

UNIVERSITE D'ANGERS
UFR Lettres, Langues et Sciences Humaines
Département de Psychologie

**Tom et ses comportements violents : quand le recours à l'agir
s'impose chez l'adolescent en situation de handicap.**

Mémoire présenté pour le MASTER 1 Mention Psychologie

par LEROI Ambre,
sous la direction de COMBIER Claudine

Equipe de recherche BePsyLab « Bien-être & processus de subjectivation » Université
d'Angers.

ANGERS, JUIN 2021

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné (e) Leroy Ambre....., déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signature :



SOMMAIRE

Introduction.....	1
I. Revue de littérature :	4
A. Le processus d'adolescence :	4
B. Spécificités du processus d'adolescence chez le sujet en situation de handicap :	7
C. La violence chez l'adolescent en situation de handicap :	11
II- Méthodologie de la recherche :	16
A. Eléments d'anamnèse de Tom :	16
B. Contexte de la rencontre clinique :.....	17
III – Données cliniques et problématique	20
A. Présentation de la situation de recherche :.....	20
B. Déroulement de l'observation / suivi :	20
1) 1 ^{ère} rencontre :.....	20
2) 2 ^{ème} rencontre :.....	21
3) 4 ^{ème} et 5 ^{ème} rencontre :.....	22
4) 7 ^{ème} rencontre :.....	22
5) 9 ^{ème} rencontre :.....	23
C. Points d'étonnement et interrogation clinique.....	25
1) Eléments relatifs à mon implication personnelle :.....	26
D. Réflexion problématique relative à l'échantillon d'étude :	27
E. Présentation détaillée de ce qui fait cas dans la situation :	28
IV – Analyse clinico-théorique et discussion :	30
A. Articulation des éléments cliniques et théoriques :.....	30
1) L'immaturité de son appareil psychique :.....	30
2) Son recours à l'agir :	31
B. Pistes et propositions cliniques	36
C. Ouverture et interrogations toujours en suspens :	37

Conclusion :	39
Bibliographie	42
Annexes :	47
A. Libre réalisation de l'arbre généalogique	47

Introduction

Mon expérience de stage de Master 1 en institut médico éducatif (IME) a été très riche ce qui m'a permis de développer ce travail de recherche. Présente deux jours par semaine dans l'institution durant cinq mois, j'ai bénéficié d'un temps considérable pour m'intégrer aux équipes et effectuer des observations cliniques régulières auprès des jeunes. L'autonomie octroyée par ma tutrice m'a permis d'effectuer librement ces observations, ainsi que de proposer des temps d'échanges plus particuliers à certains jeunes lorsque cela était opportun. L'objectif principal de ce stage était d'approfondir mes connaissances de la clinique du handicap et de découvrir son application chez l'enfant et l'adolescent. Lors d'ateliers éducatifs, j'ai principalement eu recours à une méthode d'observation participante, bien que parfois je sois restée dans une posture plus passive, notamment lors de temps thérapeutiques. Ma présence à toutes les réunions institutionnelles m'a apporté des éléments complémentaires sur les jeunes que j'observais, me permettant une meilleure compréhension de certaines situations ; à l'inverse, j'ai fait part de mes observations cliniques aux équipes afin de leur apporter une nouvelle vision des choses.

L'institut médico éducatif (IME) est un établissement accueillant des enfants et des adolescents âgés de 6 à 20 ans (ou plus) porteurs de handicap mental (déficiences intellectuelles), de troubles du spectre autistique et/ou de troubles psychiques. L'intérêt d'un IME est d'offrir un soutien adapté et un environnement riche en stimulations afin d'améliorer le fonctionnement général des jeunes. L'accompagnement est pluridisciplinaire, il se compose d'apprentissages pédagogiques adaptés, soutenus par une action éducative et thérapeutique, ainsi que d'ateliers pré-professionnels et de temps d'immersion en secteur adulte (pour les jeunes majeurs). L'équipe thérapeutique se compose d'un psychiatre, une psychologue, une psychomotricienne et d'une orthophoniste. L'équipe éducative, mobilise des éducateurs et des enseignants spécialisés.

Lors du premier atelier auquel j'ai assisté, le premier jour de mon stage, l'un des adolescents a fait une crise, dans laquelle il a multiplié les comportements violents. Cette scène m'a relativement choquée et sidérée dans mes capacités à penser, je me suis retrouvée totalement démunie face à la situation, ne sachant pas comment y faire face. Quelques semaines après le début de mon stage, j'ai pris conscience que j'étais enclue à adopter une position fuyante vis-à-vis des adolescents ou jeunes majeurs n'ayant pas accès au langage. Bloquée dans mes élaborations psychiques face à ces handicaps relativement lourds, être sollicitée par ces jeunes était source de malaise pour moi, ne sachant comment communiquer avec eux, ayant ainsi peur

de ne pas les comprendre, ou de ne pas leur apporter de réponse adaptée, ce qui pourrait générer un excès de violence (comme la situation face à laquelle je me suis retrouvée au début de mon stage).

A partir de cette prise de conscience, j'ai effectué des lectures de la littérature existante dans le domaine du handicap, afin de développer mes connaissances, avoir des réponses à mes questions et dépasser cette sidération pour repenser ma clinique auprès de ces jeunes. Ce sera finalement, la lecture des travaux de Korff-Sausse (2013, 2016) qui me permettra de comprendre mes ressentis et de mettre au travail une réflexion afin de les dépasser et de pouvoir être disponible psychiquement pour rencontrer chacun des jeunes dans sa subjectivité quel que soit son handicap. Progressivement, il m'a été possible de développer de plus en plus d'aisance dans mes temps d'observations cliniques auprès des jeunes et d'envisager une réflexion de mes observations cliniques, malgré les événements violents réguliers au sein de l'institution.

Après plusieurs semaines de stage, les éducatrices me sollicitent pour effectuer des observations cliniques sur un atelier particulier auquel deux adolescents participent. Parmi eux, l'un présente d'importantes difficultés de comportement, mettant régulièrement en place des comportements violents envers les autres jeunes de l'IME ainsi que les éducateurs. Si de prime abord, cette rencontre s'est organisée à partir d'une demande de l'équipe, l'étonnement clinique émanant de cette rencontre va me conduire à développer ce travail de recherche. La situation préoccupante de Tom, qui menace de rompre son suivi à l'IME dès qu'il aura 18 ans ; ainsi que l'accroissement de ses comportements violents, rend le travail des équipes de plus en plus difficile. Ce risque important de rupture dans sa prise en charge, fait écho à une précédente expérience de stage que j'ai effectué en secteur adulte, qui me conduit à m'investir particulièrement dans le soutien d'accompagnement d'enfants ou d'adolescents confrontés à un environnement défaillant. L'enjeu de la continuité de son accompagnement me semblait nécessaire, et la manière dont la dynamique transféro-contre-transférentielle (Louppe, 2006) est venue me surprendre a d'autant plus justifié mon investissement dans cette recherche.

Lors de mes expériences dans le domaine du handicap, j'ai constaté que lorsqu'un patient développe un symptôme quel qu'il soit, les professionnels ont tendance à le relier au handicap, ce qui me semble réducteur, déniant les conflits intrapsychiques à l'œuvre chez le sujet en situation de handicap. Si je me permets de relever cela ici, c'est parce que démunies face aux violences de Tom, les équipes, éducatives et thérapeutique s'interrogeaient sur le possible lien entre ces conduites et le handicap de Tom (et plus particulièrement son atteinte frontale).

Cependant, lors de mes rencontres avec lui, il m'a semblé que les éléments traumatisques de son histoire de vie avaient une valeur significative à prendre en considération.

Etudier le cas de Tom, s'est révélé être une évidence, permettant de voir si les comportements chez le sujet en situation de handicap pouvaient avoir un sens subjectif, ainsi que de proposer des solutions pour améliorer sa prise en charge.

Lors d'une expérience de stage en Institut Médico Educatif j'ai fait face à de nombreuses situations de violence dans mes temps d'observations cliniques. Si cela m'a sidéré dans mes capacités de penser un temps, j'ai constaté que les équipes éducatives avaient parfois du mal à y réagir. Ma rencontre avec Tom et notamment la dynamique transféro-contre-transférentielle de cette dernière m'a guidé dans ce travail de recherche. Adolescent de 17 ans, Tom multiplie les comportements violents, interrogeant les équipes sur le bien-fondé de sa prise en charge. A mon tour, je me suis interrogé sur le sens et la fonction que pouvaient avoir ces comportements chez lui, afin d'adapter sa prise en charge, en lui offrant l'accompagnement dont il a besoin. De manière plus générale l'étude de cas de Tom, vise à relever des éléments de fonctionnement de l'adolescent en situation de handicap pour tenter de saisir leur lien avec les actes violents mis en place par les sujets.

I. Revue de littérature :

Avant de présenter l'étude de cas permettant notre réflexion dans ce travail, nous allons présenter les concepts théoriques sur lesquels nous nous sommes appuyées et qui étayeront notre propos. Nous allons tout d'abord définir ce qu'est l'adolescence, puis dans un second temps nous présenterons les spécificités induites par le handicap dans ce processus. Enfin une dernière partie s'intéressera à la clinique de l'agir de l'adolescent.

A. Le processus d'adolescence :

L'adolescence est une étape spécifique du développement humain (Jeammet, 2002), qui représente le moment d'achèvement du processus de maturation du moi à partir de trois transformations essentielles : le désengagement des liens parentaux, la découverte de l'amour objectal et le remaniement des identifications (Dessons, 2020).

Dans la théorie psychanalytique, l'adolescence se caractérise par l'installation d'une nouvelle dynamique pulsionnelle. Les pulsions endormies durant la phase de latence se réactivent à l'adolescence, après un remaniement quantitatif (accroissement des pulsions sexuelles et agressives) et qualitatif (deviennent génitales) (Jebabli, 2011). La puberté (mouvement pulsionnel) induit des phénomènes psychiques, c'est ce que Gutton (2013) appelle le 'pubertaire'.

Le corps pubère permet la découverte de l'objet sexuel chez autrui, l'adolescent est désormais en mesure de trouver satisfaction dans une relation à l'autre, à l'objet, et plus uniquement dans une modalité auto-érotique (Jeammet, 2002). Cette maturité physique de l'adolescent rend possible la réalisation de ses fantasmes œdipiens (c'est-à-dire d'inceste), le sujet se retrouve de nouveau, pris entre son envie de satisfaire ses désirs et les interdits fondamentaux (Dessons, 2020). La poussée d'énergie sexuelle reste non liée et génère une tension psychique chez le sujet, qui a besoin de se décharger (Dessons, 2020). La dynamique conflictuelle de l'adolescence oscille alors entre une victoire partielle du 'ça' : le sujet réussit à satisfaire son désir sexuel (activité fantasmatique, satisfaction sexuelle perverse, agressivité, délinquance...) ; et une victoire partielle du 'moi' qui est source d'angoisses (renforcement des défenses, symptômes névrotiques...) (Jebabli 2011). Ce mouvement pulsionnel fragilise le 'moi' et atteint le narcissisme de l'adolescent (Dessons, 2020). Cette proximité désir/réalité est source d'angoisse pour le sujet, pour qui il devient nécessaire de prendre de la distance, afin de limiter le risque d'une grande proximité incestuelle (Racamier, 2010) et d'infantilisation. (Kammerer, 2006). Le sujet doit opérer un mouvement de distanciation envers ses parents ; ce qui le conduit

à des mouvements de remaniements identificatoires (Dessons, 2020). Ce mouvement correspond à ce que Gutton (1996) décrit comme le processus d'« *adolescens* ». Ce travail est similaire au travail de deuil, l'adolescent doit renoncer à sa vie d'enfant et à ses premiers objets d'amour (perte de l'objet oedipien), (Jebabli, 2011). Ce travail de deuil nécessaire par l'adolescent, engage la modification de ses identifications oedipiennes et vient modifier les idéaux qui y sont liés. Ce renoncement suppose l'acceptation de l'interdit de l'inceste, non plus par crainte de la castration mais bien par reconnaissance symbolique des interdits (Dessons, 2020). Si la première phase de séparation-individuation durant l'enfance a été entravé, alors la seconde, durant l'adolescence, répétera ces impasses en les amplifiant, confrontant l'adolescent à une impossible séparation interne et le maintien dans la dépendance (Dessons, 2020). Le désinvestissement des imagos parentaux va progressivement être substitué par l'investissement et l'identification aux pairs (Jeammet, 2001) associé aux investissements intellectuels et culturels. Ce jeu d'identification permet le remaniement identitaire. Maïdi (2014) évoque la question du double à l'adolescence. L'adolescent acquiert son identité à travers une certaine originalité, tout en étant identique à ses pairs ; parmi eux un autre est particulièrement identifié, il devient alors un double idéal soutenant la subjectivation.

Cette question identitaire est également mobilisée par la problématique du corps de l'adolescent qui est central dans le sentiment d'identité. Les changements corporels nombreux et rapides entraînent l'adolescent dans une position de passivité. Cette dernière effraie et renvoie l'adolescent au vécu de dépendance de l'enfance. Plus les transformations sont brutales plus le sentiment de passivité est important et plus le risque d'effraction traumatique est élevé (Jeammet, 2001). Ces changements brutaux introduisent un sentiment d'étrangeté (Dessons, 2020), qui peut être normal, mais peut également être vécu de manière délirante, en référence aux agonies primitives décrites par Winnicott (1989), où l'adolescent a un sentiment de changements sans fins, où l'angoisse s'inscrit dans un sentiment de ne pas cesser de se déformer/difformier (Dessons, 2020). Ces métamorphoses engagent des modifications dans les représentations que l'adolescent a de lui-même, ce qui nous conduit à développer la question narcissique.

Freud (1914) développe la notion de narcissisme dans un dualisme opposant pulsion de mort et pulsion de vie. Le narcissisme est à comprendre comme l'expression de pulsions d'autoconservation du moi. Le narcissisme est la maturation du 'moi' en tant que produit de différenciation du 'ça', il est à penser face aux modifications du 'moi', notamment à travers les phénomènes d'identification. Freud distingue deux types de narcissisme : le narcissisme

primaire, régi par l'identification primaire à l'autre (avec le désir d'être comme l'autre et les phénomènes de mimétisme), et le narcissisme secondaire correspondant à la dimension sexualisée des identifications, avec introduction de l'objet.

Dans le temps de modification d'investissement de l'adolescence, la libido va se retourner sur le 'moi' du sujet, ce qui confère une place centrale au narcissisme à cette période (Dessons, 2020). Il est investi par le sujet face à la menace que provoquent les changements liés à la puberté, et apparaît comme une tentative pour conserver l'unité menacée d'un corps en métamorphose (Maïdi, 2014). Le sujet adresse son amour de Soi à son Moi-idéal, le narcissisme est déplacé du Moi-réel au Moi-idéal, ce qui crée un sentiment de toute-puissance et d'autosuffisance. Cet investissement narcissique est aussi l'occasion d'investir un Moi-idéal chargé d'idéaux opposés à ceux des parents et ainsi de se différencier un peu plus de ces derniers. La qualité du narcissisme de l'adolescence convoque la qualité des assises narcissiques développée durant l'enfance (Maïdi 2008, cité par Maïdi 2014) et notamment la qualité des interactions précoce (Grimmaud, 2013). Dans ce contexte, certains auteurs ont pu mettre en exergue l'existence d'une dimension négative du narcissisme (Maïdi, 2014).

Kohut, cité par Maïdi (2014), aborde les troubles narcissiques comme un arrêt de développement lié à des carences affectives, éprouvées dans le milieu familial ; qu'il associe à la clinique des adolescents en difficulté. Maïdi (2014) développe le terme de déprivation narcissique, pour décrire les adolescents souffrant de pathologies du narcissisme, de l'identité et de l'idéalité. Le terme de révolte narcissique vient décrire la réaction des adolescents face à cela et se caractérise par une tentative de réparation de la blessure narcissique subie.

Certains auteurs ont déterminé le lien existant entre narcissisme et filiation. Konicheckis (2001) expose à partir d'études cliniques, l'idée que les liens de filiation s'établissent en fonction des besoins narcissiques. L'inscription dans la filiation nécessite l'accès à la différence des sexes et des générations, et les renoncements nécessaires pour y accéder atteignent directement le narcissisme. Chez les sujets ayant des vécus familiaux chaotiques, s'inscrire dans la filiation paraît plus difficile, face à des capacités de mise en scène des renoncements limitées.

Lorsque les relations mère-enfants ne sont pas suffisamment bonnes (Winnicott, 1956), le développement de la capacité à être seul est entravé, l'enfant sera alors continuellement dans la recherche de la présence maternelle pour se rassurer, n'ayant pas intériorisé de ressources auto-apaisantes. Ce défaut de développement rend impossible la tolérance à tout état de tension, conduisant le sujet à chercher satisfaction dans la réalité externe (Dessons, 2020). Plus

l'organisation psychique de l'adolescent sera fragile, plus la réalité externe sera investie pour pallier les défaillances de la réalité interne (ex : nourriture, relations aux autres, ...). L'objet externe peut aussi avoir une fonction de tiers séparateur, être inconsciemment une tentative du sujet de sortir de la relation de dépendance (Dessons, 2020).

Le processus d'adolescence est donc une période cruciale dans la vie du sujet tout autant qu'elle est délicate. Rendant le sujet extrêmement fragile face aux changements brutaux de la puberté, un réaménagement psychique se veut nécessaire pour que le sujet puisse se construire correctement. L'adolescence est une période de remaniement de l'équilibre dedans/dehors, de la relation au corps et aux parents, ainsi que du paradoxe dépendance/autonomie (Dessons, 2020). Ce processus met à l'épreuve les fondements de la vie psychique du sujet et notamment, la qualité des premiers liens, éclairant sur les modalités de relation d'objet, les assises narcissiques, la qualité du monde interne, les défenses à l'œuvre ainsi que la structuration des instances psychiques. Le fonctionnement de l'adolescent est comparable au fonctionnement psychique des états-limites (Estellon 2010, cité par Dessons 2020), notamment face aux alternances de vécu d'angoisse d'intrusion et d'abandon. Les fonctionnements limites à l'adolescence, témoignent de défaillance dans le travail de latence ayant pour conséquence le défaut d'intégration des interdits ; ce qui induit la nécessité de décharger le surplus d'excitation de l'adolescent par le recours au corps, à l'agir (Dessons, 2020).

B. Spécificités du processus d'adolescence chez le sujet en situation de handicap :

Chez les adolescents en situation de handicap, les problématiques sont les mêmes, la puberté réactives des pulsions sexuelles et agressives qui engagent des mouvements psychiques importants. La différence fondamentale à l'œuvre entre le pubertaire chez l'adolescent 'normal' et le pubertaire chez l'adolescent en situation de handicap, concerne les questionnements douloureux sur le handicap lui-même et ce qu'il implique (Michel, 2010).

Le handicap est une source de traumatisme pour les parents de l'enfant qui en est porteur, Ciccone (2016) développe le concept de déception originale pour décrire le vécu d'effondrement des parents face au handicap de leur enfant. Les parents ressentent une culpabilité, non seulement d'avoir engendré un enfant handicapé, mais aussi face aux pensées destructrices qu'ils éprouvent à son égard. L'enfant en situation de handicap atteint ses parents dans leur propre identité humaine (Ciccone, 2016), leur renvoyant une image déformée qui entrave la capacité des parents à se reconnaître en leur enfant (Korff-Sausse, 2016). Ces derniers ont du mal à faire le deuil de l'enfant imaginé qui continue d'exister, ou de coexister avec

l'enfant réel, soit comme un idéal inatteignable, soit comme un double maléfique (Korff-Sausse 2016). Les parents, mettent alors en place des défenses, comme notamment la symbiose secondaire définie par Ciccone (2016), face à une situation de séparation précoce. Le désir des parents est de maintenir une symbiose, un état de non-séparation, basé sur un lien investit massivement à partir d'identification projective. Inconsciemment, les parents ont un fantasme de réintroduire l'enfant dans le ventre pour le réparer. Il n'est pas rare dans ces situations de voir des dyades mères-enfants excluant le père, l'enfant se retrouve enfermé dans une position d'« être » à la mère, ces configurations représentent des systèmes familiaux incestueux, où la confusion des frontières générationnelles est présente. Duriez, cité par Michel 2009, parle même de familio-dépendance, dans le contexte du handicap, où la famille a tendance à se replier sur elle-même. Le handicap introduit également une notion d'imprévisibilité, les parents arrêtent de se représenter des changements futurs, ce qui appauvrit considérablement les relations ; il est possible d'évoquer les phénomènes d'infantilisation très présents dans les situations de handicap, les parents n'envisagent pas d'avenir pour leur enfant en tant qu'adolescent, ni en tant qu'adulte, ils le maintiennent à une place ‘d'enfant pour toujours’, évitant ainsi la séparation.

Ces éléments, créent des anomalies dans la relation parents-enfant, qui empêche, à l'enfant d'intérioriser un bon objet. L'intériorisation du bon objet repose le concept de M. Klein (1946) de la position dépressive. Cette position constitue la reconnaissance que l'objet idéal aimé et l'objet persécuteur haït, est en réalité, un seul et même objet. Cette reconnaissance implique de reconnaître la culpabilité d'avoir attaqué l'objet aimé, de l'avoir détruit et conduit à un désir de réparation. Chez les adolescents en situation de handicap, le handicap représente la preuve que l'on peut être détruit et donc que l'agressivité peut détruire. Exister en soi est un acte destructif qui attaque l'objet maternel, l'existence même de l'enfant handicapé confirme sa culpabilité d'avoir détruit ses parents et de ne pas pouvoir les réparer (puisque le handicap est omniprésent) (Michel, 2010). La culpabilité ne peut donc pas être reconnu (parce qu'elle est trop dangereuse dans sa confrontation à la réalité), le sujet n'accède pas au désir de réparation. Dans ce contexte, la première image que l'enfant en situation de handicap à de lui, s'apparente soit à un crime commis par le sujet dont il se sent coupable ; soit à un châtiment reçu pour une faute qu'il ignore (Michel, 2010). Les parents, eux-mêmes, atteints narcissiquement (face à la différence bébé imaginé bébé réel), ne peuvent investir de manière narcissique l'enfant et entravent son développement psychique (Michel, 2010), qui se construit sur une faille narcissique dès l'origine.

L'enfant en situation de handicap, fait face à ce que Winnicott (1958) décrit comme l'incapacité à être seul ; le sujet face à un environnement insuffisamment bon, serait confronté à l'expérience de la solitude trop précocement créant ainsi une expérience traumatique, qualifiée de détresse psychique relevant d'un sentiment de vide, d'inexistence, que Winnicott (1989) appelle des 'angoisses impensables d'agonie primitive'.

La non-intégration d'un bon objet, prive l'enfant de développer ses propres ressources psychiques, l'enfant n'est pas capable de s'auto-apaiser (qui nécessite l'identification au bon objet intériorisé), cherchant toujours la présence maternelle, la séparation est inenvisageable pour le sujet.

Lorsque survient le pubertaire et la nécessité d'un mouvement de distanciation aux parents, ces expériences précoces douloureuses sont réactivées. La première phase de séparation-individuation ayant été défaillante, la seconde phase vient répéter ces difficultés en les amplifiants. La position dépressive, ainsi que la capacité à être seul sont des temps constitutifs de l'expérience de séparation dans le développement du sujet. Ciccone (2014a), explique comment cette position est remobilisée toute la vie face aux différentes situations de deuils ou de séparations et permet l'élaboration de défenses adaptées dans ces épreuves, Winnicott à son tour affirme que pour les sujets n'ayant pas accès à cette capacité d'être seul, chaque expérience de séparation, de perte, d'éloignement, d'indifférence, de trahison, ou d'incompréhension, les ramènera à cette expérience douloureuse et angoissante de solitude. De ce fait, les possibilités de séparations internes sont quasiment nulles, ce qui tend à maintenir l'adolescent en situation de handicap dans la dépendance (Dessons, 2020).

Chez l'adolescent en situation de handicap, l'adolescence ne s'inscrit pas dans une rupture à l'enfance, mais dans une tentative de remise au travail de celle-ci. L'enjeu va être d'accompagner l'adolescent à assumer deux réalités nécessaires à son entrée dans le processus d'adolescence : réactiver le traumatisme de ses parents et affronter son handicap à travers une nouvelle image de son corps qui se construit (Michel, 2010).

A travers cette nouvelle image du corps, l'objectif est que l'adolescent soit reconnu comme 'humain' par ses parents et de venir contrer l'effet de miroir brisé (Korff-Sausse, 2016) à l'œuvre jusqu'alors (Michel, 2010). Cela nécessite chez les parents une capacité à repenser le traumatisme ; sans quoi les représentations déshumanisées qu'ils ont de leur enfant resteront intactes, faisant perdurer les mécanismes de défense mobilisées (tels que l'infantilisation,

manque de projection dans le futur...) compliquant ainsi les possibilités d'individuation et de séparation de leur enfant (Michel, 2010).

Les adolescents en situation de handicap, sont confronté à une crainte régulière de perte de l'amour de l'objet, face à la culpabilité constante qu'ils éprouvent. Afin d'échapper au poids de la culpabilité ils mettent en place des défenses basées sur le monde extérieur, ce qui altère leur capacité de différenciation et de séparation à l'objet et fragilise leur rapport à la réalité. Toute tension éprouvée pour le sujet est insupportable et cherche à être évacuée dans le monde extérieur à travers différents mouvements (régression, identification à l'objet détruit, retourement de l'agressivité contre soi, inhibition ...). Dans les situations de handicap, l'identification projective est utilisée pour projeter le handicap lui-même à l'extérieur du sujet, ce dernier venant d'ailleurs l'attaquer comme mauvais objet. Le handicap (mauvais objet projeté) n'est alors pas reconnu comme un élément constitutif de l'identité du sujet. Ce mécanisme archaïque convoque également les mécanismes associés de clivage et de déni (Ecotière, 2014). Michel (2009) montre comment le déni du handicap est une modalité investie par les adolescents pour faire face à l'angoisse de la culpabilité. L'enfant peut aussi se défendre en introjectant les attentes des parents et en se conformant à ce qu'ils attendent de lui, c'est ce que Winnicott appelle le faux-self. Cependant, les solutions trouvées dans les objets addictifs peuvent également témoigner de tentatives de séparation en ayant une fonction de tiers séparateur (Dessons, 2020).

Chez le sujet en situation de handicap, les limites que lui impose sa différence, viennent confronter son rapport à la réalité et implique sa renonciation à la toute-puissance. Cette confrontation entre réalité interne et externe peut donner lieu à « des 'glissements' et des jeux de substitutions entre ce qui est impossible et ce qui est interdit » (Bon, 2007, p.115). Le renoncement à certains désirs est interprété comme une limite du handicap et non d'un interdit fondamental. En ce sens, la confrontation de l'adolescent en situation de handicap à la réalité, est d'autant plus difficile à appréhender pour l'adolescent en situation de handicap qu'elle est alourdie de sa « différence », (Bon, 2007). Les mécanismes utilisés fragilisent le rapport à la réalité, le maintien de la toute-puissance entrave l'élaboration d'un sentiment de 'soi' dans la confrontation aux limites entre le possible et l'impossible.

La question des identifications aux pairs, s'inscrit dans une dimension narcissique groupale, le groupe de pairs fonctionne comme un relai identificatoire et un 'moi' auxiliaire permettant au sujet de trouver de nouveaux idéaux en dehors de la famille, (Dessons 2020). Pour l'adolescent en situation de handicap, le jeu des identifications peut être dangereux voire insupportable

(Korff-Sausse, cité par Ecotière 2014). Les identifications aux pairs servent de miroir à l'adolescent pour se reconnaître lui-même et développer son identité ; dans le handicap, se reconnaître dans « un autre différent, handicapé » met en péril l'humanité même que l'on a de soi, et confronte une fois de plus le sujet à la menace d'effondrement. De plus, le regard du groupe de pairs sur l'adolescent a un rôle essentiel, il rejoue quelque chose de l'ordre du regard posé sur soi depuis l'enfance et est constitutif du narcissisme. Ces difficultés relationnelles viennent donc fragiliser un peu plus le narcissisme de l'adolescent en situation de handicap.

Face aux défaillances de l'environnement que nous avons présentées et de l'atteinte narcissique qu'implique le handicap chez le sujet adolescent, il nous est aisé de montrer que ces sujets sont confrontés à la menace d'effondrement, dans leur continuité d'existence.

C. La violence chez l'adolescent en situation de handicap :

A partir des éléments mis en avant concernant le fonctionnement psychique des adolescents en situation de handicap, nous allons présenter dans quelle mesure le recours à l'acte et notamment aux comportements violents, se manifeste chez eux.

Bergeret (1984), cité par Ecotière (2014), différencie la violence qui s'inscrit dans une dimension archaïque liée aux aspects narcissiques, de l'agressivité qui relève de capacités de secondarisation s'inscrivant dans une relation à l'objet différencié. Si l'adolescent en situation de handicap est doté d'un appareil psychique immature, ses comportements violents sont donc à considérer dans une dimension primaire c'est-à-dire narcissique. Aulagnier (1975) évoque une première violence dans la vie du sujet : la violence originale. Cette dernière correspond aux éléments extérieurs qui s'imposent dans le psychisme interne de l'infans ; elle est éprouvée dans le lien précoce à la mère face aux désirs de la mère pour l'infans qui engage ce dernier dans une première confrontation à la réalité. Lorsque le sujet fait l'objet d'une agression dès le temps de l'originale, par la mère (qui n'est pas suffisamment bonne), il est confronté au déplaisir et peut être projeté dans des états de non-sens. Lors de la période oedipienne, la violence originale est remobilisée, dans une dialectique plaisir/réalité. L'enfant oscille entre la recherche de satisfaction et l'apaisement des tensions qu'il doit opérer dans une prise en compte des interdits et des limites. C'est ce que Aulagnier (1975) appelle le processus primaire de développement, l'infans entre dans le langage et rencontre le père il devient enfant. Les failles rencontrées dans ces premiers temps de la violence menacent de se renforcer si les représentations que la mère propose à l'enfant sont excessives et le confronte à une violence secondaire. Ce défaut entrave l'évolution des représentations de l'enfant vers un processus

secondaire, c'est-à-dire la construction du 'JE' à partir de processus d'identification. Selon Bergeret, cité par Favre (2014), dans ces situations, l'instinct violent du sujet s'engage dans une évolution pathologique.

Le recours à l'acte fréquent et intense est mobilisé par les adolescents lorsqu'ils ne bénéficient pas d'un appareil psychique solide (Kammerer, 2006). Les adolescents en situation de handicap, confrontés, dans l'enfance, à des carences qui induisent une extrême dépendance aux objets et qui fragilise leurs limites ; font l'expérience de privations précoces et intenses remettant en cause la fusion de leurs pulsions et l'intégration d'objets internes. Il s'agit la plupart du temps de contextes familiaux où l'accès à l'imago paternel est bloqué et l'imago maternel lui est envahissant, c'est-à-dire les familles où le tiers est exclu (père). Ces environnements entraînent une défaillance d'ordre symbolique d'inscription dans une filiation. Les expériences de séparations viendront réactiver un sentiment de vide (d'inexistence) vécu pendant l'enfance. Les adolescents en situation de handicap présentent une potentialité traumatique sur un plan narcissique, aux prises avec des constellations familiales dans lesquelles les frontières générationnelles s'effacent (Raoult, 2006).

Dans la description de la tendance anti-sociale de Winnicott (1994), le sujet met en place des comportements face à ces phénomènes de déprivation affective, que l'on peut qualifier d'auto-guérissons. Ces comportements provocants cherchent une réaction de l'environnement qui viendrait rassurer le sujet quant à la survie de l'objet face à sa destructivité. Ces tendances s'inscrivent dans l'échec de l'élaboration du stade de la sollicitude et donc de l'incapacité du sujet à transformer son agressivité en fonction sociale. L'agressivité est donc retournée vers le sujet lui-même (même fonctionnement que dans la position dépressive de Klein), qui l'envahit d'une excitation déliée. Le sujet a alors recours à des stratégies capables d'assurer des fonctions de pare-excitation (Chabert, 2000 cité par Raoult, 2006), permettant de pallier à la défaillance des objets internes. Pour s'en défendre, il expulse son monde interne sur des objets externes à partir de mécanismes de défense archaïques tel que : projection, clivage et déni.

Lorsque l'adolescent n'arrive pas à contenir ses éprouvés persécuteurs dans son monde interne, il cherche un responsable à l'extérieur de lui (comme dans le cas d'un traumatisme réel), il cherche à se sentir victime d'un préjudice. La violence est ressentie comme venant des objets externes, sur lesquels l'adolescent projette ses affects et constitue son sentiment d'existence. C'est une tentative paradoxale d'appropriation subjective de ses propres émotions en les attribuant à l'autre et en l'attaquant ensuite pour en finir avec ces éprouvés menaçants. Winnicott (1989) parle d'utilisation d'objets de substitution (addictions, nourriture ...). Ces

défenses archaïques de type projection font subir à l'adolescent sa puberté comme une attaque traumatique (Marty, 2013). Le recours à l'agir s'inscrit dans un mouvement défensif de régression permettant la gestion de l'excès d'excitation non contenu par son monde interne. Les actes violents de l'adolescent représentent un rejet hors de lui de son propre mal-être (Muratori, Milone, Viglione, Romagnoli & Palacio Espasa, 2001).

Selon Raynaud et Moron (1995), cité par Raoult (2006), le recours à l'acte est intimement lié à la fragilité narcissique du sujet. Souvent transgressif, il vise à préserver le narcissisme en façonnant l'illusion d'une coïncidence entre le sujet et son idéal (Raoult, 2006). Le sujet fuit le contact avec sa vie psychique : l'agir remplace la mentalisation. Le recours à l'acte permet de venir résoudre un conflit intrapsychique difficilement représentable pour l'adolescent, qui est alors déchargé de sa tension par l'agir (le corps). Le recours à l'agir permet de transformer la réalité pour qu'elle s'adapte aux possibilités internes du sujet (Marty, 2013), qui fonctionne sur un mode archaïque de soumission au plaisir. La position défiante, souvent adoptée à l'adolescence, vient défier la loi du père, qui est transgressée sans arrêt, et interroge l'amour maternel qui est continuellement carencé. Le recours à l'agir soutient l'omnipotence, ou tout du moins l'illusion de l'omnipotence, ce qui vient faire défaut aux capacités de symbolisation du sujet, qui risque paradoxalement un état de rage narcissique. L'objectif est de maintenir la toute-puissance face à l'angoisse d'anéantissement que génère la réalité de la castration (Carreau-Rizetto, 2003). L'adolescent tente de continuer d'exister à travers le recours à l'agir. Ecotière (2014), remarque que lorsqu'un adolescent est attaqué dans sa « différence », il se sent obligé de se défendre par les coups, cette constatation renforce la dimension de restauration narcissique des comportements violent, étroitement intriqué avec la confrontation à la réalité (porteuse du handicap). Accepter la réalité de la castration est impossible pour le sujet en situation de handicap, le recours à l'acte agit comme tentative de la dénier. Afin de se protéger de cette réalité traumatique, l'adolescent à recours au déni, qui nécessite le recours au clivage. Le recours à l'acte permet de rassurer le sujet face à la présence de l'autre, dans la réalité extérieure, qui est psychiquement dénié. Il vient conforter l'étanchéité du clivage du 'moi' et éliminer les risques d'effraction psychique, dans une tentative de restauration de son sentiment d'existence et d'inscription dans un processus d'individuation.

Diatkine (1983), cité par Raoult (2006), précise que l'agir est un moyen de défense contre la dépression, consécutive du sentiment de dévalorisation et de la fragilisation du narcissisme se heurtant à un Idéal du Moi grandiose. La puberté est traumatisante chez le sujet en situation de handicap, le confrontant d'autant plus à l'angoisse d'effondrement. Le sujet ne pouvant accepter

cette position passive utilise le recours à l'acte pour tenter de reprendre la maîtrise sur l'objet, dans une dynamique défensive de renversement de sa passivité en position plus active dans l'agir (Green, cité par Raoult, 2008). Les sentiments d'intrusion et d'emprise provoquent des réactions de colère et de retrait permettant au sujet de se défendre face aux affects perturbants liés aux besoins de dépendance. Les actes sont dans la relation un médiateur de l'identification projective, ils permettent de faire éprouver à l'autre ce que l'adolescent ne peut tolérer d'éprouver (Chabrol, 2011). Le recours à l'acte, s'entend comme une défense contre la dépendance à l'objet, qui est nécessaire face aux privations précoce, mais dangereuses face aux enjeux oedipiens. La violence devient ainsi une tentative extrême de se différencier, de se séparer brutalement de l'Autre et de le contrôler (Jeammet, cité par Muratori & al, 2001).

Le recours à l'acte, s'inscrit dans un fonctionnement primaire où les mécanismes de défense archaïques ne permettent pas de réponse plus adaptée face aux atteintes narcissiques et au sentiment d'agonie primitive lié. La violence fondamentale (originale, primaire) devient destructrice et bloque les processus de représentations de se développer (Kaes, cité par Favre, 2014). Psychiquement incapable de délaisser l'expression comportementale au profit de la mentalisation et du langage l'adolescent reste bloqué dans des processus primaires où la modalité de l'agir reste celle privilégiée. La solution de l'agir sera, d'autant plus, sensible à l'intensité de la représentation angoissante liée à l'étape de la vie à laquelle elle renvoie le sujet (réactivé par la situation présente) (Kammerer, 2006).

La présentation de ces concepts nous permet de montrer que l'appareil psychique de l'adolescent en situation de handicap est extrêmement immature. Confronté à un parcours déficient, constitué de traumatismes et de carences extrêmes continuellement réactivés, le sujet est retenu dans une situation de dépendance à son environnement. Ses relations s'organisent sur un mode anaclitique, ce qui nécessite l'intensification de défenses à l'heure du pubertaire. Ayant un '*moi*' fragile, l'adolescent en situation de handicap ne dispose que de défenses archaïques, ce qui le maintient d'autant plus dans son fonctionnement primaire et affaiblit ses possibilités d'entrer dans l'élaboration du processus d'adolescence. Si la nécessité de distanciation aux parents est difficile pour l'adolescent en situation de handicap, ses capacités d'identifications sont elles aussi menaçantes, le confrontant à la réalité de son handicap.

Si le recours à l'acte est également mobilisé chez l'adolescent non porteur de handicap, il menace de devenir plus pathologique chez les sujets qui en sont atteints. Le fonctionnement psychique immature de l'adolescent en situation de handicap et la fragilité de son environnement, limite ses possibilités de mise en représentation et tendent à une chronicisation des agirs violents.

II- Méthodologie de la recherche :

Ce travail de recherche s'intéresse aux adolescents en situation de handicap présentant des comportements violents (physiques ou verbaux). Mon expérience de stage en IME m'a montré que ces conduites se retrouvaient principalement chez les adolescents. Si ma première réaction face à ces événements de violence s'est apparentée à une sidération psychique, m'empêchant de penser, j'ai dans un second temps développé le sentiment inverse, à savoir le désir profond de tenter la mise en sens de ces actes. De plus, les difficultés, que j'ai pu constater, de l'institution à réagir aux actes violents répétés des adolescents et les différences de tolérance accordée à chacun m'ont questionnée et confortée dans l'intérêt d'y mettre du sens. Ce travail s'inscrit dans une méthode de recherche clinique, reposant sur une étude de cas nous permettant de développer notre réflexion.

A. Eléments d'anamnèse de Tom :

Les éléments d'anamnèses mobilisés ici proviennent de différentes sources. Ils sont issus non seulement de son dossier, mais également d'éléments transmis par les équipes lors de réunions pluridisciplinaires et d'éléments apportés par la psychologue de l'établissement ; l'enjeu étant de présenter Tom de manière la plus complète qui soit.

Tom est un adolescent de 17 ans. Il est issu d'une grossesse gémellaire, que la mère ignorait puisqu'il lui avait été annoncé qu'elle était enceinte d'une fille, finalement après plusieurs mois de grossesse elle apprend qu'elle attend deux garçons. Les enfants sont nés prématurément, la naissance a été plus difficile pour Tom, il est sorti en second et a souffert d'anoxie néonatale. Les deux bébés passeront 1 mois ½ en néonatalité. Cinq jours après la naissance les médecins ont détecté une hémiplégie droite et un hémisphère gauche nécrosé chez Tom (liées à l'anoxie néonatale), son frère n'a aucune séquelle.

Tom vit avec son frère jumeau et sa mère. Le père est parti après la naissance des jumeaux lorsque le handicap de Tom a été diagnostiqué. Tom est donc sous l'autorité totale de sa mère, tandis que les parents disposent d'une autorité conjointe pour son frère jumeau. Concernant sa mère, elle présente une problématique liée à la consommation d'alcool.

Tom acquiert la marche à vingt mois et parle à l'âge de trois ans. Il présente des troubles alimentaires (engloutit tout). A l'âge de 4 ans, les médecins détectent également de l'épilepsie, ses crises se stabilisent vers 13 ans. Des troubles liés à la frustration apparaissent très tôt à l'école. Tom est orienté vers un parcours ULYSS. La mère de Tom a fait une demande d'aide

à l'ASE en 2014 car elle se sentait démunie face à l'éducation de ses fils, qui n'a pas donné suite. En 2017 un examen neurologique diagnostic une atteinte du lobe frontal, sans donner plus d'éléments. En août 2017 il intègre l'IME (il a alors 16 ans). En 2020, il fait de nouveau une importante crise d'épilepsie et est hospitalisé longtemps, un nouveau traitement est mis en place. Une mesure d'Aide Éducative à Domicile (AED) est mise en place en 2020 également (pour donner suite à la demande faite en 2014). Des contacts avec son père sont remis en place (appel téléphonique une fois par an). Il est actuellement suivi par un psychologue en CMP tous les quinze jours, qui est un nouveau thérapeute puisqu'il vient de changer de secteur, passant du secteur enfant au secteur adulte.

Tom est décrit par les équipes comme un adolescent fonctionnant selon le principe de plaisir ne supportant pas la frustration. Il est également impulsif et régule difficilement ses émotions ou ses comportements. Il met en place des comportements antisociaux (ex : manger très salement ; racisme...) et revendique faire exprès de transgresser les codes sociaux. Tom a également une importante difficulté à supporter le handicap de ses pairs (génère des comportements violents envers eux). La question de son handicap semble déniée, autant par lui-même que par sa mère ; Tom affirme souhaiter travailler en milieu ordinaire et sa mère semble l'encourager dans ce sens ; cependant la mère a un discours ambivalent face à cela, elle est aussi capable de lui dire qu'il ne pourra pas évoluer dans un milieu ordinaire ce qui génère des conflits (violence physique). Tom semble beaucoup s'identifier à son frère jumeau, qui a pu faire des études, travailler, avoir une petite amie ...

B. Contexte de la rencontre clinique :

C'est dans un premier temps, à la demande des éducatrices que j'assiste à l'atelier éducatif dans lequel je vais rencontrer Tom. Ayant pour objectif l'autonomisation des adolescents qui y participent, ce dernier se déroule sans éducateur, les deux adolescents (Tom et j'appellerai le second Hugo) sont seuls. L'objectif de ma présence, dans ce contexte, est de pouvoir faire un retour de mes observations aux équipes. Finalement, Hugo sera régulièrement absent, ce qui m'amène à me retrouver seule avec Tom, inscrivant alors nos rencontres dans une nouvelle dimension.

Le matériel recueilli pour cette recherche émane d'observations cliniques directes. J'ai pu observer Tom sept fois (en douze semaines) sur ce temps d'atelier éducatif. Ayant une posture d'observatrice participante, j'ai également recueilli des éléments cliniques à partir du discours de Tom. Rencontrer Tom dans le discours était cependant difficile, puisque ce dernier était

stéréotypé, axé uniquement sur la violence. Envisageant d'effectuer ce travail de recherche, j'ai proposé à Tom, au-delà de nos rencontres sur les temps d'ateliers éducatifs, des temps d'échanges plus spécifiques en entretien individuel, en lui précisant le cadre de travail de mon mémoire. Mon objectif était de lui proposer une médiation, notamment à travers la libre réalisation de l'arbre généalogique¹ afin de lui apporter un support d'expression et d'accéder à la représentation subjective qu'il a de sa famille. Cette médiation me semblait également une opportunité de repérer une éventuelle dimension transgénérationnelle de la violence. De plus, le matériel s'appuie également sur des éléments d'observations indirectes, recueillis à partir d'éléments de son dossier psychologique ainsi que d'observations rapportées par les éducateurs, la psychologue de l'IME (qui l'a rencontré quelques fois lors de son admission) ou encore les partenaires ASE en charge de la mesure le concernant.

Afin de pouvoir exploiter les données recueillies, j'ai eu recours à la prise de notes. Après chaque rencontre avec Tom j'ai pris le temps de retranscrire mes éprouvés contre transférentiels, mais aussi les sujets évoqués lors de nos échanges, ainsi que des éléments décrivant son comportement, ses conduites, de la manière la plus détaillée possible. Lors de la libre réalisation de l'arbre généalogique j'ai effectué ma prise de notes durant l'entretien afin d'avoir une retranscription la plus fidèle possible. C'est à partir de ces prises de notes que j'ai élaboré une réflexion de la situation de Tom. Relire ces notes m'a permis de rassembler les différents éléments indicatifs de sa réalité psychique, observé dans toute la réalité de sa vie et non uniquement dans son discours (prise en compte des symptômes, comportements, conduites, interactions, productions diverses...). Après avoir pré-élaborée la situation en regroupant tous les éléments cliniques en ma possession, je me suis référée à la théorie existant afin de mettre du sens à ces différents éléments et émettre des associations entre ces derniers et au contraire remarquer les dissociations existantes. C'est également à partir d'élaboration groupale notamment à travers des séances de séminaires de recherche, que j'ai pu élaborer ces données recueillies, oscillant entre hypothèses de compréhension, éléments émanant de la clinique et concepts théoriques (Ciccone, 2014b).

¹ Annexe n°1.

Mes différentes observations cliniques au sein d'ateliers éducatifs m'ont conduites à rencontrer Tom. Tom est un adolescent de 17 ans, faisant beaucoup parler de lui dans l'institution concernant ses comportements violents à répétition.

Si dans un premier temps, mes observations s'inscrivent dans une demande de l'équipe, très vite, la dynamique transféro-contre-transférentielle qui s'organise va me marquer et donner une nouvelle dimension à nos rencontres. Face à la difficulté de Tom d'investir son discours autrement qu'à partir de la thématique de la violence, je lui ai proposé des temps d'échanges plus spécifiques. L'utilisation d'une médiation projective telle que la libre réalisation de l'arbre généalogique, lui a permis de libérer sa parole et d'y repérer des éléments cliniques, tout en lui exposant le contexte de recherche dans lequel s'inscrivait cette proposition.

Ce travaille propose dans une méthode clinique, d'étudier le cas de Tom, à partir d'observations cliniques directes et indirectes, afin d'élaborer une réflexion autour de son fonctionnement psychique et d'apporter des éléments de compréhension de ses comportements violents.

III - Données cliniques et problématique

A. Présentation de la situation de recherche :

La situation de recherche s'inscrit dans un contexte d'étonnement clinique dans ma rencontre 'imprévue' avec Tom. Si initialement les éducatrices me sollicitent pour effectuer des observations cliniques sur cet atelier, c'est l'absence régulière d'Hugo qui viendra donner une nouvelle dimension au cadre de mes rencontres avec Tom. De plus, l'hostilité que j'ai éprouvée à l'égard de Tom en réponse à son agressivité dans un premier temps, puis l'extrême empathie qui s'en est suivie lors de nos autres rencontres face à son investissement positif du transfert, m'ont conduite à choisir de travailler autour de sa problématique.

B. Déroulement de l'observation / suivi :

J'ai rencontré Tom neuf fois au total durant mes trois mois de stage. En vue de présenter le déroulement de mes observations, je ne décrirais pas les neuf rencontres. J'ai sélectionné les plus significatives afin de rendre compte non seulement de l'évolution du transfert et du contre transfert, mais aussi des séances m'ayant permise de relever des éléments cliniques principaux.

1) 1^{ère} rencontre :

Dans un premier temps, je me présente et explique la raison de ma présence aux deux adolescents participant à l'atelier (Tom et Hugo). Ma présence dans cet atelier en modifie le cadre habituel, en venant porter un regard sur leur vie psychique, j'induis des effets sur cette dernière, d'autant plus que les adolescents sont très sensibles à la dimension duelle. A travers la posture d'observation participante que j'adopte, j'induis une fonction d'étayage, encourageant, voire obligeant les jeunes à parler, à se livrer, ce qui est à prendre en compte dans les réactions mobilisées par les jeunes.

Cette première rencontre, m'a particulièrement marqué face à l'attitude de Tom qui a été difficile à supporter. Il s'est montré très désorganisé dans ce qu'il faisait, j'ai eu le sentiment qu'il « partait dans tous les sens ». Il était également agressif, s'énervant relativement vite et ayant un discours grossier (gross-mots à répétition). Le dialogue était impossible avec lui, il rejettait toute proposition d'aide ou de conseil. De plus, il n'acceptait pas de pouvoir échouer, rejetant la faute sur des éléments extérieurs (ustensiles, ingrédients ...) lorsqu'il se rendait compte que sa préparation était ratée. Son attitude de 'toute-puissance' a induit chez moi un sentiment de lassitude.

D'un point de vue relationnel, la forme de l'atelier incluant uniquement Tom et un autre adolescent, fait écho au couple gémellaire. En ce sens, les enjeux relationnels repérables entre Tom et Hugo au sein de l'atelier, renverraient aux enjeux relationnels de Tom face à son frère jumeau. 'L'invisibilité' du handicap de Hugo tend à renforcer ce point de vue. Nous avons pu relever que Tom semble se soumettre à Hugo, se laisser porter.

Lors de ce premier temps de rencontre, si j'ai été sidérée par le comportement de Tom, Hugo lui s'est montré très adapté et agréable, permettant un échange facile. Cet écart dans l'attitude investie par chacun des adolescents a sûrement amplifié mon ressenti négatif à l'égard de Tom. Lassé de son comportement, j'avais hâte que la séance se termine, tant cela était désagréable pour moi.

2) 2^{ème} rencontre :

La semaine suivante, en arrivant dans le groupe, j'apprends que Hugo est absent et que je n'aurai que Tom à observer en atelier. Mon premier mouvement est d'éprouver de la déception de me retrouver seule avec Tom. Au vu de ce que j'avais pu observer la semaine précédente, j'étais réticente à me retrouver seule avec Tom, non seulement parce que je trouvais sa compagnie désagréable (face à son comportement agressif) mais d'autre part parce qu'il me paraissait incapable d'assumer seul cet atelier tant il s'était reposé sur Hugo la semaine passée.

Finalement, j'ai été très surprise de la différence de comportement que Tom a pu avoir par rapport à la semaine précédente. Il s'est montré autonome, concentré, calme et relativement organisé dans sa préparation. Nous avons même pu échanger ensemble. Le fait qu'il adopte une attitude différente peut être liée au fait que ce soit notre seconde rencontre mais aussi à la modification du cadre lui offrant ici une relation duelle.

Lors de cette séance, Tom a pu me dire à plusieurs reprises « tu es gentille », ce qui, à mon sens vient indiquer l'installation d'un transfert positif. Au-delà de cet élément, l'attitude de Tom a relevé des éléments cliniques indiquant ses difficultés de séparation ; il a insisté fortement pour que je reste après l'atelier afin de goûter à sa préparation, il m'a également proposé d'aller jouer au ballon avec lui sur les temps de pause. Ses propositions résonnent comme une tentative de maintenir ma présence le plus longtemps possible, comme s'il était difficile pour lui de me laisser partir.

3) 4^{ème} et 5^{ème} rencontre :

Lors de notre 4^{ème} rencontre, Tom semble préoccupé par la question de l'ennui, de l'attente avant le début de l'atelier (qui est exceptionnellement plus longue). Lorsque j'arrive sur le groupe, je le retrouve dans un état de colère excessif (il tape dans les murs, hurle des injures ...). Une fois un peu plus calme, nous pouvons débuter l'atelier. Durant tout l'atelier, il sera constamment entrain de regarder sa montre, se dépêchant à tout prix de finir ce qu'il a à faire. Je l'ai senti vraiment angoissé face au temps durant cette séance. Finalement il finit sa préparation avant la fin de l'atelier. Je le sens s'agiter de nouveau, en se demandant ce qu'il va pouvoir faire, il m'a d'ailleurs exprimé clairement sa peur de s'ennuyer. La semaine suivante, j'ai pu relever la même sensibilité au temps qui semblait l'angoisser. S'ennuyer est impensable pour lui, le fait de ne rien faire lui procure des angoisses importantes allant jusqu'à générer des comportements violents.

4) 7^{ème} rencontre :

Après ma 6^{ème} rencontre avec Tom, je ressens que le cadre de nos rencontres a ses limites. Tom utilise son discours pour se présenter comme invincible, m'exposant successivement sa force et ses talents de combat. Dans le contexte de mon travail de recherche j'envisage de mettre en place des temps d'entretiens plus individuels. Lors de la semaine suivante, je lui propose un temps d'échange en dehors de l'atelier. Nous nous installons dans le bureau et après lui avoir expliqué le cadre de ma recherche, ainsi que l'enjeu de la rédaction de mon mémoire ; je lui demande s'il accepterait que l'on prenne un temps pour échanger, ce qu'il accepte, et il enchaîne directement la conversation.

Il m'indique vouloir quitter l'IME car « les autres jeunes handicapés l'insupportent et sont trop bizarres » pour lui et que « ça le met en colère, que ça lui donne envie de les taper ». Je relève ici une difficulté dans ses relations aux pairs, l'identification à ces derniers étant un élément constitutif de l'adolescence. De plus il a aussi pu me dire que « les autres le cherchent donc il n'a pas le choix de les taper », je sens dans son discours un sentiment persécutoire, face aux autres, qui lui apparaissent comme menaçants. Il ajoute « qu'il a un besoin de vengeance quand on le cherche, qu'il ne peut pas s'en empêcher, que ça lui fait du bien la violence dans ces cas-là », il donne l'exemple d'une éducatrice qu'il a poussé pour se venger qu'elle car elle avait jeté le gâteau qu'il avait commencé à préparer. Dans ses propos j'entends un besoin brut de décharge pulsionnel, détachée de toute possibilité de mentalisation, où la frustration n'a qu'une modalité d'expression, l'agir. Finalement, la violence sera de nouveau au cœur de notre

échange, avec une mise en avant de ses capacités à se battre et de sa force, qui viennent donner une image de lui comme tout-puissant.

J'arrête l'entretien car ce temps n'était pas un temps prévu pour lui et que je dois aller rejoindre un autre jeune. Je lui dis que nous pourrons reparler de cela lors d'un entretien ultérieur, que je lui ai proposé (à des fins de recherche).

5) 9ème rencontre :

Lorsque nous nous rencontrons cette fois-ci ce n'est plus dans le cadre de l'atelier éducatif, mais pour un entretien individuel mis en place à des fins de recherche. Au vu de l'échange que nous avons pu avoir lors de notre dernière rencontre (rencontre n°7), je propose l'introduction d'une médiation (pour tenter d'accéder à autre chose dans son discours que la violence qu'il évoque continuellement). Je lui propose une libre réalisation de l'arbre généalogique qu'il accepte directement.

Les éléments apparaissent dans l'ordre suivant : sa mère, son père, son frère, lui, sa grand-mère, son beau-père. Il réalise son arbre très rapidement, je lui propose ensuite de « me parler de sa famille ».

Spontanément il commence par aborder sa relation avec son père, il m'indique qu'il le voit peu car ce dernier habite très loin ; mais que ces derniers temps, ils se téléphonent toutes les semaines, depuis son « coma » dit-il (il fait référence à une grosse crise d'épilepsie qui a nécessité une longue hospitalisation). Dans son discours concernant son père, on note un certain déni face à la réalité. Il dit qu'il ne voit pas son père car il habite loin, alors qu'en réalité, il l'a abandonné à la suite de l'annonce du handicap. De la même manière, concernant les appels téléphoniques, Tom les estime à un par semaine, or le retour que j'ai eu des équipes m'indique qu'il n'y en a qu'un seul par an. Cependant, m'intéressant à la vérité subjective du patient, ce qui est marquant est la manière dont il déni les choses relatives à son père. Ce déni, voire cette idéalisation témoigne de son désir profond d'avoir plus de liens avec son père. D'ailleurs, nous notons qu'il utilise la formulation 'papa' qui est assez infantile pour représenter son père dans l'arbre généalogique ; c'est d'ailleurs le seul pour qui il utilise ce type de formulation.

Dans un second temps nous pouvons relever un clivage des affects face aux limites que lui pose son handicap. Exemple : « Le fils de mon beau-père joue à un sport que j'aime beaucoup, le foot, mais moi j'aime sans plus, de toute façon avec mon handicap je ne peux pas devenir footballeur donc c'est pas grave je m'en fou ». D'ailleurs le fils de son beau-père présent dans

son discours n'est pas représenté dans son arbre. Face aux limites que lui pose son handicap, il adopte également une position défiant ; il refuse de se soumettre à la castration, transgresse les interdits : « Je veux aller à la salle de sport sans que ma mère elle soit d'accord, ni les médecins qui me disent que ce n'est pas possible à cause de mon handicap. Moi j'arrive à faire du sport quand même. Le kiné dit n'importe quoi il dit que faire des pompes ça abîme mon bras, mais moi je le fais quand même chez moi en cachette ».

Concernant ses relations avec sa mère, on sent une revendication d'individuation et un désir d'autonomie. « Ma grand-mère nous garde quand ma mère n'est pas là à cause de mon handicap, car ma mère me fait plus confiance depuis 2020 (fait référence à sa crise d'épilepsie) ; elle a tort, ma mère elle ne veut pas que je reste seul car elle a peur que je fasse un coma mais c'est arrivé qu'une fois faut arrêter les conneries ». Il ajoute : « J'aurai pu mourir mais ça ne m'a pas gêné. La mort c'est la vie ». Dans son discours, il dénonce le sentiment d'infantilisation imposé par sa mère, qui semble le déranger (à comprendre dans le désir de dépendance de l'adolescent). La dimension conflictuelle prédomine lorsqu'il évoque ses relations avec sa mère directement : « C'est pas du bonheur, on s'engeule à cause de petites choses, le linge, le lit, que je m'habille propre... Elle ne veut pas me laisser tranquille, elle ne peut pas s'occuper de ses fesses ». Il arrive à verbaliser son besoin d'indépendance, de distance, qui s'inscrit dans une posture d'opposition et de conflit. Ces éléments semblent témoigner d'un processus d'adolescence classique.

Durant cet entretien Tom évoque à plusieurs reprises la crise d'épilepsie importante qu'il a pu faire il y a quelques mois en arrière. Dans son discours elle se présente même comme une sorte de 'marqueur temps', il s'y réfère pour situer d'autres éléments de sa vie dans le temps. Bien qu'il l'évoque de manière minimisée dans son ressenti, elle semble prendre une place traumatique dans son histoire et impacter ses relations aux membres de sa famille (le père qu'il décrit comme plus présent depuis, sa mère comme plus étouffante ...).

Lorsqu'il aborde son avenir, il déni totalement son handicap : « moi je suis grand, quand je serais majeur j'espère avoir un appartement, un travail, une vie normale. Mais ma mère elle n'est pas prête à me laisser seule dans un appart. Moi je ne pourrais pas rester jusqu'à 23 ans chez ma mère. J'ai envie de vivre ma vie sans que quelqu'un me dise t'es pas grand, tu peux pas faire les courses... ». Ici, on remarque bien non seulement son déni du handicap à lui avec son désir d'une vie normale, dans un mouvement de transgression des limites que lui pose son handicap ; mais aussi la question de séparation à la mère très au cœur de sa problématique.

Il aborde ensuite la question de son bégaiement, ce dernier semble représenter son handicap pour lui. Il reconnaît que ça peut parfois le déranger, et semble passif et résigné face à ce bégaiement « je peux rien faire c'est comme ça ». Cependant, bien que le bégaiement soit le seul élément de son handicap qu'il reconnaisse, Tom associe son bégaiement au port du masque imposé par le contexte sanitaire actuel. Finalement, il projette là aussi son handicap sur un objet extérieur.

Après quelque temps d'échange autour de sa famille, Tom abordera la question de la problématique alcoolique de sa mère. Il utilise le terme « bizarre » pour décrire chez sa mère un état d'ébriété. Il cherche à comprendre sa mère dans un mouvement d'identification : « moi quand je bois des boissons énergisantes ça ne me fait rien, mais elle quand elle boit ça a des effets, elle devient bizarre », que l'on voit très difficile, il semble dans l'incompréhension face aux réactions de sa mère qui le mettent à mal. En abordant cette problématique la question de la violence semble y être liée « Ca me pète les couilles quand elle boit », « quand elle est bizarre ça part en cacahuète, je l'insulte » on voit la violence que l'alcoolisation de sa mère engendre. Cependant on note une ambivalence, lié à une difficulté d'attaquer sa mère « je l'insulte en portugais » manière de l'insulter, sans le faire directement. Cette dimension se retrouve aussi lorsqu'il peut évoquer le fait qu'il n'ose pas appeler d'autres adultes lorsque sa mère est alcoolisée, comme par exemple son beau-père ou son oncle pour qu'ils viennent « l'engeuler ». Il peut aussi dire que selon lui les autres membres de la famille auraient honte d'insulter sa mère – il est le seul à pouvoir le faire. La honte qu'il attribue aux autres, est peut-être à entendre comme la sienne, qu'il projette. Il finira par dire « de toute façon c'est comme ça, je ne peux rien y faire, ma mère est bizarre des fois » : il se soumet à la situation, ne voit pas d'autres solutions possibles.

Après avoir évoqué quelques épisodes de violence physique au domicile dans des contextes d'alcoolisation, Tom pourra cependant reparler de son père sous une forme idéalisée : « moi avec mon père je ne me suis jamais embrouillé, on s'est jamais tapé ».

Ce qui ressort également de son discours est la multiplication des relations duelles et la difficulté de tiers « de toute façon on s'embrouille jamais tous les trois, c'est toujours à deux avec ma mère et mon frère ou moi et ma mère ».

C. Points d'étonnement et interrogation clinique.

Comme nous avons pu le constater à travers la description de mes rencontres avec Tom, la violence est au cœur de sa problématique. Si elle s'exprime à travers son comportement dans diverses situations, elle régit également son discours. Tom semble en difficulté pour gérer la frustration et ne semble pouvoir y répondre d'une autre manière qu'à travers ses comportements violents. Sa violence semble essentiellement dirigée envers ses pairs et notamment ceux présentant des handicaps sévères (pas d'accès au langage...), la confrontation aux limites, aux interdits imposés par l'équipe éducative induit également des comportements violents. La confrontation à ses échecs (qu'il s'en rende compte de lui-même ou qu'un tiers lui fasse remarquer) implique chez lui la même réaction. Ses comportements violents, semblent aussi trouver leur place dans la sphère familiale, notamment lors des épisodes d'alcoolisation de sa mère, mais ils peuvent également survenir lorsque cette dernière tente d'imposer des limites à son fils. Ce que nous constatons est non seulement la centralité de ses agissements violents dans sa vie, mais aussi sa difficulté à se confronter aux limites, aux interdits et de gérer la frustration. Si ses comportements violents sont impressionnantes et tendent à faire peur aux autres jeunes du groupe qui considèrent Tom comme dangereux ... Tom, lui, semble se satisfaire de cette situation.

Au-delà de la violence physique et verbale que Tom met en place et qui tend à repousser ses pairs, il a tendance à fuir les moments de groupe, éprouvant une réelle difficulté à rester avec le groupe (ex : gouter, pique-nique lors de sorties extérieures, il reste à l'écart). Tom met également en place divers comportements antisociaux, qui ne font que renforcer le rejet que peuvent ressentir les autres à son égard (mange salement ...). En revanche, comme nous l'avons évoqué précédemment Tom est également en mesure d'investir des relations avec certains jeunes choisis particulièrement, avec qui il passera alors tout son temps.

1) Eléments relatifs à mon implication personnelle :

L'analyse de mes éprouvés durant mes rencontres avec Tom m'a permis d'obtenir des éléments de compréhension relatif à sa problématique. Lors de notre première rencontre, j'ai ressenti de l'ennui, de la lassitude, face non seulement au chaos qu'il laissait voir mais aussi face à son refus d'être dans l'échange (il savait tout faire, n'avait pas besoin d'aide...). Son comportement m'a fait éprouver un sentiment d'exclusion, de rejet, qui s'est transformé en une lassitude avec un désir de m'éloigner de lui, j'avais hâte que l'atelier se termine. L'éprouvé de chaos, de confusion, d'éparpillement, dans le contre-transfert reflète l'organisation de son monde interne

(Dumet, 2011). Mes éprouvés de rejet et d'exclusion peuvent témoigner d'une répétition inconsciente de l'enfance de Tom, dont un de ses parents a probablement été rejetant et distant lui faisant sentir de l'ennui et de l'exclusion ce que Tom vient me faire ressentir à son tour (Dulpé, 2014). Ce qui a été d'autant plus surprenant c'est le ressenti totalement différent que j'ai éprouvé lors des rencontres suivantes, il s'est montré agréable avec moi, notamment en m'adressant des compliments, ce qui a montré l'investissement d'un transfert positif. Paradoxalement, au sentiment de rejet éprouvé dans un premier temps, je me suis sentie idéalisée dans ses nombreux compliments à mon égard (sur ma gentillesse, la qualité de mon travail, ma beauté, etc.). Ce mouvement contradictoire m'a touché et a développé mon empathie. Dans la suite de nos rencontres, mes ressentis contre transférentiels ont oscillé entre rejet et idéalisations, évoquant à mon sens une problématique d'ordre narcissique ; avec d'un côté l'attaque pour se défendre d'une atteinte narcissique, et de l'autre l'idéalisations et la soumission à un autre idéal. D'ailleurs au fil des séances il montrera une difficulté de séparation, une tendance à fusionner, ce qui révèle des problématiques de régression, des difficultés à élaborer la séparation, des vécus de dépendance à l'objet. Cette tendance à la fusion, aux relations duelles anaclitiques, est d'ailleurs renforcée par la difficulté à introduire du tiers dans nos rencontres et de manière plus générales dans ses relations. Au départ, l'atelier est prévu pour deux jeunes (relation duelle), finalement mon arrivée vient tenter de tiercéiser la relation ; mais dès la deuxième séance Hugo est absent ce qui laisse de nouveau Tom dans une relation duelle avec moi. Ces éléments reflètent une impossibilité de relation de tiers pour Tom.

D. Réflexion problématique relative à l'échantillon d'étude :

La place centrale des comportements violents de Tom dans son quotidien, nous interroge particulièrement. L'accroissement soudain de ces derniers nourrit d'autant plus nos questionnements. La confrontation régulière aux excès de violence des adolescents en situation de handicap dans ce stage, nous conduit à interroger leur sens et leurs fonctions.

Bien que de nombreux travaux aient pu établir un lien entre les comportements violents et l'adolescence, nous avons le sentiment à travers ce stage, que ces derniers sont encore plus prégnants dans le domaine du handicap. Cette réflexion, engage à questionner les différences qui peuvent exister entre le recours à l'acte de l'adolescent et celui de l'adolescent en situation de handicap. Nous allons tenter de répondre à ces questions, ou d'y apporter des éléments de réponse à travers l'étude de cas de Tom.

La problématique que nous avons déterminée dans ce travail est donc :

Quelle est la fonction des comportements violents de Tom, adolescent en situation de handicap ?

E. Présentation détaillée de ce qui fait cas dans la situation :

Si dans un premier temps ce sont les comportements violents massifs de Tom qui m'interpellent, la dynamique transféro-contre-transférentielle m'engage dans un travail de réflexion plus approfondie, sur la question de la violence chez l'adolescent en situation de handicap. Finalement, les apports cliniques auxquels Tom me donnera accès viennent révéler un contexte d'alcoolisation maternelle ; qui vient nous surprendre dans l'étude de la situation et nous éclairer sur le sens des comportements violents mis en place par Tom.

La problématique alcoolique de la mère, permet de qualifier l'environnement dans lequel Tom évolue comme suffisamment bon (Winnicott, 1956). L'importance d'un environnement contenant dans la construction identitaire, permet d'avancer que dans les contextes d'alcoolisation parentale, les enfants sont confrontés à des difficultés pour se construire un appareil psychique solide. Les travaux sur le sujet montrent que l'alcoolisme engendre une difficulté à répondre aux besoins de l'enfant (Hogan et Higgins, cité par Truquin, 2017), ce qui crée un risque de négligence important (Semidei et al cité par Truquin, 2017). Les réactions de l'enfant peuvent être diverses, Barnard, Kroll et Taylor cité par Truquin (2017) nomment par exemple des comportements de surprotection, d'hyper-responsabilité, ou encore de phénomène de parentification (inversion de rôles, rendre confus la différence des générations, avec l'enfant qui vient jouer un rôle d'adulte, d'aidant « doit aider sa mère à se relever ».) ; Faoro-Kreit (2011) évoque plutôt des situations de fuite, ou de violence. L'alcool donne un caractère angoissant et imprévisible à la mère qui crée un environnement insécurisant pour l'enfant.

Cet élément vient 'faire cas' dans la situation clinique parce qu'il devient impératif au-delà de l'intérêt porté aux enjeux du handicap dans la construction identitaire ainsi qu'au mouvement pulsionnel de l'adolescence, d'intégrer les impacts de la pathologie alcoolique de sa mère sur son développement. Cette dernière vient apporter une nouvelle dimension à prendre en compte dans la réalité psychique de Tom ainsi que dans la compréhension de ses manifestations violentes.

L'analyse de la dynamique transféro, contre-transféro et contre-transférentiels a mis en évidence des difficultés de séparation témoignant de son extrême dépendance à l'environnement. L'expression de ses comportements violents principalement réactionnels à des situations de frustration montre l'importance de Tom à préserver son sentiment d'omnipotence et de toute-puissance. L'intégration de son handicap dans la construction de son identité semble difficile pour Tom, limitant ainsi ses capacités d'identifications à ses pairs eux-mêmes en situation de handicap, d'où ses comportements hostiles envers eux. L'utilisation de médiation a révélé le contexte d'alcoolisation maternelle auquel Tom est confronté. Introduisant des phénomènes de confusion générationnels, ainsi que des difficultés d'inscription à la filiation, cet élément nouveau vient faire cas dans l'étude et est à intriquer dans un contexte de développement déjà défavorable chez Tom, face aux traumatismes du handicap. Les éléments cliniques font état chez Tom d'un fonctionnement psychique immature, primaire, fragilisant ainsi la construction d'un moi unifié.

Dans ce contexte, nous allons tenter de voir ce que les comportements violent peuvent amener à comprendre sur le fonctionnement du sujet en situation de handicap.

Quelle est la fonction des comportements violents de Tom, adolescent en situation de handicap ?

IV – Analyse clinico-théorique et discussion :

A. Articulation des éléments cliniques et théoriques :

A partir des éléments cliniques présentés ci-dessus, nous considérons que Tom s'inscrit dans un mouvement pulsionnel, difficilement contenu par son monde interne. Il s'appuie sur un fonctionnement psychique primaire sous-tendu par une extrême dépendance à l'environnement et des modes de défenses archaïques. Sa problématique agie semble une solution externe mise en place pour pallier les défaillances internes s'inscrivant dans une triple dimension à savoir : déchargement d'affect, tentative de séparation à l'objet, et restauration narcissique.

1) L'immaturité de son appareil psychique :

La situation de handicap de Tom, croisé à la problématique alcoolique de sa mère, vient impacter son développement psychique et l'empêche d'intégrer un bon objet interne, c'est-à-dire l'élaboration de ce que M. Klein (1946) appelle la position dépressive. Ses représentations de l'objet restent clivées entre bon et mauvais objet, ce qui implique que ses relations restent partielles : ce qui est bon est attribué à l'interne et le reste est projeté en dehors. L'objet n'est pas reconnu comme unifié. Ce défaut d'intériorisation d'un bon objet empêche Tom de développer des stratégies internes d'auto-réassurance, ce qui le rend très dépendant de son environnement. Il risque la fusion à l'objet primaire, c'est-à-dire de perdre les limites. Il se retrouve alors dans un rapport à la réalité fragile (difficulté de différenciation entre réalité interne et externe et difficultés de différenciation entre soi et l'autre). Son fonctionnement semble similaire au fonctionnement limite qui a déjà pu être décrit chez l'adolescent. L'adolescence qui vient rejouer la problématique narcissique infantile non élaborée d'autonomie-dépendance, entraîne une régression brutale du sujet à des stades de développements et des relations à autrui partiels : l'adolescent fait face à une régression de dépendance insupportable à ses objets parentaux avec une angoisse principale qui est celle de perte de l'objet signifiant une perte de l'intégrité, de la continuité d'être (Corcos & Lamas, 2016). Comme le souligne Carreau-Rizzetto, (2003), les carences familiales ou les failles narcissiques, sont des situations entravant la capacité d'élaboration du premier temps de la castration chez l'enfant. Tom serait ainsi bloqué à la limite de l'organisation castratrice, rendant difficile sa construction d'un moi complet et unifié.

2) Son recours à l'agir :

Agir pour décharger l'affect :

Tom à travers le recours à l'acte cherche à fuir une réalité intolérable. Michel (2009), s'intéresse à la confusion fantasme/réalité que crée le handicap à travers la preuve de la destruction qu'il représente. La blessure réelle du handicap, vient rencontrer la culpabilité imaginaire, ce qui entrave la possibilité d'investissement positif des parents (ce qui demanderait de reconnaître la culpabilité d'avoir détruit les parents). L'omniprésence du handicap rend difficile la réparation des parents. Le recours à l'acte permet, selon le mécanisme de projection décrit par Klein (1946) de se défendre face à ces angoisses, qui ne peuvent être contenues dans le monde interne trop fragile, en expulsant ses désirs non reconnus à l'extérieur de lui. Tom investit notamment le déni de son handicap (trop dur à reconnaître, puisqu'il nécessite la reconnaissance de la culpabilité d'avoir détruit les parents, et l'impossibilité de les réparer puisque le handicap n'est pas soignable). On repère le déni surtout dans les projections dans un avenir 'normal' (Michel, 2009, p.183). Ce n'est pas qu'il n'a pas conscience de la réalité de son handicap mais plutôt qu'il cherche à la rejeter. L'utilisation de ce mécanisme de défense archaïque, témoigne d'une fragilité moi/non-moi, des qualités ou des affects qui lui sont propres sont attribués aux autres. Ce sont des objets externes qui sont investis pour décharger l'angoisse. L'agir permet la relation entre le dedans et le dehors.

Agir pour exister :

Chez l'adolescent en situation de handicap, la confrontation à l'incomplétude est d'autant plus lourde qu'il doit, dans la réalité, renoncer à un nombre important de désirs. Douet (2005), associe le handicap aux questions de privation et de manque. Le sujet va construire sa différence dans la problématique de l'avoir/ ne pas l'avoir. Ces questions sont réactualisées à la période de l'adolescence notamment dans la recherche de l'identité sexuée. Le complexe de castration devient alors une métaphore de ce qui lui fait défaut et renvoie le sujet à une quête désespérée de se sentir complet (Scelles, Ciccone, Korff-Sausse, Missonnier & Salbreux, 2010). Le handicap complexifie la question de la castration et rend plus difficile la construction de son identité sexuée. Pour se défendre, le sujet met en place des symptômes venant faire obstacles aux exigences surmoïques et donc entravant l'élaboration du complexe de castration (Beine, 2011). Le recours à l'agir peut alors être une tentative de maintenir la puissance du sujet et lui éviter le vécu d'angoisse d'anéantissement (Carreau-Rizzetto, 2003). La tendance de Tom à se considérer comme extrêmement fort, imbattable, dénué de toutes peurs, reflète l'investissement

massif de sa libido retournée sur lui et donc d'un désinvestissement quasiment total des personnes et des objets externes. Tom est donc persuadé lui-même de ses capacités de toute-puissance. Le recours à l'acte, permet de soutenir la constitution de son idéal comme fort et invincible lui permettant d'avoir une bonne image de lui, qui est de fait totalement paradoxale à sa situation de handicap.

Le fonctionnement de Tom présente des limites fragiles, où le corps n'est pas vécu comme une unité du 'moi' mais comme un objet externe, en ce sens la continuité d'existence est menacée. Le recours à l'acte s'inscrit dans une quête de sentiment de continuité d'existence. Comme nous l'avons présenté précédemment, Winnicott (1989) décrit « la crainte de l'effondrement », qui est au cœur du fonctionnement de Tom. A l'adolescence, les menaces d'intrusion ou de perte d'objet sont remobilisées, le sentiment de passivité induit par la puberté menace le 'moi' de l'intérieur, le corps non unifié étant vécu comme un objet externe. Les changements corporels créent alors un sentiment d'étrangeté, Tom se ressent comme étranger à lui-même cela menace son sentiment de continuité d'existence, et risque la dépersonnalisation. Le recours à l'acte de Tom vient alors comme une tentative d'éviter cette impression de vide, d'inexistence, induit par la reviviscence d'un vécu traumatique infantile. Dans ce mouvement de restauration narcissique, Tom cherche une réparation de ce que sa mère ne lui a pas apporté (Marty, 2003). Agir lui permet de lutter contre la menace d'effondrement dans une dynamique de reprise de contrôle sur la passivité qu'implique la puberté.

Nous avons également pu montrer comme l'ennui était angoissant et générait des comportements violents chez Tom. Moyano (2010), envisage la clinique de l'ennui comme une clinique où l'acte moteur vient remplacer une pensée devenue défaillante face à des carences précoces. Agir permet de contenir l'excitation et les affects qui sont évacués avant même d'être éprouvés, reconnus par le sujet.

Cependant, l'investissement massif de cette modalité de l'agir, ainsi que ses répétitions de recours à l'acte témoignent d'une perpétuelle quête de lui-même ; reflétant son échec à acquérir un soi unifié. L'agir permet de décharger l'affect sans le mentaliser, la tentative de liaison entre affects et représentations échoue et le conduit à devoir répéter ces comportements.

Agir dans les relations aux Autres :

Nous avons également pu mettre en avant les difficultés de Tom dans son rapport aux autres, souvent à l'écart de ses groupes de pairs, il semble difficile pour lui de communiquer avec eux ainsi que de partager des moments de groupes. Sa seule modalité d'interaction aux

autres semble s'exprimer à travers ses actes violents. Les modalités relationnelles de Tom, face à son monde interne clivé, sont-elles aussi vécues à partir d'un clivage. Le fonctionnement limites de Tom implique des difficultés relationnelles, face aux angoisses d'intrusions et d'abandon générée par les failles narcissiques. Tom a du mal à gérer la distance relationnelle, ses relations sont marquées par une position impulsive ou de lâchage : oscillation entre des conduites régressives de dépendance et des conduites d'opposition pouvant aboutir à la violence (Corcos & Lamas, 2016). Au sein de l'IME, les relations de Tom sont effectivement régies par ce mode de fonctionnement. Il entretient une relation particulière avec un des jeunes qui peut être considérée selon le concept de Maïdi, 2014 sur les amitiés à valeur narcissique. L'identification à ce jeune particulièrement aurait une fonction narcissique pour Tom (d'ailleurs le jeune 'élu' est un jeune présentant une déficience légère, un handicap invisible – ce qui est narcissiquement valorisant pour Tom). L'investissement de cette relation, s'oppose à l'attitude qu'il adopte envers les autres jeunes à qui il adresse une certaine violence (insultes, coups...). S'identifier à ses pairs ayant un handicap visible semble menacer Tom dans son identité ; par effet de miroir il se voit en l'autre présentant un handicap ce qui le renvoie à son propre handicap. Ces relations témoignent du paradoxe propre à la problématique identitaire des adolescents, c'est-à-dire, non seulement vouloir être un adolescent « comme les autres », tout en se reconnaissant différent, mais ne pas vouloir être reconnu comme différent. On assiste alors à des réactions en miroir, dans lesquelles Tom fait subir à l'autre ce que lui-même a peur de subir (Maïdi 2014). Lorsque Tom exprime sa haine à l'égard des autres jeunes plus handicapés que lui, il faut y entendre la manifestation de sa propre haine de la partie la plus handicapée de lui-même (Scelles & al., 2010). La violence dans ces cas-là est effectivement d'origine narcissique, mais elle cherche un objet sur lequel se fixer (Marty, 2003).

Cette opposition dans ces postures marque un clivage du tout ou rien, c'est-à-dire que soit il se soumet soit il attaque, il n'existe pas pour lui d'entre-deux. L'acte vient régulariser l'impossibilité psychique du sujet à se représenter les variations relationnelles, à travers la rupture et le contrôle de l'espace. Des mécanismes de défense sont aussi à l'œuvre dans la dynamique relationnelle, à travers des idéalisations ou dévalorisations, pour faire face à une potentielle emprise, le sujet accorde des projections soit toutes bonnes, soit toutes mauvaises. L'environnement est d'ailleurs l'objet de tous les échecs du sujet, étant lui-même incapable de reconnaître sa part de responsabilité. Tom ne supporte pas les critiques qui peuvent lui être faites, voire, ne supporte même pas les suggestions qui peuvent lui être adressées. Lors de notre première rencontre, Tom m'a semblé très en difficulté dans l'atelier, je lui ai donc proposé à

différentes reprises quelques conseils pour l'accompagner dans sa réalisation. Il a refusé chacune de mes propositions en affirmant ‘savoir-faire’. Ces dernières semblent donc venir remettre en cause son sentiment d’existence. Le manque de confiance de Tom en son environnement crée cette crainte de l'emprise, contre laquelle il met en place des réactions violentes face à la frustration (Corcos & Lamas, 2016).

Le recours à l’acte chez Tom peut également s’envisager dans une dimension de communication. N’ayant pas accès aux représentations de mots (Freud, 1915) ; la présence d’un bégaiement chez lui renforce cette difficulté d’expression par les mots, ce dernier leur faisant obstacle ; Tom se retrouve face à des intrusions d’éléments extérieurs dans son psychisme qui font non-sens. Il est alors dans une recherche de porte-parole (Aulagnier, 1975), pour donner du sens aux éléments qui lui sont irreprésentables. Le recours à l’acte vient déposer chez l’Autre, les éléments persécuteurs de son monde interne, laissant à l’Autre la mission d’y donner un sens (Bion, 1962). Le recours à l’acte est une manière de demander à l’Autre de traduire sous une forme plus acceptable les éléments menaçants, offrant ensuite la possibilité au sujet de les projeter. La demande est donc celle de porter du sens à ce qui est vécu par le sujet, cependant la violence générée dans les comportements violents peut venir sidérer celui qui les reçoit qui ne peut, non plus, y donner un sens. Le recours à l’agir qui se répète et s’intensifie chez Tom, signe ainsi l’échec dans la fonction recherchée.

Finalement, ces modalités relationnelles s’inscrivent dans une double dimension paradoxale. Non seulement Tom éprouve le besoin de se montrer aux autres, d’attirer leur regard, d’être vu, pour se restaurer narcissiquement ; mais en même temps, le regard des autres, dans un effet de miroir, lui renvoie l’image qu’il a de lui-même (Guillaumin, 1998), ce qu’il vit comme une menace.

Agir pour lutter contre la dépendance

D’autre part, le besoin de dépendance dans lequel s’inscrit Tom, montre combien il a besoin de l’Autre pour exister, même si ce dernier n’existe pas en tant que tel. Son indifférenciation à la mère, le maintien dans un mouvement qui le conduit à chercher continuellement une figure maternelle rassurante, contenante dans ses rencontres. Celle-ci peut d’ailleurs être recherchée dans des objets externes – objets substitutifs – comme la nourriture. C’est ce que l’on voit chez Tom, dans sa tendance à la glotonnerie, au remplissage alimentaire. MacDougall (1982) parle d’objet transitoire, où l’objet est continuellement à remplacer. Les multiples répétitions des

comportements violents de Tom, peuvent donc s'inscrire dans cette dimension. L'agir exprime une représentation non symbolisable qui tente d'élaborer l'absence de la mère.

Le besoin de dépendance est cependant intolérable pour Tom, d'autant plus qu'il s'inscrit dans la période d'adolescence. Le recours à l'agir peut alors s'inscrire dans une tentative de séparation sauvage d'avec l'objet. Le recours à l'acte est la seule solution trouvée. Face à son immaturité psychique, Tom ne peut pas exprimer son agressivité autrement, puisqu'il ne peut pas la mentaliser, l'élaborer, ce qui risquerait de détruire voire de perdre l'objet (Scelles & al., 2010).

Le sentiment d'hostilité éprouvé lors de notre première rencontre peut prendre sens à travers les travaux de Searles (1965), comme la mise en place d'une défense de la part de Tom face à ce besoin de dépendance.

De plus, Tom se montre extrêmement violent envers les autres adolescents en situation de handicap de l'IME et notamment ceux ayant un handicap lourd. Cette violence peut traduire, par effet de miroir de la dépendance des autres, la confrontation à sa propre dépendance, qu'il attaque car elle est insupportable. Des mouvements de contrôle et d'emprise permettent également de lutter contre la dépendance. Tom semble s'opposer aux décisions médicales lui imposant des interdits, comme il a pu me dire : « La kiné me dit que je ne peux pas faire de musculation à cause de mon handicap, mais s'est faux, j'en fait ». Dans son discours, il revendique une position défiant, non seulement il ne respecte pas l'avis médical ; mais en plus il le remet en cause, déniant ne pas pouvoir faire certaines choses (à cause de son handicap) et vient retourner ce qui aurait dû être une limite en une force 'je le fais quand même' ; non seulement il défie l'autorité (médicale ici), mais en plus il prouve qu'il est au-dessus de celle-ci ce qui vient renforcer son sentiment de toute-puissance.

Le recours à l'acte permet la mise en place de relations duelles, dans le sens où il interpelle l'Autre (éducatrice, direction, équipe thérapeutique...). Les comportements violents, constituent le point de départ de ses relations duelles, puisqu'ils amènent l'Autre à s'intéresser à lui, à exister à ses yeux. De ma place de psychologue stagiaire, j'ai totalement répondu à cette emprise. Ses comportements violents m'ont tellement intrigué qu'ils m'ont conduit à mettre en place des rencontres à des fins de recherches. Finalement, ces rencontres représentent pour lui l'accès à une relation duelle supplémentaire. Ces quêtes de relation anaclitiques et les difficultés de séparation qu'il manifeste par la suite, témoignent de sa quête de retour à un état de symbiose, de fusion.

Finalement, nous pouvons établir que les comportements violents de Tom s'inscrivent dans un fonctionnement similaire au fonctionnement limite où des angoisses de pertes et d'intrusion se succèdent, menaçant ainsi sa continuité d'existence. Bénéficiant d'un appareil psychique immature, Tom ne dispose que de défenses archaïques face aux angoisses qu'impose la puberté, notamment dans son cas au regard du traumatismes lié au handicap ainsi que du fonctionnement familial défaillant dont il dispose. Si pour lui le processus d'adolescence requiert d'intégrer le handicap comme élément constitutif de son identité et de ce fait, réactiver le traumatisme de ses parents, il est cohérent de voir ses défenses s'intensifier, ce que nous repérons dans l'intensification de ses recours à l'acte. La non-reconnaissance par la mère de son handicap (elle l'encourage dans ses projections d'un avenir en milieu ordinaire) vient rendre d'autant plus difficile sa recherche identitaire, qui peut difficilement intégrer cette partie « handicapée » de lui dans la construction de son Moi. Le clivage de Tom entre la part handicapée et non handicapée de lui témoigne de ce défaut d'intégration. Le refus d'être vu comme différent et le déni du handicap contribuent au recours à l'acte. C'est comme s'il refusait que son handicap le différencie et l'oblige à s'adapter. De plus, l'adolescence est une période durant laquelle le sujet tente de s'assumer et de se construire en tant qu'homme or Tom a été privé d'identification paternelle, il cherche donc maintenant à ressembler à l'image d'un père idéalisé qu'il s'est construite. Or, nous savons que la loi est représentée symboliquement par le père, en transgressant la loi à partir de ses comportements violents, Tom ne chercherait-il pas à retrouver la figure d'un père absent ?

B. Pistes et propositions cliniques

Jeammet (2002) a mis en avant la fragilité du sujet à l'adolescence et a montré comment elle était une période délicate, susceptible de faire entrer le sujet dans des psychopathologies.

Pour Tom, qui fait face non seulement à sa situation de handicap, mais aussi à un environnement défaillant, notamment à travers l'alcoolisme parental, l'enjeu est de lui proposer une réassurance narcissique suffisante pour lui permettre l'intégration progressive d'un moi unifié, intégrant le handicap à sa personnalité (Scelles & al., 2010). Cette capacité à se construire une image de soi unifiée et différenciée, nécessite une relation au thérapeute régressive, mobilisant une relation duelle intense, où le thérapeute représente la mère, l'objet primaire. Dans la pratique, cela implique un thérapeute qui survit aux attaques du sujet, lui permettant d'éprouver son agressivité sans être rongé par une culpabilité destructrice. Cette intégration d'un soi unifié

lui permettra d'élaborer la séparation ainsi que d'intégrer la castration et d'accéder aux fondements oedipiens. C'est-à-dire de pouvoir développer des mécanismes de défense plus élaborés (névrotiques) et d'avoir un rapport à la réalité, et aux autres plus clair. Selon (Corcos & Lamas, 2016), l'enjeu avec les adolescents en situation de handicap est de travailler la question identificatoire dans la rencontre thérapeutique, reconstruire des modalités relationnelles affectives suffisamment bonnes pour 'réparer' les dommages causés par la présence du handicap.

Si cela ne s'élabore pas, le sujet restera ancré dans des mécanismes de défense archaïques, tel que le clivage le déni, projection ; qui entrave la possibilité de créer un soi unifié et qui tend à fragiliser encore plus les limites. Tom risque l'entrée dans la psychopathologie à travers une structuration de manière durable dans un fonctionnement limite.

C. Ouverture et interrogations toujours en suspens :

Malgré notre réflexion, nous tenons à montrer que certaines questions restent cependant en suspens. En effet, l'étude de la situation de Tom, présente des spécificités ne permettant pas de généraliser notre réflexion et donc notre compréhension de la violence de Tom chez tous les sujets adolescents en situation de handicap. Nous pensons notamment, que la violence chez les adolescents n'ayant pas accès au langage puisse avoir un sens différent. Différencier handicap mental et handicap physique nous semble pertinent, dans le sens où le 'type' de handicap induit des représentations différentes chez les parents et impact différemment les interactions parents-bébé.

De plus, bien que nous l'ayons évoqué brièvement, nous n'avons pas étudié spécifiquement les enjeux de la situation gémellaire de Tom. Si dans le matériel clinique que nous avons recueilli, les enjeux de cette relation n'était que très peu présent, nous ne la négligeons pas pour autant. Comptes tenus des spécificités de ces relations, ainsi que du rôle de la fratrie dans le développement psychique, nous nous accordons à dire que cette dernière dans laquelle l'un des deux enfants présente un handicap entraîne d'autant plus de spécificités. L'étude des impacts de cette relation gémellaire particulière mérite selon nous d'être explorée plus spécifiquement, d'autant plus dans le contexte d'alcoolisation parentale qui mobilise une importance particulière des relations au sein des fratries (Kaës, 2009).

Même si nous avons pu montrer que la violence de Tom s'inscrivait dans une dimension de survie narcissique, nous estimons qu'il ne serait pas inintéressant de s'interroger sur la question de la transmission intergénérationnelle de la violence. La problématique alcoolique de la mère

étant propice à la violence et ayant connaissance de scènes de violence vécues au domicile, l'expression de la violence chez Tom serait certainement à imbriquer également dans une reproduction de la violence, une répétition des comportements défaillants.

De plus, la crise d'épilepsie vécue par Tom, il y a quelques mois semble jouer un rôle dans l'intensification de ses comportements violents. Si nous l'avons évoqué brièvement dans la retranscription de l'entretien ou nous avons utilisé la libre réalisation de l'arbre généalogique, nous n'avons pas développé plus profondément cette question dans notre analyse clinico théorique. Nous pensons cependant, qu'un lien peut exister entre l'intensification des comportements violents de Tom et cet événement, mais nous ne disposons pas d'assez d'éléments pour le mettre en avant.

Enfin, il nous semble important de ne pas oublier d'évoquer le fait qu'une atteinte du lobe frontal a été diagnostiquée chez Tom. Si à ce jour, aucune évaluation n'a été faite, ne permettant pas de déterminer le niveau d'atteinte ni les manifestations liées à celle-ci, il nous semble opportun de ne pas oublier que le lobe frontal joue un rôle dans la régulation des émotions et des comportements. Une atteinte frontale pouvant entraîner des troubles comportementaux et cognitifs, un apport neuropsychologique pourrait permettre une meilleure lecture de la situation présentée.

Les comportements violents de Tom semblent s'inscrire dans un fonctionnement psychique limite, caractériser par une fragilité des limites moi/non-moi, dedans/dehors. Son rapport à la réalité est fragile. Le recours à l'acte lui permet de décharger des affects sans les mentaliser, tant son monde interne n'est pas capable de les traiter. L'agir est mobilisé lorsque les situations du présent réveillent les affects dépressifs associés à une expérience infantile. De ce fait, Tom se montre violent, lorsqu'il se sent atteint dans son sentiment de toute-puissance, d'omnipotence. Ses relations aux pairs, la reconnaissance de ses échecs, la réalité de son handicap, sa confrontation à la frustration, l'ennui, sont autant d'éléments qui viennent le menacer dans sa continuité d'existence et dont il se défend à travers le recours à l'acte.

Ce fonctionnement peut s'inscrire dans un mouvement de remaniement psychique de l'adolescence, il serait alors temporaire et constructif. Cependant, face à l'accentuation des comportements de Tom et les 'non'-réponses de son environnement qui semble dépassé, la possibilité de 'réparer' ses traumatismes infantiles et d'élaborer un niveau de développement plus élaboré semble compromis. En ce sens, Tom nous semble dans une limite fragile d'entrée dans la psychopathologie limite.

Conclusion :

Cette rencontre clinique avec Tom a été tant surprenante que difficile. Mes éprouvés contre-transférentiels ont été intensément mobilisés et souvent opposés d'une séance à l'autre, ce qui a participer à développer plus singulièrement cette recherche. La diversité des manifestations cliniques que j'ai pu observer chez Tom m'a bloqué dans ma réflexion et ce n'est qu'en les reprenant dans l'après coup et en m'appuyant sur la littérature existante que j'ai réussi à mettre du sens sur ces éléments. Cette compréhension tardive de la situation et des problématiques à l'œuvre chez Tom, ne m'a pas permis d'adapter ma posture et le cadre de nos rencontres en cohérence avec ses besoins. Prenant conscience des enjeux narcissiques et de dépendance à l'environnement dont il fait l'objet, je m'interroge sur la pertinence de ma posture face à lui à certains moments (ex : quitter l'atelier et le laisser seul pour qu'il se calme lorsqu'il s'énervait), avec du recul je m'interroge sur ces réactions que je considère aujourd'hui comme une preuve supplémentaire que l'objet ne survit pas face à son agressivité, comme si je ne résistais pas à ses attaques.

L'enjeu particulier de nos rencontres à savoir le cadre de mes recherches, est à ne pas négliger. Si Tom a accepté d'y participer, il a aussi exprimé son souhait de ne pas multiplier les rencontres thérapeutiques : « j'ai pas besoin de voir deux psy », étant déjà suivi en CMP. Dans l'intérêt de ne pas être intrusive, j'ai limité les interventions et les entretiens psychologiques individuels avec Tom. Malgré l'intérêt que j'avais d'utiliser avec lui un test projectif, au-delà de la libre réalisation de l'arbre généalogique, tel que le Rorschach ou le TAT, afin d'obtenir de nouveaux éléments sur son fonctionnement psychique et éventuellement renforcer ou infirmer, nos hypothèses de fonctionnement limite.

Si les éléments recueillis nous ont aidés à dresser un tableau clinique du fonctionnement psychique de Tom, la problématique alcoolique de sa mère, est venue nous surprendre dans l'étude. Révélée à partir de la libre réalisation de l'arbre généalogique proposée à Tom, il a pu évoquer des scènes de conflit, au domicile, liées à une alcoolisation massive de sa mère. Si nous tentions de révéler les liens susceptibles d'exister entre recours à l'acte et fonctionnement psychique de l'adolescent en situation de handicap, ce contexte d'alcoolisation influence significativement les comportements violents de Tom. Cet élément particulier de l'histoire de vie de Tom, ne nous permet pas de généraliser le sens que nous avons décrit des recours à l'acte de Tom, comment similaires chez tous les adolescents en situation de handicap. Cependant, le fonctionnement de Tom semble en adéquation avec le fonctionnement des adolescents en situation de handicap décrit dans la littérature, si le phénomène d'alcoolisation maternelle vient

renforcer ses angoisses et ses défenses, développant ainsi à l'extrême la modalité de l'agir, il ne nous semble pas abusif, d'envisager que cette dernière s'inscrive dans une même dimension chez les adolescents en situation de handicap, même lorsqu'ils ne sont pas confrontés à cette problématique alcoolique parentale ; probablement sous une forme moins extrême, moins fréquente.

De manière générale, le champ du handicap n'a été que très peu étudié en psychanalyse. Même si dernièrement certains auteurs s'y intéressent, les recherches sont récentes et peu nombreuses et relativement générales (Amy, 2016). Il n'y a pas d'étude sur les comportements violents des adolescents en situation de handicap dans la psychanalyse ; les travaux interrogent la violence dans le handicap au sens large (violence primaire, secondaire etc.), mais pas le recours à l'agir dans le sens où on l'entend dans le processus d'adolescence.

Si nous avons pu déterminer que le handicap influençait le vécu de la puberté et vice-versa, effectuer de plus larges études permettant de définir si le handicap lui-même implique la violence face à l'immaturité du sujet en situation de handicap, ou si c'est la défaillance de l'environnement associé au handicap qui entraîne le recours à l'agir. De plus, nous avons présenté le handicap comme rendant l'environnement insuffisamment, bon, d'autres recherches pourraient montrer l'inverse, c'est-à-dire des parents capables de résister au traumatisme de la déception originale, offrant à leur enfant des bases stables de développement. Dans ce contexte, il serait alors intéressant d'étudier le vécu du processus d'adolescence chez le sujet en situation de handicap ayant bénéficié de parents contenants. D'autant plus que comme nous l'avons évoqué précédemment, chaque handicap entraîne une représentation singulière, cet élément nous semble également un champ d'études pertinentes pour comprendre comment se manifestent les choses différemment selon le handicap (physique ou psychique ; psychose ou déficience intellectuelles...).

Face à l'enjeu du processus d'adolescence, la réflexion autour des accompagnements spécifiques à proposer aux adolescents en situation de handicap ayant régulièrement recours à l'acte me semble nécessaire, en vue d'éviter la chronicisation des comportements violents chez ces derniers.

Ce travail de recherche a permis d'approfondir mes réflexions autour des différentes problématiques de Tom et plus spécifiquement ce qui me semblait prégnant, à savoir le recours à l'acte. La relation clinique et l'analyse qui en découle m'ont permis de saisir la dynamique psychique de Tom.

Nous avons pu décrire le recours à l'acte de Tom comme une défense, suppléant son appareil psychique immature. Son handicap ainsi que l'alcoolisation de sa mère et l'absence de son père, ont conduit à fragiliser son 'moi' et ses assises narcissiques, rendant plus difficile ses capacités d'élaboration et de mentalisation. Le sujet s'organise à partir d'un idéal du Moi, témoignant d'un fonctionnement limite dans lequel le recours à l'acte est une tentative de pallier les défaillances du monde interne, entravant la possibilité de mentalisation, puisqu'il s'inscrit dans une fuite de l'affect ou de la représentation désagréable.

Ces aménagements peuvent être transitoires, notamment à cette période d'adolescence, où la psychothérapie peut permettre une évolution des fonctionnements sur un mode plus névrotique, cependant certains points de la personnalité de Tom et les éléments de son environnement m'interrogent quant au risque d'aménagement limite de celle-ci.

Bibliographie

- Amy, M. (2016). *Autismes : spécificités des pratiques psychanalytiques: Autismes et psychanalyses - II*. Toulouse, France: Érès.
- Aulagnier P. (1975), *La violence de l'interprétation*, Paris, PUF, 2003
- Beine, A. (2011). L'adolescent, son père idéal et le père réel. *Cahiers de psychologie clinique*, 1(1), 93-115. <https://doi.org/10.3917/cpc.036.0093>
- Bion W.R. (1962), *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF, 2003
- Bon, C. (2007). Adolescence et handicap, un périlleux passage. *Cliniques du sujet handicapé. Actualité des pratiques et des recherches*, 95-118.
- Carreau-Rizzetto, M. (2003). Le fantasme de castration et les personnalités limites. *Cliniques méditerranéennes*, 2(2), 219-232. <https://doi.org/10.3917/cm.068.0219>
- Chabrol, H. (2011). Trouble oppositionnel, trouble des conduites et délinquance. Dans : , H. Chabrol, *Traité de psychopathologie clinique et thérapeutique de l'adolescent* (pp. 337-398). Paris: Dunod.
- Ciccone, A. (2014a). *Handicap et violence*. Toulouse, France: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.scell.2014.01>
- Ciccone, A. (2014b). L'observation clinique attentive, une méthode pour la pratique et la recherche cliniques. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(2), 65-78. <https://doi.org/10.3917/rppg.063.0065>
- Ciccone, A. (2016). Chapitre 6. Effets sur la parentalité d'une anomalie, un handicap ou une psychopathologie précoce chez un enfant. Dans : Albert Ciccone éd., *Violences dans la parentalité* (pp. 91-106). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.cicco.2016.01.0091>
- Corcos, M. & Lamas, C. (2016). Fonctionnements limites à adolescence : psychopathologie et clinique psychodynamique. *L'information psychiatrique*, 1(1), 15-22. <https://doi.org/10.1684/ipe.2015.1429>
- Dalpé, Y. (2014, 29 juin). Le contre-transfert et son utilité. Consulté le 7 mai 2021, à l'adresse <https://www.lesoleil.com/archives/le-contre-transfert-et-son-utilite-7fb8bd265dfe47a56d355fa88e13ca22>

Dessons, M. (2020). Chapitre 5. Le pubertaire et l'adolescence. Dans : , M. Dessons, Psychopathologie de l'enfant (pp. 85-94). Paris: Dunod.

Douet, B. (2005). Troubles de l'identité sexuée chez l'enfant handicapé: Le cas de " Camille ", sourd profond. *La psychiatrie de l'enfant*, 2(2), 501-535. <https://doi.org/10.3917/psye.482.0501>

Dumet, N. (2011). Corps et contre-transfert en psychanalyse : quelles idéologies à l'œuvre : La théorie à l'épreuve de la clinique. *Cahiers de psychologie clinique*, 1(1), 167-189. <https://doi.org/10.3917/cpc.036.0167>

Écotière, M. (2014). 10. La violence, point de vue subjectif de l'adolescent déficient cognitif. Dans : Albert Ciccone éd., Handicap et violence (pp. 151-164). Toulouse, France: ERES. <https://doi.org.buadistant.univ-angers.fr/10.3917/eres.scell.2014.01.0151>"

Emmanuelli, M. (2008). Chapitre 3. L'angoisse de castration à l'adolescence. Dans : , M. Emmanuelli & C. Azoulay (Dir), Pratique des épreuves projectives à l'adolescence (pp. 41-56). Paris: Dunod.

Faoro-Kreit, B. (2011). Le fraternel dans la pensée psychanalytique, ses divers destins en cas d'alcoolisme parental. Dans : Blandine Faoro-Kreit éd., Les enfants et l'alcoolisme parental: La question de la transmission et l'apport de la fratrie comme modèle thérapeutique (pp. 109-157). Toulouse, France: Érès. <https://doi.org.buadistant.univ-angers.fr/10.3917/eres.faoro.2011.01.0109>"

Favre, C. (2014, mai). Les émotions dans les agirs violents : approche psychanalytique. Université Paris Descartes. Consulté à l'adresse <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01195998/document>

Flèche, C. (2019). Décodage biologique des maladies (3 éd.). Le souffle d'Or.

Freud S. (1914), «Pour introduire le narcissisme», in Œuvres Complètes: Psychanalyse, Paris, PUF, 13, pp. 205-244

Freud S. (1915), «L'inconscient», in Œuvres Complètes: Psychanalyse, Paris, PUF, 1994, 13, pp. 205-244

Grimaud, L. (2013). Psychanalyse et adolescence. *VST - Vie sociale et traitements*, 3(3), 32-38. <https://doi.org/10.3917/vst.119.0032>

Guillaumin J. (1998), *Le Moi sublimé: Psychanalyse de la créativité*, Paris, Dunod.

- Gutton, P. (1996). *Adolescens*. Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France. <https://doi.org.buadistant.univ-angers.fr/10.3917/puf.gutto.1996.01>
- Gutton, P. (2013). *Le pubertaire*. Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France. <https://doi.org.buadistant.univ-angers.fr/10.3917/puf.gutt.2013.01>
- Jeammet, P. (2001). Innovations en clinique et psychopathologie de l'adolescence. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 159(10), 672-678. [https://doi.org/10.1016/S0003-4487\(01\)00116-0](https://doi.org/10.1016/S0003-4487(01)00116-0)
- Jeammet, P. (2002). Spécificités de la psychothérapie psychanalytique à l'adolescence [1]. *Psychothérapies*, 2(2), 77-87. <https://doi.org.buadistant.univ-angers.fr/10.3917/psys.022.0077>
- Jebabli, S. (2011, 1 décembre). Psychologie de l'adolescent [Diapositives]. Consulté à l'adresse [https://psychaanalyse.com/pdf/PSYCHOLOGIE%20DE%20L%20ADOLESCENT%20-%20SPORT%20ET%20EDUCATION%20\(32%20Pages%20-%20459%20Ko\).pdf](https://psychaanalyse.com/pdf/PSYCHOLOGIE%20DE%20L%20ADOLESCENT%20-%20SPORT%20ET%20EDUCATION%20(32%20Pages%20-%20459%20Ko).pdf)
- Kaës, R. (2009). *Le complexe fraternel*. Paris: Dunod. <https://doi.org.buadistant.univ-angers.fr/10.3917/dunod.kaes.2009.01>
- Kammerer, P. (2006). Violence et adolescence: Place et fonction de la violence à l'adolescence. *Le Coq-héron*, 1(1), 136-140. <https://doi.org/10.3917/cohe.184.0136>
- Klein M. (1946), «Notes sur quelques mécanismes schizoïdes», in *Développements de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1966, pp. 274-300.
- Konichekis, A. (2001). Paradoxes et fonctions narcissiques de la filiation. *Cliniques méditerranéennes*, 1(1), 143-156. <https://doi.org/10.3917/cm.063.0143>
- Korff-Sausse, S. (2013). Un patient sans parole. *Vie sociale*, 3(3), 83. <https://doi.org/10.3917/vsoc.133.0083>
- Korff Sausse, S. (2016). *Le miroir brisé : l'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*. Paris, France : Hachette Pluriel Editions.
- Louppe, A. (2006). Transformations et dynamique transféro-contre-transférentielle. *Revue française de psychanalyse*, 2(2), 463-475. <https://doi.org/10.3917/rfp.702.0463>
- MacDougall J. (1982), *Théâtres du Je*, Paris, Gallimard
- MARTY, F. (2003). Les adolescents et la violence. *psicoperspectivas revista de la escuela de psicología*, II, 95 103. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol2-issue1-fulltext-5>

Marty, F. (2013). Agir à l'adolescence, une autre façon de penser les émotions : Affect, émotion et pathologie à l'adolescence. Dans : Sami-Ali éd., Affect et pathologie (pp. 7-20). Les Ulis, France: EDK, Groupe EDP Sciences. <https://doi.org/10.3917/edk.sami.2013.03.0007>"

Maïdi, H. (2014). Narcissisme à l'adolescence. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 1(1), 123-140. <https://doi.org/10.3917/jpe.007.0123>

Michel, F. (2009). Handicap mental : crime ou châtiment ?. Paris cedex 14, France : Presses Universitaires de France. <https://doi.org.buadistant.univ-angers.fr/10.3917/puf.miche.2009.01>

Michel, F. (2010). Image de soi et handicap mental à l'adolescence : ce que le corps en dit. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 2(2), 25-32. <https://doi.org/10.3917/nras.050.0025>

Moyano, O. (2010). Clinique de l'ennui et recours à l'acte : à propos de l'adolescence délinquante. *Le Journal des psychologues*, 2(2), 69-71. <https://doi.org/10.3917/jdp.275.0069>

Muratori, F., Milone, A., Viglione, V., Romagnoli, G. & Palacio Espasa, F. (2001). Les troubles de la conduite à l'adolescence : violence, agressivité et identification. *La psychiatrie de l'enfant*, 2(2), 415-446. <https://doi.org/10.3917/psy.442.0415>

Racamier, P. (2010). L'inceste et l'incestuel. Paris: Dunod. <https://doi.org.buadistant.univ-angers.fr/10.3917/dunod.racam.2010.01>

Raoult, P. (2006). Clinique et psychopathologie du passage à l'acte. *Bulletin de psychologie*, 1(1), 7-16. <https://doi.org/10.3917/bopsy.481.0007>

Raoult, P. (2008). Violence et passage à l'acte. *Le Journal des psychologues*, 10(10), 18-22. <https://doi.org/10.3917/jdp.263.0018>

Searles H. (1965), L'effort pour rendre l'autre fou, Paris, Gallimard, 1977

Scelles, R., Ciccone, A., Korff-Sausse, S., Missonnier, S. & Salbreux, R. (2010). Handicap, identité sexuée et vie sexuelle. Toulouse, France: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.scell.2010.01>

Truquin, A. (2017). Première partie - Impact des troubles psychiques parentaux. Dans : Jacqueline Wendland éd., *La parentalité à l'épreuve de la maladie ou du handicap : quel impact pour les enfants* (pp. 17-70). Nîmes, France: Champ social. <https://doi.org/10.3917/chaso.wendl.2017.01.0017>"

- Winnicott D. W. (1956), *La Mère suffisamment bonne*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 2006.
- Winnicott, D. W. (1958). *La capacité d'être seul* (3e éd.). Paris, France : PAYOT & Rivages, 2015.
- Winnicott D.W. (1989), *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Paris, Gallimard, 2000.
- Winnicott D.W. (1994). *Déprivation et délinquance*, Paris, Payot.

RESUME :

Une expérience de stage au sein d'un institut médico éducatif à développer mon intérêt pour la question des comportements violents chez les adolescents en situation de handicap. A partir de l'étude de Tom, nous avons tenté de décrire la fonction du recours à l'acte dans la clinique du handicap chez l'adolescent. L'étonnement clinique né de la rencontre avec Tom et l'analyse de la dynamique transféro-contre-transférentielle apportent des éléments de compréhensions du fonctionnement psychique de l'adolescent en situation de handicap. L'apparition au cours de notre recherche du contexte d'alcoolisation maternelle viendra faire cas dans la situation de Tom, permettant de nous éclairer sur le sens de ses comportements violents. Nous pouvons admettre que le recours à l'acte chez Tom s'inscrit dans un mouvement de lutte contre une menace d'effondrement elle-même liée à une fragilité narcissique et des difficultés de construction d'un Moi unifié.

MOTS-CLES : adolescence, handicap, recours à l'acte, immaturité psychique, alcoolisme maternel, fonctionnement limite.

* * *

Tom and his violent behaviors: when the use of action is necessary for an adolescent with a disability

SUMMARY:

An internship experience in a medical-educational institute increased my interest in the issue of violent behavior among adolescents with disabilities. Based on the study of Tom's case, we attempted to describe the function of acting-out in the adolescent disability clinic. The clinical astonishment resulting from the meeting with Tom and the analysis of the transference - counter-transference dynamics provide insights into the psychic functioning of the adolescent with a disability. Throughout our research, the emergence of the context of maternal alcoholization will become a case in Tom's situation, allowing us to enlighten ourselves on the meaning of his violent behaviors. We can admit that Tom's acting-out is part of a movement of struggle against "Fear of Breakdown" itself linked to narcissistic fragility and difficulties in constructing a unified self.

KEYWORDS: adolescence, disability, acting-out, psychic apparatus immature, maternal alcoholization, borderline functioning.

Papa

Mom beam-peet

oncle

Moi

Ma mere

Mom frere

MA GRAND-mere