans la relation thérapeutique, à travers le passage d'une sensorialité inconsciente recherchée compulsivement à une sensorialité consciente qui devient perceptive (29). La rythmicité éprouvée à travers les médiations, les séances d'entretien, le quotidien institutionnel, etc.. aide à renforcer le sentiment de continuité corporelle et d'existence et offre la possibilité de se substituer à la régularité apaisante recherchée à travers les conduites addictives par exemple.

Psychothérapie individuelle :

Certains auteurs ont par ailleurs développé les modalités thérapeutiques applicables à la psychothérapie individuelle avec des adolescents présentant des caractéristiques psychopathologiques limites, lorsque celle-ci est possible et indiquée, c'est-à-dire le plus souvent pour des profils psychopathologiques plutôt structurés se rapprochant des organisations névrotiques, et parfois un peu à distance, après par exemple une première phase de soins en hospitalisation. Alain Braconnier parle d'une psychothérapie orientée vers le développement de la capacité de mentalisation ou de la "fonction réflexive" : " Il s'agit d'acquérir la perception de soi comme un être intentionnel dans la psyché d'une autre personne. Les recherches de Peter Fonagy et son équipe sur la synergie entre les processus d'attachement précoces et le développement de la capacité de l'enfant à comprendre le comportement interpersonnel en termes d'états mentaux sous-tendent ces modalités psychothérapiques.

Cette équipe a montré que cette capacité à mentaliser est vitale pour la construction de l'identité (l'organisation de soi) et la régulation des affects, bien problématiques dans les fonctionnements limites et plus encore dans les troubles limites de la personnalité. La capacité de mentalisation est définie ainsi par Anthony Bateman et Peter Fonagy comme la capacité de « donner du sens à nous-mêmes et aux autres, implicitement et explicitement, en termes d'état subjectif et de processus mentaux ». Il s'agit de savoir discriminer les comportements et d'interpréter les situations interpersonnelles en termes d'états mentaux sous-jacents dont on est dépositaire. Dans cette approche, plusieurs recommandations sont proposées :

- le transfert n'est pas ici interprété mais plutôt explicité ;
- la différence entre réalité et fantaisie doit être régulièrement relevée ;
- la reconnaissance des défenses utilisées et les risques de les modifier doivent être bien pesés ;
- le thérapeute doit accepter d'être le dépositaire de la partie étrangère du Soi et en même temps ne pas la confirmer. Pour cela, l'esprit d'un jeu à deux, véritable espace transitionnel, doit être privilégié" (34).

Pour Alain Braconnier, les psychothérapies analytiques sont à privilégier chez les adolescents dont le fonctionnement se rapproche incontestablement d'une organisation névrotique. Nathalie de Kernier appuie l'intérêt d'une psychothérapie d'inspiration analytique pour certains adolescents suicidants qui présentaient des potentialités de changement du fonctionnement psychique, ce qui a permis, dans son expérience clinique, l'atteinte d'un nouvel équilibre pulsionnel avec le renforcement des identifications narcissiques, colmatant les identifications mélancoliques retrouvées au décours immédiat du geste (33).

Abord familial :

Le travail avec les familles ou avec l'histoire familiale constitue un autre point fondamental de la prise en charge des adolescents. Tout d'abord, il n'est pas rare que ce ne soit pas l'adolescent directement qui effectue une demande de soin, mais son entourage (parents, école, famille...), ensuite l'adolescent est souvent accompagné d'un ou plusieurs membres proches lors du processus de soin, enfin l'environnement relationnel et affectif de l'adolescent, notamment familial, est un des éléments central de la problématique en jeu. L'exemple du génogramme est un des outils du travail sur l'histoire familiale, qui permet son exploration et son articulation avec les difficultés actuelles rencontrées par l'adolescent. Comme le développe Francesca Mosca, il permet d'emblée pour les soignants - mais aussi pour le patient et les membres de la famille - de se représenter concrètement les liens familiaux et la configuration globale de la famille, et il permet également à travers le support thérapeutique du schéma familial dessiné, d'entrer en relation avec le jeune et de faire alliance avec

lui et avec sa famille si par exemple ses parents ont l'occasion de participer à la réalisation du génogramme ; il n'est en effet pas rare de rencontrer certains jeunes plutôt fermés et réticents au contexte d'une consultation médicale psychiatrique, se montrer intéressés par le travail du génogramme et se laisser prendre au jeu de retracer l'histoire, ce qui leur permet ainsi d'apporter leurs connaissances sur le sujet, sortant d'un modèle vertical où le patient serait en position basse. Pour elle, le génogramme porte également en soi une fonction contenant, dans le sens où il donne sa place à chacun, même les membres décédés, exclus, reniés, absents, et fait figurer concrètement les liens de parenté et d'affinité, permettant de définir des étages de générations, des pyramides de filiation, etc... souvent restructurant dans ces familles désorganisées, ébauchant une continuité d'histoires sans être assigné à l'obligation d'une linéarité. La fonction thérapeutique du génogramme réside aussi dans la stimulation des mémoires familiales dont il devient le support narratif : c'est dans l'articulation entre la représentation graphique, les récits qui l'accompagnent et les affects qui s'y rattachent, qu'il est possible d'approcher le mythe familial (41). Les aspects transgénérationnels des difficultés traversées par l'adolescent et qui résonnent avec des événements des générations passées peuvent être abordés, offrant parfois la possibilité de sortir de l'aliénation à un destin familial, aliénant car justement insuffisamment intégré. Des événements traumatiques qui parfois se répètent au sein d'une même famille et qui font l'objet de secrets et de non-dits - pas tant au niveau des faits en eux-mêmes qui peuvent être connus de tous, mais au niveau de l'impact émotionnel qu'ils ont eu sur les différents membres de la famille - peuvent faire surface. Il est intéressant que le génogramme, contrairement au reste du dossier de soin, acquiert un statut d'objet intermédiaire et reste à la disposition de l'adolescent, qui peut le conserver, l'emmener avec lui, le corriger, faire des ajouts, etc...

La rencontre directe avec un ou plusieurs membres de l'entourage familial de l'adolescent - en règle générale les parents - est aussi un levier majeur de la prise en charge. Le plus souvent sous forme d'entretiens formalisés avec ou sans le jeune durant la période d'hospitalisation, ces rencontres peuvent éventuellement déboucher sur une thérapie familiale, idéalement réalisée par une équipe différente de celle qui a assuré les soins en hospitalisation, permettant une différenciation nette des espaces de soins. Un des abords thérapeutiques possibles qui se prête plutôt bien aux rencontres avec la famille est l'approche systémique, qui peut apporter un éclairage nouveau de la problématique à l'oeuvre. Cette approche permet en effet de décentrer le patient de sa pathologie en considérant les symptômes comme expression des difficultés concernant le groupe familial. Le sujet adopte alors le statut de patient désigné, cristallisant sur lui les dysfonctionnements des interactions du système. Ses comportements sont ainsi interprétés comme un message, une forme de communication dénonçant les dérèglements familiaux, qui prennent alors un sens nouveau. Il est parfois possible d'identifier des boucles d'interactions renforçant le symptôme ou empêchant le développe-

ment d'un autre fonctionnement. Il est également parfois possible de relancer une communication jusque là gelée entre différents membres de la famille permettant à chacun de redéfinir plus clairement sa place par rapport aux attentes des autres, un des objectifs étant de pouvoir autoriser l'évolution individuelle de chacun des membres du groupe familial au-delà des résistances et des bénéfices secondaires identifiés. Comme le soulignent Daniel Marcelli et Alain Braconnier, quelque soit le contexte pathologique en jeu, la nécessité d'aborder les dysfonctionnements familiaux se justifie à l'adolescence par le fait que l'adolescent est confronté à une alternative paradoxale : d'un côté il doit rompre avec ses parents pour découvrir son identification d'adulte, mais de l'autre il ne peut retrouver les fondements de son identité qu'à travers l'inscription dans le mythe familial. Le rôle maturant du conflit entre l'adolescent et ses parents s'explique par le respect de la barrière intergénérationnelle (avec la reconnaissance de la limite qu'elle implique) et par l'inscription de l'individu dans un mythe familial (sur quoi se fonde son narcissisme) (15). En pratique et face aux nombreuses situations familiales déjà évoquées de confusion voire d'interversion des rôles, de porosité des limites, de défaut de protection, de rupture et de discontinuités des liens, le renforcement et le soutien des figures parentales dans une place structurante et légitime sur laquelle les adolescents peuvent s'appuyer et se confronter sans risquer le délitement ou au contraire les représailles, est fondamental. Au-delà de la fonction de réassurance que permet cet étayage - notamment par la limite posée à la toute-puissance et à la destructivité des jeunes en difficulté - cela leur offre également la possibilité de se trouver une place ainsi définie, participant là encore au dégagement de l'indifférenciation et de la confusion. Trouvant ou retrouvant une position d'adolescent articulée à des figures parentales structurées, l'espace nécessaire à la relance et à l'élaboration des problématiques adolescentes peut alors s'ouvrir.

A côté des soins psychiques apportés à l'adolescent pris en charge, il est important de garder à l'esprit que certains jeunes avec un parcours plus ou moins chaotique ont déjà rencontré plusieurs professionnels de l'adolescence dans des domaines aussi divers que l'éducatif, le pédagogique, le judiciaire, etc... Il est nécessaire que l'articulation du soin avec les différents professionnels permette un suivi optimal de l'adolescent à différents niveaux par la création d'un maillage cohérent avec ses espaces néanmoins différenciés, au travers d'échanges constructifs et de la création d'un réseau de professionnels. La complémentarité et le partenariat entre les différentes structures en charge est à valoriser car il n'est rien de plus délétère pour beaucoup de jeunes en difficulté que la disqualification des adultes entre eux qui, à travers la méfiance qu'elle véhicule, est très insécurisante. Par ailleurs, la pluralité des espaces de prise en charge permet de diffracter le lien à l'autre et la problématique de dépendance pour éviter l'écueil d'un lien thérapeutique unique et tout-puissant qui ne fait que répéter la problématique présente chez nombre de ces jeunes.

IV- CONCLUSION :

La réalisation de ce travail de thèse autour d'une interrogation qui m'était venue et à partir de situations cliniques personnellement pratiquées a été pour moi d'une richesse incomparable et source d'une réflexion et d'un cheminement très constructifs au niveau clinique et théorique bien sûr, mais également au niveau de ma pratique. La rédaction des cas cliniques et de leur analyse a été particulièrement fructueuse, m'ayant permis une analyse rétrospective et une mise en forme des idées à l'image, je pense, des éléments psychopathologiques en jeu. En effet, à titre d'exemple, cette rédaction a été dans le cas de Vincent, plutôt fluide, cheminant comme au fil d'un récit qui se déroule, permettant d'articuler clairement les éléments en jeu. Dans le cas de Morgane, la narration a été ponctuée de heurts et d'à-coups, entrecoupant des zones plus facilement dépliées mais dont l'assemblage restait indécis. La rédaction de la situation de Cindy a été extrêmement longue et complexe, nécessitant un travail de démêlage, de précision et de définition particulièrement laborieux mais qui en a fait, à mon sens, l'exercice le plus passionnant.

L'évolution des symptômes psychiatriques chez les adolescents et jeunes adultes est une question intéressante qui peut s'entendre à différents niveaux et qui touche à des champs extrêmement variés comme la sociologie, l'anthropologie, la psychologie ou la psychiatrie. Pour ma part, la correspondance entre un premier niveau d'entendement s'articulant autour des trois pôles cliniques suivants : la dépression - prenant plus fréquemment une forme de dépressivité souterraine -, les traits de personnalité limite et la dimension addictive, avec un deuxième niveau autour des trois axes psychopathologiques décrits à savoir : la fragilité narcissique, la prédominance du recours à l'agir et la pathologie du lien et de la dépendance, permet une lecture d'une part éclairante des mécanismes mis en jeu, et d'autre part productive par les considérations théoriques et les implications pratiques qui en découlent. En revanche, la question de l'impact réel des modifications sociétales et de l'environnement sur la construction psychique des individus et de l'augmentation sensible des états-limites favorisés par les circonstances actuelles, me semble délicate à traiter, tant leurs intrications et leur entremêlement sont complexes et situés à différents niveaux difficilement analysables : "Il n'y a pas le social d'un côté et l'individu de l'autre, parce que tout sujet est un sujet social" comme l'écrit Thierry Vincent (14). Mais cela ne doit pas empêcher, bien au contraire, de penser les nouveaux problèmes humains et sociaux d'aujourd'hui, en évitant l'écueil de la nostalgie des temps anciens qui seraient préférables à l'époque que nous vivons. Pour ma part, j'ai plutôt tendance à penser que ces évolutions symptomatiques sont une façon différente d'exprimer la souffrance dans un monde

où les évolutions sociétales sont particulièrement importantes, plutôt qu'une modification profonde des enjeux adolescents et de leur construction psychique.

Les trois situations cliniques rapportées dans ce travail semblent témoigner du fait qu'au-delà de la présentation symptomatologique et psychopathologique correspondant aux trépieds cités plus haut, les enjeux psychiques sont bien différents, recouvrant des organisations plus ou moins structurées par des questions oedipiennes différenciantes et conflictualisantes, ou au contraire soumises à des désagrégations narcissiques qui augurent d'évolutions différentes. C'est en cela que ce profil clinique m'apparaît constituer l'interface entre l'intériorité du sujet et son inscription dans le social de notre époque, mais que les lignes dites structurales sont à évaluer et à considérer chez chacun au-delà de cette présentation : je rejoins en cela pleinement Daniel Marcelli lorsqu'il souligne que "ces sujets ne sont pas tous, loin s'en faut, « limites »", au-delà des symptômes et catégories diagnostiques qui apparaissent, en effet, plus mouvantes et instables qu'auparavant. La prudence doit être de mise sur l'appréciation psychiatrique, car la symptomatologie à cet âge bouleverse fréquemment les cadres théoriques habituels. L'adolescence est une période charnière susceptible de réorganiser la personnalité autour des vulnérabilités et des conduites pathogènes en fixant le sujet dans la répétition pathologique. C'est cette capacité de fixation et d'organisation à cet âge qui en fait tout le risque, mais aussi à l'inverse, tout l'atout possible. Pour Philippe Jeammet, l'apparition d'un symptôme ou d'un trouble du comportement peuvent avoir une valeur adaptative s'ils ne s'installent pas durablement et n'entravent pas le développement du sujet. Néanmoins, ces comportements sont susceptibles de s'ouvrir sur un processus pathologique qui s'auto-entretient (17).

Les éléments communs de ces profils cliniques appellent des approches thérapeutiques spécifiques, qui devront bien évidemment être adaptées et aménagées en fonction du niveau de structuration psychique sous-jacent et de l'évolution. Dans une perspective très globale, on peut s'appuyer sur la réflexion de Maurice Corcos au sujet de la prise en charge qui "s'était attachée pendant tout un temps à libérer le sujet de ses entraves, alors que dans nos sociétés plus libérales, plus violentes, il s'agit désormais de trouver des modalités de contention de la pulsionnalité pour éviter qu'elle ne déstabilise un Moi fragile. En d'autres termes plus crus, il s'agissait de se libérer de la névrotisation "opérée" par la génération précédente pour "jouir sans entrave", alors qu'il s'agirait plus aujourd'hui de restaurer la place des parents et leur fonction de repères. Cette simplification, si elle est abusive, n'est pas sans vérité". On peut ainsi dégager des pistes de prises en charge adaptées à ces jeunes comme une thérapeutique institutionnelle réfléchie et tenant compte des particularités psychopathologiques en question ; l'utilisation d'activités thérapeutiques qui évitent la confrontation à la relation interpersonnelle immédiate, permettent la médiation par un groupe ou un support, favorisant les échanges horizontaux et on verticaux de plaisir et d'émotions partagés ; la mise en place

d'objectifs de soins formalisés qui donnent la possibilité de voir concrètement les efforts et les avancées réalisés ; la réintroduction d'une temporalité sous forme de travail en individuel autour de l'histoire personnelle ou familiale ; la mise en place de mesures concrètes en fonction de la situation sous forme d'hospitalisation, de contrat de soins défini, ou encore de mesures éducatives, d'accompagnement à la rescolarisation, etc.. ; l'importance du travail en réseau que ce soit avec l'entourage ou d'autres professionnels, dans la garantie de la place et de la fonction de chacun ; le travail d'élaboration psychique dans un deuxième temps lorsque l'espace psychique est suffisamment consistant pour accepter les conflits et permettre leur mise en sens. L'importance des limites de cadre à poser et à tenir à l'égard de ces jeunes est également à souligner dans leur potentiel structurant et thérapeutique face à ces profils de patients : elle témoigne à la fois de la confiance des soignants dans les capacités des adolescents accueillis et donc de leur possibilité de s'arranger des limites et des contraintes posées, et à la fois de la solidité et de la survivance de cet objet de soin qu'est l'institution au-delà des attaques et des projections des patients. L'abord familial est également d'une importance centrale, tant au niveau de l'histoire et de la dynamique familiales qui sont absolument opérantes dans les problématiques adolescentes, mais également au niveau des rencontres avec la famille et en particulier les parents. Le soutien et le renforcement des rôles parentaux allant de pair avec la délimitation et la différenciation des places de chacun est souvent nécessaire, en prenant garde aux aspects parfois projectifs et clivants parfois à l'oeuvre dans certaines configurations familiales, qui ne doivent pas conduire à leur disqualification.

V- BIBLIOGRAPHIE :

1. Ehrenberg A. La fatigue d'être soi: dépression et société. Paris: Odile Jacob; 2000.
2. Van Damme P. Dépression et addiction. Gestalt. S.F.G. 2006 Feb;208.
3. Marcelli D. Adolescents et société : remarques sur les aménagements névrotiques et leur évolution dans le temps. Corps et société aujourd'hui. Le Bouscat: L'Esprit du temps; 2011. p. 585–93.
4. Soulet M-H. Nouvelles pathologies sociales et transformations de l'action sociale. Destins politiques de la souffrance. Ramonville Saint-Agne: Éres; 2009. p. 85–98.
5. Garcia J-P. L'enfant sans gravité. De Crime et châiment à Match Point. Empan. 2007;67(3):120.
6. Aubert N. Violence du temps et pathologies hypermodernes. Clin Méditerranéennes. 2008;78(2):23.
7. Gauchet M. Mutation dans la famille et ses incidences. Rev Lacanienne. 2010;8(3):17.
8. Le Breton D. Conduites à risque: des jeux de mort au jeu de vivre. Paris: Presses universitaires de France; 2002. 223 p.
9. Marcelli D. Nouvelles violences à l'adolescence... Quelles limites ? Enfances Psy. 2010;48(3):119.
10. Corcos M, Jeammet P. Conduites à risque et de dépendance à l'adolescence : la force et le sens. Psychotropes. 2006;12(2):71.
11. Corcos M. Le corps absent approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires. Paris: Dunod; 2010.
12. Raffy A. La pédofolie : de l'infantilisme des grandes personnes. Bruxelles: De Boeck; 2004.
13. Gassmann X. Les nouvelles pathologies comme sanction de l'écart à la norme. Lett Enfance Adolesc. 2004;58(4):41.
14. Vincent T. L'anorexie. Paris: O. Jacob; 2006.
15. Marcelli D, Braconnier A. Adolescence et psychopathologie. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2008.
16. Jeammet P. Les contradictions de l'adolescence. Études. 2008;(409):148.
17. Jeammet P. L'adolescence aujourd'hui, entre liberté et contrainte. Empan. 2007;66(2):73.
18. Raynaud J-P. Troubles de l'humeur et troubles bipolaires à l'adolescence [Internet]. <http://medecine-pharmacie.univ-rouen.fr>. [cited 2014 Jul 15]. Available from: http://medecine-pharmacie.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichier?ID_FICHER=7741

19. American Psychiatric Association, Crocq M-A, Guelfi J-D. DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2004.
20. Goodman A. Addiction: definition and implications. *Br J Addict.* 1990 Nov;85(11):1403–8.
21. Pommereau X. Figurabilités corporelles à l'adolescence : des conduites d'agir aux actes de soins en institution. *Adolescence.* 2006;57(3):623.
22. Corcos M. Le corps insoumis psychopathologie des troubles des conduites alimentaires. Paris: Dunod; 2011.
23. Winnicott D W, Audibert C, Kalmanovitch J. La capacité d'être seul. Paris: Éd. Payot & Rivages; 2012.
24. Bonnichon D. Suicide ou meurtre en famille ? *Topique.* 2011;117(4):117.
25. Freud S. Deuil et mélancolie. Paris: Éd. Payot & Rivages; 2010.
26. De Kernier N, Marty F, Canouï P. Attaque de soi à l'adolescence, désir et refus de séparation ? *Cah Psychol Clin.* 2008;31(2):25.
27. Botbol M, Balkan T. États limites en institution : une psychothérapie par « l'environnement ». *Psychothérapies.* 2006;26(1):15.
28. Jeammet P. Adolescence et dépendance. *Psychotropes.* 2005;11(3):9.
29. Lheureux-Davidse C. « Vécus corporels chez des personnes autistes. La place du corps et de la sensorialité dans les installations en clivage ». Le corps vécu chez les personnes âgées et les personnes handicapées. Dunod. Paris; 2009. p. 173–85.
30. Lheureux-Davidse C. Autisme et addictions. *Rech En Psychanal.* 2005;3(1):31.
31. Pommereau X. Les violences cutanées auto-infligées à l'adolescence. Le corps dans le langage des adolescents. Maison des adolescents du Rhône. Ramonville-Saint-Agne: Érès éd.; 2009.
32. Pommereau X. L'adolescence scarifiée. Paris: Harmattan; 2009.
33. De Kernier N, Canouï P, Golse B. Prise en charge des adolescents hospitalisés à la suite d'un geste suicidaire ou d'une menace suicidaire. *Arch Pédiatrie.* 2010 Apr;17(4):435–41.
34. Braconnier A. Clinique des fonctionnements limites à l'adolescence : deux modèles psychothérapiques. *Carnet PSY.* 2012;160(2):39.
35. Braconnier A, Bernard Golse, Maurice Corcos. Rencontre avec André Green. Dépression du bébé, dépression de l'adolescent. Toulouse: Érès; 2010. p. 169–78.
36. Corcos M. Ce qui guérit et apaise les adolescents borderline, c'est le temps relationnel. *ASH.* 2013;(2839):22–3.
37. Poupert F, Pirlot G. Psychose hystérique : solution psychotique à l'irruption de la sexualité génitale ? *L'Évolution Psychiatr.* 2011 Oct;76(4):571–84.
38. Venisse J-L. Microsoft PowerPoint - DU RISQUE A LA DEPENDANCE (DU ADOS DIFFICILES).ppt - DU RISQUE A LA DEPENDANCE (DU ADOS DIFFICILES).pdf [Internet].

[cited 2014 Jul 17]. Available from: [http://s288518143.onlinehome.fr/dsc053678350/pdf/DU%20RISQUE%20A%20LA%20DEPENDANCE%20\(DU%20ADOS%20DIFFICILES\).pdf](http://s288518143.onlinehome.fr/dsc053678350/pdf/DU%20RISQUE%20A%20LA%20DEPENDANCE%20(DU%20ADOS%20DIFFICILES).pdf)

39. Valleur M. Au-delà des produits, les conduites addictives. Actual Doss En Santé Publique. 1998;(22):43.
40. Berthou V. Les médiations thérapeutiques avec les adolescents. Coq-Héron. 2012;209(2):93.
41. Mosca F, Garnier A-M. Le génogramme, outil de base en pédopsychiatrie. Thérapie Fam. 2005;26(3):247.

VI- ANNEXES :

1- Annexe 1 :

ETUDE STATISTIQUE DIAGNOSTIQUE AU **SERVICE D'HOSPITALISATION** **INTERSECTORIEL DE** **PEDOPSYCHIATRIE :**

Pauline GAYET, interne de psychiatrie CHU de Nantes

Etude réalisée dans le cadre du mémoire du diplôme inter-universitaire des Adolescents Difficiles

Novembre 2012

1- Objectif de l'étude :

Cette étude statistique s'inscrit dans la rédaction du mémoire professionnel rédigé dans le cadre de la validation du diplôme inter-universitaire des Adolescents Difficiles, année universitaire 2011-2012. J'ai choisi de mener une réflexion sur ce que l'on appelle les "nouvelles pathologies" des adolescents actuels, et les évolutions des diagnostics posés chez les adolescents accueillis en service d'hospitalisation psychiatrique. Mon mémoire s'intitule ainsi : *Les nouvelles pathologies de l'adolescent : définition, déterminants et implications*.

Je me suis tourné vers le Service d'Hospitalisation Intersectoriel de Pédopsychiatrie (SHIP) de Loire-atlantique dans l'objectif de pouvoir mettre en évidence une évolution - ou non - des diagnostics psychiatriques posés chez les adolescents hospitalisés, depuis plusieurs années. Avec l'accord du Dr Carole Gétin, j'ai réalisé une étude comparative entre les diagnostics posés pour les jeunes hospitalisés dans l'année 1999, deuxième année d'ouverture du SHIP, et les diagnostics posés pour les jeunes hospitalisés dans l'année 2011.

Pour chaque patient hospitalisé, un dossier médical est tenu à jour qui comporte une cotation diagnostique réalisée par le médecin référent, dans deux classifications différentes : la CFTMEA (Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent), classification pédopsychiatrique française la plus anciennement utilisée, et encore celle de référence pour de nombreux pédopsychiatres actuels, et la CIM 10

(Classification Internationale des Maladies, 10ème édition), classification plus récente, non spécifiquement psychiatrique.

J'ai ainsi récolté un diagnostic CFTMEA et un diagnostic CIM 10 par patient hospitalisé, et j'ai comparé l'ensemble des diagnostics obtenus au sein de leur classification propre, entre les deux années.

2- Etude statistique comparative :

Année 2011 :

-Nombre total de patients hospitalisés : 109

-Sexe ratio : 64 garçons (58,7%) et 45 filles (41,2%)

-Etude diagnostique :

a)- Deux classifications : 100 diagnostics CFTMEA (il manque 9 diagnostics) et 107 diagnostics CIM-10 (il manque 2 diagnostics)

b)- Regroupement des diagnostics en 3 grandes catégories :

Pathologies limites et de l'agir :

CFTMEA : pathologies limites et troubles des conduites et des comportements :

-dysharmonies évolutives 3.0 : 4

-pathologie limite avec dominance des troubles de la personnalité 3.1 : 4

-pathologie limite à dominante comportementale 3.3 : 8

-dépression liée à une pathologie limite 3.4 : 4

-autres pathologies limites 3.8 : 2

-anorexie mentale 7.10 : 1

-anorexie mentale restrictive 7.100 : 2

-tentative de suicide 7.2 : 7

-troubles liés à l'usage de drogues ou d'alcool 7.3 : 1

-fugues 7.73 : 2

-violence contre les personnes 7.74 : 6

-conduites à risque 7.75 : 3

-autres troubles caractérisés des conduites 7.78 : 11

-autres troubles des conduites et des comportements 7.8 : 2

-troubles des conduites non spécifiés 7.9 : 2

Nombre de diagnostics : 59

CIM-10 : troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives, syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et des facteurs physiques, troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte, du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence :

- troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques - intoxication aiguë F13.0 : 1
- anorexie mentale F50.0 : 3
- anorexie mentale atypique F50.1 : 1
- personnalité dyssociale F60.2 : 1
- personnalité émotionnellement labile F60.3 : 1
- personnalité émotionnellement labile - type borderline F60.31 : 2
- trouble des conduites limité au milieu familial F91.0 : 4
- trouble des conduites, type mal socialisé F91.1 : 7
- trouble des conduites, type socialisé F91.2 : 1
- autres troubles des conduites F91.8 : 9
- trouble des conduites, sans précision F91.9 : 10
- troubles des conduites avec dépression F92.0 : 8
- mutisme électif F94.0 : 1
- trouble de l'attachement de l'enfance avec désinhibition F94.2 : 2
- autres troubles précisés du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence F98.8 : 2
- violence physique R456 : 2
- antécédents personnels de lésions auto-infligées Z91.5 : 3

Nombre de diagnostics : 58

Pathologies psychotiques et autistiques :

CFTMEA : autisme et troubles psychotiques, déficiences mentales et troubles des conduites et des comportements :

- autisme infantile précoce - type Kanner 1.00 : 1
- psychose précoce déficitaire - retard mental avec troubles autistiques ou psychotiques 1.02 : 1
- dysharmonies psychotiques 1.04 : 5
- autres psychoses précoces ou autres troubles envahissants du développement 1.08 : 1
- psychoses précoces ou troubles envahissants du développement non spécifiés 1.09 : 1

- troubles délirants 1.2 : 1
- troubles psychotiques aigus 1.3 : 2
- autres troubles psychotiques 1.8 : 1
- troubles psychotiques non spécifiés 1.9 : 1
- déficience mentale 5 : 1

Nombre de diagnostics : 15

CIM-10 : schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants, troubles du développement psychologique, troubles de l'humeur, troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence :

- autres formes de schizophrénie F20.8 : 1
- trouble délirant F22.0 : 1
- autres troubles délirants persistants F22.8 : 1
- autres troubles psychotiques non organiques F28 : 1
- psychose non organique, sans précision F29 : 1
- autisme infantile F84.0 : 1
- autisme atypique F84.1 : 2
- autres troubles envahissants du développement F84.8 : 7
- trouble envahissant du développement, sans précision F84.9 : 1

Nombre de diagnostics : 16

Pathologies névrotiques et autres :

CFTMEA : troubles thymiques, troubles névrotiques, troubles réactionnels, troubles des conduites et des comportements et variations de la normale :

- troubles thymiques de l'adolescent 1.41 : 1
- épisode dépressif sévère sans dimension mélancolique manifeste 1.4111 : 2
- épisode dépressif sévère avec dimension mélancolique 1.4113 : 1
- épisode dépressif 1.411 : 1
- troubles névrotiques à dominante hystérique 2.1 : 1
- trouble névrotique à dominante phobique 2.2 : 1
- troubles névrotiques à dominante obsessionnelle 2.3 : 4
- dépression névrotique 2.5 : 3
- autres troubles névrotiques 2.8 : 2
- dépression réactionnelle 4.0 : 2
- manifestations réactionnelles 4.1 : 1
- phobies scolaires 7.6 : 5

-moments dépressifs 9.1 : 2

Nombre de diagnostics : 26

CIM-10 : troubles de l'humeur, troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes, syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques, troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte, troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence :

- trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte F31.6 : 1
- épisode dépressif léger F32.0 : 2
- épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques F32.2 : 3
- épisode dépressif, sans précision F32.9 : 2
- trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques F33.3 : 1
- trouble obsessionnel compulsif avec idées ou ruminations obsédantes au premier plan F42.0 : 3
- réaction aiguë à un facteur de stress F43.0 : 1
- état de stress post-traumatique F43.1 : 1
- trouble de l'adaptation F43.2 : 3
- autres troubles névrotiques précisés F48.8 : 5
- trouble névrotique, sans précision F48.9 : 2
- troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité F61 : 1
- angoisse de séparation de l'enfance F93.0 : 1
- autres troubles du fonctionnement social de l'enfance F94.8 : 7
- tristesse R452 : 1

Nombre de diagnostics : 34

Année 1999 :

-Nombre total de patients hospitalisés : 71

-Sexe ratio : 37 garçons (52,1%) et 34 filles (47,9%)

-Etude diagnostique :

a)- Deux classifications : 70 diagnostics CFTMEA/MISES (il manque 1 diagnostic) et 68 diagnostics CIM-10 (il manque 3 diagnostics)

b)- Regroupement des diagnostics en 3 grandes catégories :

Pathologies limites et de l'agir :

CFTMEA/MISES :

- dysharmonie évolutive 3.0 : 14
- pathologie narcissique ou/et anaclitique, dépressions chroniques, abandonnisme 3.01 : 5
- organisations de type caractériel ou psychopathique 3.02 : 5
- anorexie mentale 8.02 : 4
- boulimie sans obésité 8.03 : 2
- tentative de suicide 8.09 : 12
- autres troubles isolés du comportement 8.10 : 2

Nombre de diagnostics : 44

CIM-10 :

- anorexie mentale F50.0 : 4
- boulimie atypique 50.3 : 2
- personnalité émotionnellement labile F60.3 : 1
- autres troubles de la personnalité F60.8 : 5
- troubles des conduites F91 : 8
- troubles mixtes des conduites et des émotions F92 : 2
- autres troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels F92.8 : 6
- trouble de l'attachement de l'enfance avec désinhibition F94.2 : 3
- autres troubles précisés du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence F98.8 : 4
- tentative de suicide X84 : 3

Nombre de diagnostics : 38

Pathologies psychotiques :

CFTMEA/MISES :

- autisme infantile précoce de Kanner 1.00 : 1
- autres formes de l'autisme infantile 1.01 : 3
- dysharmonies psychotiques 1.03 : 2
- autres psychoses 1.08 : 1
- déficience mentale 5.06 : 1

Nombre de diagnostics : 8

CIM-10 :

- retard mental F70 : 1
- autisme infantile F84.0 : 1
- autisme atypique F84.1 : 3
- autres troubles envahissants du développement F84.8 : 3
- autres troubles psychotiques non organiques F28 : 1

Nombre de diagnostics : 9

Pathologies névrotiques :

CFTMEA/MISES :

- angoisse, rituels, peurs 9.0 : 1
- dépression réactionnelle 4.0 : 2
- manifestations réactionnelles 4.01 : 2
- troubles névrotiques à dominante anxieuse 2.0 : 2
- troubles névrotiques à dominante hystérique 2.01 : 2
- troubles névrotiques à dominante phobique 2.02 : 1
- troubles névrotiques à dominante obsessionnelle 2.03 : 1
- troubles névrotiques évolutifs avec prédominance des inhibitions 2.04 : 1
- caractères névrotiques, pathologies névrotiques de la personnalité 2.06 : 1
- dépression névrotique 2.05 : 2
- troubles du sommeil : 8.08 : 3

Nombre de diagnostics : 18

CIM-10 :

- autres troubles du développement, des acquisitions scolaires F81.8 : 1
- épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques F32.2 : 1
- trouble obsessionnel compulsif F42 : 1
- troubles de l'adaptation F43.2 : 5
- troubles dissociatifs de conversion F44 : 1
- épisode dépressif moyen F32.1 : 1
- angoisse de séparation dans l'enfance F93.0 : 2
- trouble anxieux phobique de l'enfance F93.1 : 2
- autres troubles émotionnels de l'enfance : F93.8 : 1
- trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance F94.1 : 1
- anxiété généralisée F41.1 : 1
- tentative de suicide X84 : 3

-tristesse R45.2 : 1

Nombre de diagnostics : 21

3- Analyse des données :

A/- Groupe des pathologies limites et de l'agir :

Pathologies limites et troubles du comportement plus détaillés dans le nombre d'items en 2011 qu'en 1999.
Troubles névrotiques et anxio-phobiques beaucoup plus détaillés dans le nombre d'items en 1999 qu'en 2011.

CFTMEA :

-Nombre de diagnostics "états-limites" (3.0, 3.1, 3.3, 3.4 et 3.8) en 2011 : **22 (22%)**

-Nombre de diagnostics "états-limites" (3.0, 3.01, 3.02) en 1998 : **24 (34.3%)**

-Nombre de troubles des conduites et du comportement sans le diagnostic de structure "état-limite" (et sans TCA) (7.2, 7.73, 7.74, 7.75, 7.78, 7.8, 7.9) en 2011 : **34 (34%)**

-Nombre de troubles des conduites et du comportement sans le diagnostic de structure "état-limite" (et sans TCA) en 1999 : **14 (20%)**

Sachant que les troubles des conduites et du comportement en 1999 sont sur-représentés par les TS (**12 TS en 1999 Vs 7 TS en 2011**), et que les fugues, les violences contre les personnes, les conduites à risque, et les autres troubles caractérisés des conduites sont inexistants, contrairement à 2011.

CIM-10 :

-Nombre de diagnostics de troubles de personnalité limites en 2011 : **4 (3,5%)**

-Nombre de diagnostics de troubles de personnalité limites en 1999 : **6 (9%)**

-Nombre de diagnostics de troubles des conduites en tout genre 2011 (sauf TCA) : **50 (47%)**

-Nombre de diagnostics de troubles des conduites en tout genre (sauf TCA) : **26 (38%)**

Sachant que les troubles des conduites sont dominés en 1999 des "troubles mixtes des conduites et des émotions", item minoritaire en 2011 qui comprend par contre des troubles des conduites bien socialisés, mal socialisés, sans précision ou avec dépression et violence physique.

B/- Groupe des pathologies psychotiques et autistiques :

CFTMEA :

Nombre de diagnostics de psychoses en 2011 est de **15 (15%)**, tandis qu'il est de **8 (11%)** en 1999.

CIM-10 :

Nombre de diagnostic de psychose est de **16 (15%)** en 2011, tandis qu'il est de **9 (13%)** en 1999.

C/- Groupe des troubles névrotiques et autres :

CFTMEA :

-Nombre de diagnostics névrotiformes en 2011 : **11 (11%)**

-Nombre de diagnostics névrotiformes en 1999 : **14 (21%)**

-Nombre de TCA en 2011 est de **3 (3%)** contre **6 (8,5%)** en 1999

-Ensemble des diagnostics pathologies névrotiques, réactionnelles et dépressives en 2011 : **26 (26%)**

-Ensemble des diagnostics pathologies névrotiques, réactionnelles et dépressives en 1999 : **18 (26.5%)**

Sachant qu'il n'y a aucun diagnostic de phobie scolaire en 1999 et beaucoup moins d'épisodes dépressifs constitués.

CIM-10 :

-Nombre de diagnostics névrotiformes en 2011 : **10 (9%)**

-Nombre de diagnostics névrotiformes en 1999 : **9 (13%)**

-Nombre de diagnostics dépression et manifestations réactionnelles en 2011 : **14 (13%)**

-Nombre de diagnostics dépression et manifestations réactionnelles en 1999 : **8 (11%)**

-Nombre de TCA en 2011 est de **4 (3,5%)** contre **6 (9%)** en 1999.

4- Conclusion :

Ces résultats ne peuvent évidemment pas aboutir à la formulation de conclusions formelles, étant donné les nombreux biais auxquels ils sont soumis : cotation probablement différente selon le médecin référant, plusieurs diagnostics introuvables pour certains patients qui faussent les statistiques annuelles, non prise en

compte délibérée des nouveaux diagnostics posés en cas de réhospitalisation du même patient la même année, hiérarchisation des diagnostics si plusieurs CFTMEA ou plusieurs CIM 10 avec sélection d'un diagnostic plutôt structurel pour la CFTMEA et plutôt comportemental pour la CIM 10, modification de l'offre de soins psychiatrique pour enfants et adolescents sur le département entre 1999 et 2011.

Toutefois, on peut remarquer une tendance générale à la diminution des diagnostics longitudinaux, à l'augmentation des diagnostics de "troubles du comportement" avec en plus une modification qualitative de ces troubles en question, et une tendance à la diminution des diagnostics recouvrant les pathologies névrotiques.

Ces résultats vont dans le sens d'une évolution effective des diagnostics posés chez les adolescents. Cependant, une modification diagnostique n'est pas forcément synonyme d'une modification psychopathologique, dans le sens où la façon de coter des diagnostics semble elle aussi s'être modifiée, avec une accentuation des diagnostics de symptômes manifestes.

2- Annexe 2 :

Critères d'un épisode dépressif majeur dans le DSM-IV :

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes s'est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.B. : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., pleure). N.B. : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex., modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. N.B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

3- Annexe 3 :

Critères de la dépendance selon DSM-IV :

La dépendance est un mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de douze mois :

1. Tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;
 - b. Effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.
2. Comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Syndrome de sevrage caractéristique de la substance ;
 - b. La même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage.

3. Substance souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que la personne avait envisagé
4. Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance ;
5. Temps considérable passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets ;
6. D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance ;
7. Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

4- Annexe 4 :

Critères de l'addiction selon GOODMAN (1990) :

- A.** Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.
- B.** Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.
- C.** Plaisir ou soulagement pendant sa durée.
- D.** Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.
- E.** Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :
 1. Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation.
 2. Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine.
 3. Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.
 4. Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre.
 5. Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiale ou sociales.
 6. Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement.

7. Perpétuation du comportement, bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou psychique.
8. Tolérance marquée: besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.

F. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.

5- Annexe 5 :

Critères diagnostiques du trouble de la personnalité borderline dans le DSM IV :

Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins **cinq** des manifestations suivantes:

1. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés
2. Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre les positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation
3. Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi
4. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex., dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie).
5. Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations
6. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p. ex., dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours)
7. Sentiments chroniques de vide
8. Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (p. ex., fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées)
9. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères

6- Annexe 6 :

Critères diagnostiques du trouble de personnalité évitante dans le DSM-IV :

Mode général d'inhibition sociale, de sentiments de ne pas être à la hauteur et d'hypersensibilité au jugement négatif d'autrui qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins 4 des manifestations suivantes:

1. Le sujet évite les activités sociales professionnelles qui impliquent des contacts importants avec autrui par crainte d'être critiqué, désapprouvé ou rejeté
2. Réticence à s'impliquer avec autrui à moins d'être certain d'être aimé
3. Est réservé dans les relations intimes par crainte d'être exposé à la honte et au ridicule
4. Craint d'être critiqué ou rejeté dans les situations sociales
5. Est inhibé dans les situations interpersonnelles nouvelles à cause d'un sentiment de ne pas être à la hauteur
6. Se perçoit comme socialement incompetent, sans attrait ou inférieur aux autres
7. Est particulièrement réticent à prendre des risques personnels ou à s'engager dans de nouvelles activités par crainte d'éprouver de l'embarras.

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

NOM : GAYET

PRENOM : Pauline

TITRE DE THÈSE :

CLINIQUE DES ADOLESCENTS EN SOUFFRANCE DE NOS JOURS
ABORDS SYMPTOMATIQUES, PSYCHOPATHOLOGIQUES ET
THERAPEUTIQUES A PARTIR DE TROIS CAS CLINIQUES

RÉSUMÉ

L'évolution des symptômes psychiatriques chez les adolescents et jeunes adultes de nos jours s'oriente vers des profils psychopathologiques qui s'articulent autour de la fragilité narcissique, de la prédominance du recours à l'agir et de la pathologie du lien, et qui pose la question du sens de cette clinique dans notre société. A partir de l'analyse de trois cas cliniques qui permettront de nourrir notre réflexion, nous proposerons l'idée que les réalités psychiques recouvertes par cette présentation symptomatique et psychopathologique commune sont bien différentes selon les individus, nécessitant une évaluation rigoureuse des enjeux psychiques, puis nous dégagerons quelques pistes thérapeutiques qui s'adressent à ces adolescents en difficulté en tenant compte de leurs spécificités cliniques et bien sûr à leur environnement familial.

MOTS-CLÉS

ADOLESCENTS, SYMPTÔME, SOCIÉTÉ, PSYCHOPATHOLOGIE, CAS
CLINIQUES, ANALYSE, FRAGILITÉS NARCISSIQUES, AGIRS, ADDICTION
THÉRAPEUTIQUE, FAMILLE.