



UFR de Lettres Langues et Sciences Humaines
Département de Psychologie.
Unité de Recherche CLiPsy

Master 1 PPCP
Mention Psychologie : Psychopathologie Clinique Psychanalytique
Unité de Recherche CLiPsy

MÉMOIRE DE RECHERCHE

De l'absence d'investissement maternel à l'hypersexualisation : quand le corps devient objet de lien et de défense
Le cas de Tess

Présenté par

Marine Vincent

Sous la direction de

Jean-Baptiste Desveaux



ANGERS, MAI 2025



UFR de Lettres Langues et Sciences Humaines
Département de Psychologie.
Unité de Recherche CLiPsy

Master 1 PPCP
Mention Psychologie : Psychopathologie Clinique Psychanalytique
Unité de Recherche CLiPsy

MÉMOIRE DE RECHERCHE

De l'absence d'investissement maternel à l'hypersexualisation : quand le corps devient objet de lien et de défense

Le cas de Tess

Présenté par

Marine Vincent

Sous la direction de

Jean-Baptiste Desveaux



ANGERS, MAI 2025

Remerciements

Avant tout, je remercie Madame Le Bihan, tutrice de stage, pour sa confiance, son écoute et sa disponibilité.

Un grand merci à ma famille et mes amis qui ont été d'un grand soutien lors des nombreux moments de doute et de remise en question qui ont accompagnés l'écriture de ce mémoire.

Je remercie également mes camarades du M1 pour leur conseil et les temps pris ensemble, autant ceux pour échanger sur le mémoire que ceux pour tenter de l'oublier un petit peu.

Enfin, je tiens à remercier Monsieur Desveaux, directeur de mémoire, pour son accompagnement et la richesse de ses recommandations qui ont enrichi mes réflexions.



Engagement de non plagiat

Je soussignée Vincent Marine, déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publié 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 mémoire.

Signature :

A handwritten signature in black ink, appearing to read "VINCENT MARINE".

GRILLE D'AUTO-ÉVALUTION RECEVABILITÉ DÉPÔT DU MÉMOIRE

Master 1, mention PPCP
Psychologie, psychopathologie clinique psychanalytique

2024-2025



Dans le cadre du mémoire de recherche du M1 PPCP, il est demandé à l'étudiant.e de procéder à l'auto-évaluation des attendus permettant la recevabilité du dépôt du document écrit. Pour cela vérifier les critères listés dans le tableau plus bas et indiquer leur présence par une croix dans la case appropriée.

CRITÉRES DE RECEVABILITÉ DÉPÔT DU MÉMOIRE	Cocher ici
1. Document écrit composé de 35 à 40 pages (hors annexes, bibliographie et plan)*	
2. Document, reliure à dos collé ou spirales (pas de baguette, pas d'agrafe), remis en deux exemplaires papier à la scolarité.	
3. Respect strict du modèle de couverture, page cartonnée ou transparent (cf : annexe 1)	
4. Première page à l'intérieur du mémoire (page de garde) à l'identique du texte de la page de couverture	
5. Page blanche après la page de garde pour les annotations du jury	
6. Page éventuelle de dédicaces et/ou remerciements brefs (Facultatif)	
7. Engagement de non-plagiat avec signature de l'étudiant.e	
8. Grille d'auto-évaluation de recevabilité pour dépôt du mémoire	
9. Sommaire avec plan détaillé du mémoire et indication des pages (Introduction, différentes parties, chapitres, et sous-chapitres, conclusion, bibliographie et éventuellement annexes)	
10. Police Times New Roman, taille 12, interligne 1,5	
11. Marges haut-bas : 2,5 cm, gauche-droite : 2,5 cm	
12. Introduction avec début de la pagination (numérotation en chiffre arabe, en bas à droite)	
13. En fin de chaque partie de mémoire, page de synthèse de la partie (encadré au maximum d'1/2 page)	
14. Une Bibliographie homogène aux normes APA version 6.	
15. Annexes avec pagination autonome, répertoriée et présentée en première page des annexes. Les annexes peuvent être intégrées au mémoire ou présentées dans un document différent pour des raisons de confidentialité, si diffusion.	
16. Au dos du mémoire, sur la quatrième de couverture, présenter le titre du mémoire, un résumé (une dizaine de lignes) et 5 mots-clés, en français et en anglais	
17. Le contenu du document : présence dans le mémoire, des éléments suivants : <ul style="list-style-type: none">-Plan, Introduction-Une revue de littérature-Une présentation de la méthodologie-Une présentation des éléments cliniques-Une problématique avec une question-problème ciblée et mise en évidence en gras.-Une analyse théorico-clinique et discussion à visée de généralisation-Une conclusion-Une bibliographie (avec au moins 15 références : articles et ouvrages)-Annexes éventuelles	

Sommaire

Introduction.....	1
1. Le terrain clinique.....	1
2. Motivations de recherche et premiers questionnements.....	2
I. Revue de la littérature.....	4
1. L'importance de la stabilité dans l'enfance.....	4
1.1. <i>Le développement psycho-sexuel et les processus libidinaux.....</i>	4
1.2. <i>La défaillance de l'objet primaire.....</i>	5
1.3. <i>Le traumatisme.....</i>	6
2. Le développement de l'appareil psychique.....	7
2.1. <i>L'appareil psychique et le pare excitation.....</i>	7
2.2. <i>Construction de l'enveloppe et intérieurisation de la fonction contenante.....</i>	8
2.3. <i>Le Moi-peau.....</i>	9
3. Organisation de la personnalité et mise en place des défenses.....	10
3.1. <i>Personnalité as-if et faux self.....</i>	10
3.2. <i>États limites et mécanismes de défense.....</i>	11
3.3. <i>Le corps acteur : renverser la passivité.....</i>	12
II. Méthodologie de la recherche.....	14
1. La population étudiée.....	14
2. La méthode de recueil des données.....	14
2.1. <i>L'observation clinique et l'écoute.....</i>	14
2.2. <i>Réunions, consultation du dossier et prises de notes.....</i>	14
2.3. <i>L'entretien clinique.....</i>	15
3. La méthode de traitement des données : l'approche qualitative.....	15
4. Les outils utilisés.....	16
4.1. <i>Les médiations dans la clinique de l'adolescent : dessin, jeu et musique.....</i>	16
4.2. <i>Le groupe comme outil d'observation.....</i>	17
III. Présentation des données cliniques et de la problématique clinique.....	18
1. Éléments anamnestiques.....	18
2. Éléments cliniques.....	19

2.1. <i>Éléments précédents mon arrivée et ayant eu lieu pendant mon absence</i>	20
2.2. <i>Groupe d'activités « thérapeutique » et entretien clinique</i>	21
3. Évolution de la relation transféro-contre transférentielle et points d'étonnements.....	25
IV. Analyse théorico-clinique et discussion.....	28
1. Un début de vie marqué par l'instabilité.....	28
1.1. <i>Quand l'investissement maternel fait défaut</i>	27
1.2. <i>Grandir dans un environnement imprévisible</i>	29
2. Se défendre du vide interne.....	31
2.1. <i>La prégnance de l'agir : les conduites à risque</i>	31
2.2. <i>L'hypersexualisation</i>	33
3. L'investissement libidinal et érogène de l'objet.....	34
3.1. <i>Rechercher la fusion dans la relation</i>	34
3.2. <i>Pouvoir garder le contrôle : entre agression-maîtrise et séduction-rejet</i>	36
4. Ouverture et questions restées en suspens.....	37
Conclusion.....	39
Bibliographie.....	41
Annexe.....	

Introduction

1. Le terrain clinique

L'élaboration de ce mémoire de recherche s'inscrit dans le cadre de mon stage de Master 1, effectué au sein d'une clinique pédopsychiatrique, dans l'unité d'hospitalisation à temps complet pour adolescents. Le choix de cette structure répondait à mon souhait d'enrichir ma formation en découvrant la prise en charge d'adolescents en souffrance psychique, dans un cadre distinct de celui de l'ambulatoire. Ce service accueille jusqu'à seize adolescents, âgés de 12 à 18 ans, qui sont en situation de souffrance psychique. Les motifs d'admission dans le service peuvent être diverses : déscolarisation, hétéro et/ou auto-agressivité, épisodes délirants, passages à l'acte suicidaire. Dans tous les cas, les demandes d'admission au sein du service émanent de professionnels de santé exerçant dans différentes structures (hospitalières, médico-sociales, éducatives) et sont, ensuite, évaluées par le médecin pédopsychiatre du service. L'hospitalisation a une durée limitée qui varie selon les besoins et la temporalité spécifique de chaque adolescent. L'unité représente un espace relais d'accueil et de soins, encadré par une équipe pluridisciplinaire qui apporte un suivi adapté et personnalisé à chaque jeune, selon le projet de soin défini. Les adolescents hospitalisés dans le service ont un suivi personnalisé proposé sur indication médicale qui est à la fois composé de temps individuels et de temps collectifs avec les autres jeunes. L'accompagnement qui leur est apporté s'articule ainsi entre du soin et des activités thérapeutiques, le tout visant à réintroduire un élan de vie chez des jeunes qui ont, pour la plupart, déjà tenter d'y mettre un terme.

Le service fermé de pédopsychiatrie travaille en étroite collaboration avec l'Unité Post-Urgence Psychiatrique ainsi qu'avec l'Hôpital de jour. Ces deux structures peuvent intervenir en amont de l'hospitalisation à temps complet, ou bien en aval, dans le cadre d'un relais ou d'une alternative à celle-ci. La plupart des adolescents hospitalisés présentent des tableaux cliniques marqués par des états dépressifs, des troubles anxieux, des troubles de la personnalité ou encore des troubles des conduites alimentaires, avec une manifestation symptomatologique plus ou moins bruyante. Certains jeunes présentent également des troubles du comportement que l'équipe considère davantage comme les effets d'un environnement carencé, plutôt que relevant de troubles nécessitant une prise en charge psychiatrique. Aussi, la clinique est reconnue pour sa prise en charge des états dépressifs, des problématiques addictives et poly-addictives (addictions médicamenteuses, alcooliques ou toxiques), des troubles de la personnalité et pour des hospitalisations en post-urgence.

2. Motivations de recherche et premiers questionnements

À l'origine, j'avais un idéal selon lequel j'imaginais trouver « le cas parfait » : un cas riche, complexe, permettant d'explorer une pluralité de dimensions théorico-cliniques. Finalement, la réalité de la clinique m'a fait comprendre la superficialité de cet idéal qui, concentré sur un objet de recherche, ne voyait plus le sujet. J'ai alors décidé de me laisser surprendre par cette clinique et par ce que les adolescents, dans leur singularité, pouvaient amener. J'ai véritablement fait, pour la première fois depuis le début de ma formation, l'expérience du contre transfert, de la force que représente l'alliance thérapeutique, mais aussi sa fragilité. La rencontre avec ces adolescents m'a enseigné combien l'authenticité est essentielle dans la relation pour pouvoir les rencontrer sans artifice supplémentaire : il ne s'agit pas simplement de recevoir, mais aussi d'accepter de partager de soi, dans une juste mesure, pour que la rencontre clinique soit véritablement celle de deux altérités, de deux subjectivités.

Parmi les jeunes rencontrés, beaucoup m'ont amenée à me questionner. Toutefois, mon stage étant marqué par de longues périodes d'absence entre mes dates de présence, il était difficile de pouvoir observer leur évolution, car la plupart sortaient de l'hospitalisation entre-temps. Seulement, entre toutes ces entrées et sorties, une jeune était là depuis le début. Pourtant, je ne l'ai véritablement « rencontrée » que plus tardivement. Dès mon arrivée, l'équipe me l'avait décrite en insistant sur la pénibilité de sa présence et les tensions qu'elle suscitait. Sans même m'en rendre compte, je m'étais alors laissée influencer par ce discours et l'avais mise à distance, évitant d'entrer en lien avec elle. Elle était là mais je ne l'avais pas vue ou bien, à la suite de la description que j'avais eu d'elle, j'avais préféré ne pas la voir. Pourtant, on ne peut pas dire qu'elle se mettait en retrait dans les temps collectifs puisqu'elle trouvait toujours une solution pour devenir le centre de l'attention. Elle était omniprésente dans la dynamique institutionnelle : même absente, elle restait au centre des discussions en raison de l'impact qu'elle avait sur le groupe, tant par ses comportements que par les réactions qu'elle suscitait.

Cette jeune fille de 17 ans, que nous nommerons Tess, montrait un fonctionnement très particulier, dans une dynamique clivante entre séduction et rejet, agression et maîtrise. La moindre de ses interventions semblait être faite pour venir tester les limites, limites qu'elle n'avait pas avec elle-même. En effet, Tess présentait une tendance à révéler ce qui était pourtant de l'ordre de son intimité et utilisait son corps comme un instrument, un objet par lequel elle se sentait vue, exister, au travers de mouvements de séduction et d'une hypersexualisation prégnante, tant sur le plan relationnel que comportemental. Elle prenait plaisir à se faire remarquer en faisant des réflexions ou en ayant des comportements déplacés, souvent en lien

avec des allusions sexuelles. Cette exhibition corporelle et verbale alternait avec des moments de grande douceur, parfois brutalement interrompus par des accès de violence, où elle pouvait quitter la pièce en criant et en balançant le mobilier sur son passage. Rares étaient les moments où elle restait discrète, comme si elle ne pouvait tolérer la solitude que cela lui faisait vivre. Elle recherchait incessamment le lien, le contact, mais ne tolérait qu'une relation duelle marquée d'une dimension anaclitique, comme dans un besoin de faire fusion avec l'autre, de se confondre dans l'intérieur du tiers.

Ce qui m'a particulièrement interpellé dans la dynamique transférentielle avec Tess, c'est le paradoxe entre ce qu'elle suscitait en moi, un rejet difficilement explicable, et l'investissement manifeste qu'elle me portait. Elle pouvait me proposer que l'on fasse équipe dans certains jeux, me demandait que je vienne manger à côté d'elle lors des repas, tout en se montrant particulièrement curieuse, parfois intrusive. De ce fait, il m'arrivait souvent de jouer avec elle ou de l'accompagner lors des temps du goûter, temps où elle restait normalement seule au petit salon à la suite d'une décision prise en équipe dans le cadre de son hospitalisation. C'est donc au fil de nos rencontres et de la consolidation d'une certaine alliance thérapeutique que m'est venue l'idée de rédiger mon mémoire de recherche sur la situation de Tess.

Plus je la rencontrais, plus je réalisais à quel point tout, chez elle, semblait tourner autour de la thématique du sexuel, dans ce qu'il a de plus confus, de plus agissant et de plus dérangeant. De ce fait, sa situation et son fonctionnement m'ont amenée à m'engager dans un travail d'articulation théorico-clinique, autour de la fonction que pouvait avoir cette hypersexualisation relationnelle et corporelle dans l'économie psychique de Tess. Il s'agira de comprendre comment ce recours au sexuel peut fonctionner comme un mode de défense, une tentative de lien ou de maîtrise, ou encore comme une expression d'une souffrance psychique plus profonde, inscrite dans son histoire subjective.

Pour cela, une première partie présentera une revue de la littérature abordant des concepts permettant de mieux saisir la situation de Tess. La seconde partie expliquera la méthodologie de recherche, toujours dans le souci de respecter la subjectivité du sujet. Puis, la partie clinique nous permettra de revenir sur les éléments anamnestiques et cliniques ainsi que sur nos différentes observations lors de groupes d'activités. Nous ferons ensuite le lien entre les notions théoriques et les éléments cliniques dans la partie analyse théorico-clinique. Nous y proposerons également des hypothèses et interprétations cliniques. Enfin, la conclusion nous permettra d'avoir un regard critique sur ce mémoire de recherche ainsi que de proposer une ouverture sur d'autres aspects de la personnalité de Tess que nous aurions pu également mettre en lien avec son investissement particulier des autres et d'elle-même.

I. Revue de la littérature

1. L'importance de la stabilité dans l'enfance

1.1. *Le développement psycho-sexuel et les processus libidinaux*

Freud a longuement travaillé sur la sexualité infantile et ses observations ont servi de base à sa théorisation d'autres concepts, notamment celui du complexe d'œdipe (Lehrer, 1984). La sexualité infantile se manifeste plutôt explicitement au travers de la curiosité insatiable des enfants vis-à-vis de la sexualité des adultes (Quinodoz, 2019). C'est dans *Trois essais sur la théorie sexuelle*, ouvrage paru en 1905, que Freud évoque sa théorie de la sexualité infantile et introduit la notion de stade libidinal, définie comme « une étape du développement de l'enfant caractérisée par une organisation, plus ou moins marquée, de la libido sous le primat d'une zone érogène et par la prédominance d'un mode de relation objectal » (Laplanche et Pontalis, 1981, p.885). Ces zones sont successivement investies, allant de l'auto-érotisme initial à l'hétéro-érotisme, et de la sexualité prégénitale à la sexualité génitalisée (Smirnoff, 1992).

Le premier stade, le stade oral, s'organise autour de la relation primaire liant l'enfant au sein maternel et donc, au travers de la fonction alimentaire. La zone érogène correspond ici aux lèvres, à la langue et à l'entièreté de la cavité buccale. Ce stade est fondateur pour le psychisme du sujet : il permet « l'installation de la volupté suscitée par le remplissage de l'estomac et l'activation érotique de la succion » (Cascales, 2017, p.79). Abraham (1965), divise le stade oral en deux sous-stades. Dans la première phase « préambivalente », l'enfant incorpore l'objet (le sein maternel) comme étant sien. La relation objectale s'organise donc autour de la succion et de l'incorporation. Dans la seconde, la succion évolue vers la morsure, à cette phase appelée « sadique-oral », apparaissent les sentiments contradictoires vis-à-vis de l'objet qui devient « à la fois l'objet de la satisfaction libidinale et celui de l'hostilité » (Smirnoff, 1992, p.169).

Le stade suivant est celui du stade anal qui s'installe lorsque l'enfant a la capacité de contrôler l'acte de défécation et donc le plaisir à retenir et expulser. La zone érogène est alors celle de la muqueuse ano-rectale. Le contenu intestinal est considéré par l'enfant comme une partie de son propre corps et comme un cadeau qu'il peut offrir pour prouver obéissance et amour, ou qu'il peut choisir de garder en lui pour attester son entêtement, voire son hostilité. À ce stade, l'érotisme est lié à des comportements sadiques par lesquels le plaisir peut être suscité par l'excitation engendrée par l'expulsion de la matière fécale, mais peut tout aussi bien être ressentie lorsqu'elle est volontairement retenue par l'enfant (Abraham, 1965). Ce stade a également été appelé « sadique-anal » : le désir de maîtrise s'ajoute au plaisir de contrôle. Par la valeur symbolique du contenu intestinal, le pouvoir est exercé à la fois sur le corps et sur

l'entourage. La relation à l'objet est marquée par l'ambivalence puisque l'enfant peut essayer de retenir et s'approprier l'objet, mais aussi le refuser en l'expulsant.

Arrive ensuite la phase phallique, marquée par la masturbation infantile. L'intérêt de l'enfant se tourne vers la zone génitale (Smirnoff, 1992). C'est notamment à cette période que s'éveille la curiosité sexuelle de qui s'organise autour des questions relatives à « la différence des sexes, la procréation, l'accouchement et les relations sexuelles des parents » (p.175). La dialectique inconsciente de l'enfant s'organise autour du phallus, en cherchant à découvrir où il est et quelle fonction il possède. Si l'enfant parvient à résoudre les conflits propres à chaque stade, peu de libido reste investi dans chaque stade. En revanche, s'il se fixe sur un stade en particulier, du fait d'un excès de plaisir ou de frustration, alors la méthode de satisfaction propre au stade en question restera dominante et aura une influence sur ses modes de recherche de plaisir et de satisfactions à l'âge adulte (Hassan, 2013).

Pour Freud (1915, 2018), la pulsion est un processus dynamique consistant en une poussée qui fait tendre l'organisme vers un but. Elle est constituée de quatre éléments : la poussée (désignée par le terme libido) qui est la force, le but qu'est celui de satisfaction, l'objet qui renvoie à ce qui va être investi et enfin, la source qui correspond à un processus dynamique situé dans un organe ou une partie du corps et dont l'excitation se manifeste dans la vie psychique au travers de la pulsion. Plus précisément, il définit la libido comme « une énergie quantitativement modifiable à l'aide de laquelle on pourra mesurer des processus et des conversions dans le domaine de l'excitation sexuelle » (Freud, 1905, 2014, p.187). Elle ne deviendrait active que par l'investissement d'objets sexuels et, une fois retirée des objets, se retrancherait dans le Moi pour redevenir libido narcissique. Le tout premier objet investi libidinalement est la mère. Elle contribue, tout au long du parcours vers la génitalité, à transformer l'excitation en pulsion. Cependant, si elle n'incarne pas sa fonction de source de la pulsion, l'excitation, dénuée de but à atteindre, pousse dans le vide (Cascales, 2017).

1.2. La défaillance de l'objet primaire

La construction du Moi de l'enfant, du fait de sa dépendance, est influencée par l'investissement de l'objet (la mère) et de son amour qui permettent, avec le temps, d'induire en lui un sentiment de continuité d'existence (Freud, 1923). D'après Kelley-Lainé (2002), « lorsque l'enfant a été investi libidinalement par sa mère, et que les processus du narcissisme primaire ont bien fonctionné, le Moi naissant de l'enfant va pouvoir supporter les aléas de la

vie psychique. » (p.87). Mais, encore faut-il que la mère soit disponible psychiquement pour s'investir dans le lien à son enfant et de fait, pour l'investir lui.

Le développement psychoaffectif du bébé est conditionné par la relation première avec sa mère puisqu'elle garantit les prémisses d'une relation d'objet (Cascales, 2017). Green (1980) décrit une expérience à laquelle l'enfant peut être confronté lorsque sa mère, initialement « objet chaleureux, excitant, vivant, source de vitalité et de gaieté pour lui, devient subitement froide, éteinte, atone, comme morte » (Estellon, 2012, p.123). C'est ce qu'il nomme « la mère morte », notion que nous pouvons aujourd'hui retrouver lorsque Ainsworth et al. (Hopkins, 1992) parlent de mère « émotionnellement hors d'atteinte » qui n'est pas seulement psychiquement absente, comme dans la théorie de Green (1980) mais qui, en plus, présente un syndrome de rejet à l'égard de son enfant. Bonneville-Baruchel (2015) élargit cette théorie aux deux figures parentales plutôt qu'en se limitant à la mère. Elle ne parle pas de « mère morte » mais d'« incapacité parentale momentanée » face à la désorganisation psychique extrême qui advient chez le parent confronté à un évènement traumatisant. En revanche, pour elle comme pour Green (1980), avant cet évènement, le parent avait pu faire preuve de compétences parentales adéquates. Bonneville-Baruchel (2015) vient, dans cette même perspective, faire écho à la théorie de l'environnement suffisamment bon de Winnicott (2006) lorsqu'elle évoque les interactions précoces défaillantes. Elle étend cette question de l'environnement, largement développée par Winnicott, à l'organisation générale du mode de relation des parents à l'enfant qui, à un niveau macro, renvoie à l'absence de qualité dans la présence émotionnelle du parent parfois incapable de s'adapter du fait de sa propre souffrance. Cette absence nous renvoie à l'idée de la mère morte de Green (1980) mais vient aussi faire écho à l'état de préoccupation maternelle primaire de Winnicott (2006). Cet état renvoie à une forme d'hypersensibilité de la mère dans laquelle elle a la capacité de se mettre à la place de son enfant et de répondre à ses besoins, permettant alors à la ligne de vie de ce dernier de n'être que très peu perturbée par les réactions aux empiètements de l'environnement. En revanche, face à la disparition de l'objet subie et/ou à des interactions précoces défaillantes, l'enfant se retrouve seul face à un sentiment de détresse, d'impuissance, qu'il ne peut gérer du fait de l'immaturité de son Moi. Cela vient alors créer en lui un débordement pouvant être à l'origine de la constitution d'un traumatisme.

1.3. *Le traumatisme*

Freud s'est longuement intéressé au traumatisme et a, de ce fait, connu une grande évolution dans ses théories. Dans cet écrit, nous avons choisi de nous concentrer uniquement sur sa théorisation du traumatisme dans une perspective économique. En 1920 dans son œuvre *Au-*

delà du principe de plaisir, Freud explique que le traumatisme serait lié à un défaut du pare-excitation qui fait face à une effraction quantitative, c'est cette effraction quantitative du Moi qui vient faire trauma. Il insiste alors, non sur la qualité des excitations, mais sur leur quantité et imprévisibilité. Si Freud (1920) met en avant le fait que ce sont plus les excitations que les évènements réels qui représentent un potentiel traumatogène, Ferenczi (1933, 1982) met quant à lui en lumière les facteurs interpersonnels impliqués dans la constitution du psychisme et reste ainsi dans une perspective davantage articulée autour de ce qui se passe ou non, dans le réel, avec l'objet. Pour lui, le traumatisme serait le résultat d'une disqualification des besoins du sujet, du déni de la reconnaissance de son éprouvé de la part de l'objet. Winnicott (1965, 2000) rejoints cette idée, considérant le traumatisme comme le résultat d'une expérience qui vient rompre l'idéalisation de l'objet qui n'a pas atteint sa fonction et a causé un effondrement dans l'aire de confiance. Le défaut d'accompagnement par l'objet maternel, pourtant indispensable, brise la capacité de l'enfant à « croire en », créant ainsi un traumatisme qui vient entraver la structuration de la personnalité ainsi que l'organisation du Moi (Bokanowski, 2010). Finalement, ces auteurs rejoignent plus ou moins la conception freudienne, considérant comme potentiellement traumatogène l'expérience qui n'a pu avoir lieu avec l'objet et qui a alors laissé l'enfant seul face à une quantité d'excitation effractante. Roussillon (2012) complète ces théories en développant le traumatisme primaire qui résulte des réponses inadéquates de l'objet. Le traumatisme primaire correspond à une blessure de et dans la subjectivité qui conduit le sujet à se retirer de sa subjectivité pour survivre, c'est-à-dire, en se défendant par le clivage. Le clivage du Moi est une situation dans laquelle le Moi se clive à partir d'une expérience éprouvée, mais qui ne s'est pas constituée comme une expérience du Moi (Roussillon, 2012). Belot & Bonnet (2016) soulignent que ces expériences, qui n'ont pu être intégrées, ont « des répercussions sur la constitution des enveloppes corporelles et psychiques » (p.465), et donc, une influence sur la constitution de l'appareil psychique du sujet.

2. Le développement de l'appareil psychique

2.1. L'appareil psychique et le pare-excitation

Pour Assoun (2013), l'appareil psychique a pour tâche de maîtriser des excitations qui, si elles ne l'étaient pas, pourraient engendrer une réaction pathogène. C'est la peau qui fournit à l'appareil psychique « les représentations constitutives du Moi et de ses principales fonctions » (Anzieu, 1995, 2006, p.119). Il devient peu à peu autonome, mais l'acquisition de cette autonomie repose sur « le fantasme d'une peau commune à la mère et à l'enfant, sur la

subdivision de cette peau psychique en une surface d'excitation et une surface de signification, sur la construction d'un appareil à penser les pensées » (p.261). La protection de cet appareil psychique est garantie par le pare-excitation, conçu comme enveloppant l'organisme, filtrant les excitations et protégeant ainsi le psychisme de l'effraction et du débordement (Halley & Azoulay, 2017). Laplanche & Pontalis (1981) résume la conceptualisation du pare-excitation en disant que sa fonction « consiste à protéger (schützen) l'organisme contre les excitations en provenance du monde extérieur qui, par leur intensité, risqueraient de le détruire. L'appareil est conçu comme une couche superficielle enveloppant l'organisme et filtrant passivement les excitations » (p.598). D'après Bion (2003), c'est la mère qui, au travers de sa capacité de rêverie, fait office du premier pare-excitation, en transformant les données sensorielles brutes (éléments béta) en données pouvant être pensées par l'enfant (éléments alpha). Elle vient ainsi penser les excitations qui traversent l'enfant, l'aïdant à les supporter et donc, avec le temps, à les intérioriser (Halley & Azoulay, 2017). En revanche, lorsque les excitations externes sont trop intenses, du fait de la fragilité voire de l'absence du pare-excitation maternelle ou de la confrontation à une expérience traumatogène, il peut se retrouver débordé par la quantité de ces excitations. Pour Cascales (2017), plus les carences et défaillances parentales de contenance psychique s'accentuent, plus la désorganisation de l'enfant tend à s'aggraver.

2.2. Construction de l'enveloppe et intériorisation de la fonction contenante

Ciccone (2001), propose de considérer que l'enveloppe a une fonction de contenance qui consiste à contenir et à transformer. Pour lui, cette enveloppe « résulte de l'intériorisation de l'objet contenant ou de la fonction contenante de l'objet » (p.92). Les enveloppes psychiques transforment et constituent une défense contre les angoisses archaïques qui émergent lors de l'enfance (Morosini, 2023). En revanche, pour que cette enveloppe psychique se développe, l'objet doit avoir été intériorisé dans sa fonction contenante, pour ce faire, il doit incarner certaines qualités. Parmi elles, Ciccone (2001) précise par exemple celles de la fonction alpha, de la capacité de rêverie ou encore, de l'intégration de la bisexualité, mais la principale qualité reste celle de l'attention. Cependant, il y a avant tout un processus d'intériorisation qui permettra, en passant par un processus d'identification projective, d'aboutir à une forme d'introjection. Avant cela, le bébé utilise des processus d'identification adhésive essentiels à son développement, étant donné les points d'agrippement qu'ils produisent, permettant la sensation de continuité ainsi que l'exploration de l'intériorité de l'objet, si tant est que l'enfant soit dans une relation assez sécurisante avec celui-ci (Ciccone, 2001). Pour Geneviève Haag (2002), le processus par lequel l'enveloppe est intériorisée et le sentiment de continuité installé

pourrait s'envisager comme des boucles de retour qui construisent une forme de circularité. Pour elle, l'enveloppe constituée s'observe au travers des représentations de contenance manifestées par l'enfant, correspondant aux projections spatiales de la circularité du self, et donc de sa continuité interne. L'objet contenant intérieurisé focalise et stabilise les forces psychiques de l'investissement, permettant ainsi la protection de l'enveloppe psychique (Ciccone, 2001). Cela renvoie à l'idée de Houzel (1994, 2000) qui considère la fonction contenante comme « un processus de stabilisation de mouvances pulsionnelles et émotionnelles qui permet la création de formes psychiques douées de stabilité structurelle » (p.31). À partir de ces éléments, Anzieu vient à considérer les enveloppes psychiques comme le résultat de ce qui a été contenu et voit dans les expériences de peau à peau entre la mère et son enfant, ainsi que dans les possibilités d'élaborer une relation sécurisante avec cette dernière, la possibilité pour l'enfant d'acquérir la perception de la peau comme une surface (Anzieu, 1995, 2006 ; Mellier, 2005). Cette possibilité engendre la notion de limite entre l'intérieur et l'extérieur et le sentiment d'intégrité de l'enveloppe corporelle. C'est ce sentiment qui apporte au Moi « une enveloppe narcissique et un bien-être de base, d'où l'idée du Moi-peau » (Ciccone, 2001, p.91).

2.3. *Le Moi-peau*

Si Freud (1920) parle initialement de « membrane pare-excitante », cette notion est reprise et approfondie par Anzieu (1974) dans sa conception du Moi-peau. En 2007, Kaës précise que le Moi-peau d'Anzieu part de la métaphore selon laquelle le Moi est comme la peau et qu'ainsi, il est basé sur les différentes fonctions de la peau qui sont celles de contenant, de protection et de communication. Anzieu (1995, 2006) définit ainsi le Moi-peau comme « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoce de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps » (p.61). Dans son ouvrage *Le Moi-peau*, Anzieu (1995, 2006) en décrit les huit fonctions : maintenance du psychisme, contenance, pare-excitation, individuation du soi, intersensorialité, soutien de l'excitation sexuelle, recharge libidinale ainsi qu'inscription des traces sensorielles. Selon lui, l'enfant acquiert un Moi-peau qui lui est propre d'une part par l'intériorisation de l'interface qui devient l'enveloppe psychique contenante des contenus psychiques, et de l'autre, par celle de l'entourage maternant qui devient le monde intérieur. Il suggère que si le Moi-peau parvient à se constituer comme une enveloppe suffisamment souple et contenante, alors le Moi peut acquérir le sentiment de continuité. En revanche, si l'adaptation parentale s'avère défaillante, le bébé ne parvient pas à distinguer ce qui relève de son monde interne et de son monde externe. Son corps devient alors « l'objet et le reflet des investissements

et des projections des adultes, dont le développement normal est dévié » (Alvarez et al., 2012, p.2). Un Moi-peau « normal » est constitué d'une double face (externe et interne) et d'un écart maintenu entre celles-ci. En revanche, chez les états-limites par exemple, le Moi-peau est atteint dans sa structure. Les deux feuillets n'en font plus qu'un, mais cette face unique, étant tordue, a un impact direct sur la distinction entre le dedans et le dehors. Une partie du système perception conscience est rejetée en position d'observateur extérieur et l'autre partie, qui subsiste, permet au sujet de maintenir une adaptation à la réalité suffisante (Anzieu, 1995, 2006). Pour Roussillon (2007) cette altération de la constitution du Moi-peau est due à des difficultés qui « prennent naissance dans le processus de construction de la peau commune et de différenciation du Moi-peau psychique » (p.25).

3. Organisation de la personnalité et mise en place des défenses

3.1. Personnalité as-if et faux-self

La psychanalyse a peu à peu mis en lumière le fait qu'au cours de la cure de sujet d'apparence névrosé, pouvait émerger des défenses, des symptômes habituellement rencontrés dans la psychose. Cette dimension a amené de nombreux psychanalystes à considérer qu'il existerait une autre organisation, une autre structure : celle des états limites (Charrier & Hirschelmann, 2022). Il est important de noter que ce qui a amené aux questionnements quant à l'existence d'un autre modèle que celui de la névrose ou de la psychose, c'est la rencontre avec des cas dits « difficiles », notamment des sujets pouvant manifester une dimension de fausseté dans leurs attitudes ainsi que dans leurs discours, en ayant par exemple recours au mensonge. Si Winnicott (1945, 2017) comprend le mensonge comme le résultat d'une incapacité pour le sujet à expliquer la dualité de son comportement, pour Bertrand (2015), « le mensonge compulsif, l'affabulation, la mythomanie sont le signe d'atteintes narcissiques graves et de modalités de défense plus archaïques » (p.108). Bollas (2018) semble rejoindre l'idée de Bertrand puisqu'il considère que le mensonge permet au menteur une relation affective et imaginative au monde extérieur, il lui permet de mettre de la vie dans le vide. En revanche, il est l'un des premiers à concevoir le mensonge comme un déni du traumatisme qui peut exploser et ainsi, se transformer en une reconstitution de ce traumatisme.

Finalement, le mensonge devient une fonction de ce que Winnicott (1989) a appelé faux-self puisque lui aussi cache et protège le vrai self. Le faux-self se met en place face à la menace de perdre le sentiment de sa propre viabilité et amène le sujet à créer une fausse structure de soumission pour se protéger de l'hostilité et permettre au vrai self de vivre (McFarland Solomon

& Hénand, 2006). Les personnalités présentant un faux-self surinvestissent la réalité extérieure pour combler leur vide interne (De Parseval, 2007), tout comme les menteurs. Le faux-self pourrait être considéré comme une peau substitutive, permettant d'une part de se protéger des attaques extérieures mais aussi de l'incapacité à tolérer la solitude. Deutsch (1942) développe quant à elle, la notion de personnalité « as-if » qui correspond à des sujets présentant une relation au monde extérieur et à son propre Moi déficiente, dénuée de chaleur. On retrouve dans l'histoire et dans la vie actuelle du sujet « as-if » une répétition obsédante des mêmes situations traumatiques (McFarland Solomon & Hénand, 2006). Pour Britton (1998), le patient « as-if » oscille entre la peur de la projection et de l'introjection et se retrouve ainsi exilé du monde interne comme du monde extérieur. En revanche, d'après Riensenberg-Malcolm (1992), l'aménagement « as-if » reste semblable à celui d'un faux-self puisqu'ils sont une réponse à un manque de dévouement maternel. Avec son article sur les personnalités « as-if », Deutsch (1942) a notamment contribué à la compréhension de l'organisation limite de la personnalité.

3.2. États limites et mécanismes de défense

Au cœur des discussions sur les états limites se trouve un débat quant au fait de la considérer ou non comme une structure du fait de son instabilité, on retrouve donc au sein de la littérature, différentes conceptions des états limites. Bergeret (1992), inscrit dans une perspective structuraliste, considère les états limites comme une astructuration, il parle d'aménagements limites qui s'instaureraient à la suite d'un traumatisme désorganisateur précoce. D'après sa conception, la relation d'objet demeure centrée sur une relation anaclitique avec une angoisse dépressive de perte d'objet. Kernberg (1979, 2016), s'inscrivant lui dans une dynamique processuelle, se différencie de Bergeret en parlant plutôt d'une angoisse d'abandon. Dans les pathologies limites, l'organisation défensive se fait principalement autour du clivage qui permet au sujet de ne pas se confronter à son ambivalence affective et à sa souffrance dépressive. Le clivage horizontal se distingue du clivage vertical (Denis, 2002). Le clivage horizontal vise à « protéger le sujet contre un conflit interne intolérable » (Estellon, 2014, p.57), il sous-tend également la tendance aux pensées et affects manichéens. Une dimension aussi opérée sur le Moi qui est tantôt idéalisé, omnipotent, puis, qui devient assimilé au déchet, au vide. Le clivage vertical s'apparente lui au clivage du Moi décrit par Roussillon (2012). On retrouve également le déni, l'identification projective et l'idéalisation omnipotente. Pour Blatt et al. (1995) les sujets limites présentent une grande difficulté à créer et maintenir des relations interpersonnelles stables, mais aussi à acquérir une représentation mature d'eux-mêmes. Leur crainte massive de l'abandon « s'associerait à un désir important de protection et d'amour » (Delvenne et al., 2014,

p.135). Ces sujets montrent une grande fragilité narcissique ainsi qu'un masochisme lié aux mécanismes de défense projectifs et une difficulté à affronter la réalité, qui s'accompagne de conduites auto-agressives. Leur tendance au passage à l'acte est prégnante puisqu'elle vise à lutter contre leur sentiment de vide intérieur et leur déception de l'autre (Delvenne et al., 2014).

3.3. Le corps acteur : renverser la passivité

Selon Gross (2013), la notion du Moi-peau est mise à l'épreuve au travers du passage à l'acte dans le fait même que le statut du corps fait qu'il est à la fois sujet et objet ainsi qu'habitacle et habité. Expérimenter, au travers de l'utilisation de son corps, peut donc être appréhendé comme une façon, pour le sujet, de figurer une limite. Pour Millaud (1998), le passage à l'acte répond à une logique interne propre au sujet et lui permet d'échapper temporairement à l'angoisse. Il est un moyen de lutter en expulsant l'excitation désorganisante sur un élément extérieur sur lequel le sujet tente d'asseoir « un contrôle tout-puissant et une maîtrise qu'il ne peut appliquer à ses émois internes (Jeammet, 2000, p.40). Le passage à l'acte par des conduites d'auto-sabotage et d'auto-destruction de soi serait une tentative, pour le sujet, de maîtriser ce qu'il craint de subir (Jeammet, 2015). Cependant, lorsque les limites internes sont manquantes, c'est au travers de la surface du corps qu'elles vont être cherchées et c'est là que peuvent apparaître des conduites à risque, notamment au travers d'actes auto-mutilatoires (LeBreton, 2009).

L'automutilation est une façon d'inscrire des limites à même la peau et constitue un cran d'arrêt dans l'effondrement, alimentant le sentiment d'être vivant de celui qui se l'inflige (LeBreton, 2003). Le passage à l'acte signe ainsi l'engagement du corps qui devient la scène elle-même, et non plus seulement le centre de la scène (Gross, 2013). Le passage à l'acte, puisqu'il engage le corps, vient court-circuiter la représentation par décharge motrice et offre, par le surinvestissement du corps, un sentiment de toute-puissance (Raoult, 2006). Certains sujets manifestent des conduites à risque dont les conséquences sont souvent mises en avant dans une dimension démesurée qui tend vers l'exhibition. Chez les femmes, il consiste à se montrer tout entière, de leur corps à leur sexe, provoquant l'impossibilité de réagir chez celui qui en est témoin (Bonnet, 2005). Le passage à l'acte autodestructeur et l'exhibition de ces effets constitue pour Chabert (1999), une offre sacrificielle mobilisant le regard de l'autre « par l'accrochage perceptif » (p.60). Le retournement de la scénalité du corps sous forme d'obscénalité s'opère ainsi sur la scène du corps propre, « soit par l'affichage de son débordement réel ou imaginaire, soit par l'utilisation séductrice du corps aux dépens de l'autre ou à ses propres dépens » (Duez, 2006, p.896). Ainsi, Corcos (2010) explique que l'hypersexualisation manifeste permettrait au sujet de combler un vécu d'absence et de manque.

Une perspective qui rejoint l'idée de Godfring (2001), selon laquelle, l'irruption du sexuel serait porteur d'une charge traumatique proportionnelle à la fragilité du lien de base.

À l'adolescence, la dimension des conduites à risque au travers du corps et de l'hypersexualisation est d'autant plus exacerbée puisque l'adolescence est caractérisée par la prévalence de l'agir en tant que mode d'expression privilégiée (Gross, 2013). Selon Lesourd (2000), la certitude d'existence du sujet s'ancre dans l'agir. Dans la cure, l'agir traduit tant un évitement, une résistance face à certaines interprétations, qu'un appel adressé à l'autre (Raoult, 2006). L'adolescence est caractérisée par des changements physiques et sur un plan plus inconscient, le processus pubertaire opère également des bouleversements psychiques (Blos, 1962). Pour Gutton (2013), la puberté s'ancrant dans le réel biologique, est un moment nouveau, l'adolescence est donc un processus composé de fantasmes inconscients propres au processus pubertaire. Avec la puberté, la pulsion se retrouve potentialisée et la sexualité infantile est appelée à se transformer pour se rapprocher de celle de l'adulte (Benoit, 2020). Pour Birraux (2004), c'est à cette période que corps et psyché sont contraints de trouver un nouvel équilibre. Ce renouvellement des processus psychiques se fait dans une étape de « resignification du corps » (Ouvry & Bidaud, 2011). Le corps prend une nouvelle importance : l'adolescent constate que les changements de son corps ont un effet de séduction chez l'autre. Le corps devient support du lien que l'adolescent cherche à établir, un lieu de pouvoir identitaire. Plus cette identité se trouve fragilisée, plus le corps prend de l'importance (Benoit, 2020). Finalement, au travers des conduites à risque, l'adolescent cherche, selon Rassial (1996), des événements fondateurs, comme dans une quête traumatophilique. Il fait ainsi de son corps l'instrument et le support de ses troubles (Benoit, 2020).

Synthèse : La revue de la littérature nous a permis de revenir sur des concepts psychanalytiques fondamentaux pour comprendre la situation de Tess. Nous avons ainsi pu revenir sur le développement psychosexuel de l'enfant, ce qui nous a permis d'évoquer l'importance de l'investissement maternel et les conséquences que des carences ont sur le développement de l'enfant, pouvant avoir un impact au niveau de l'appareil psychique, du pare-excitation ainsi que des enveloppes psychiques et de leur contenance. La qualité de ce système exerçant une influence directe sur la façon dont l'enfant pourra différencier son monde interne de son monde externe, mais aussi dont la constitution se trouve altérée dans certains aménagements de la personnalité. Nous avons ainsi pu aborder la conception des états limites, une organisation au sein de laquelle le passage à l'acte est prégnant. Un aspect qui nous a amenés à aborder la place importante qui est laissée au corps en tant que moyen de défense et support des troubles.

II. Méthodologie de la recherche

1. La population étudiée

Ce stage s'est déroulé dans un service fermé de pédopsychiatrie. Le service accueille seize adolescents, âgés de 12 à 18 ans, présentant des troubles psychologiques et psychiatriques avec une symptomatologie plus ou moins bruyante. Malgré leurs écarts d'âge, tous vivent ensemble au cours des journées rythmées par des ateliers en groupe et des prises en charge individuelles.

2. La méthode de recueil des données

2.1. L'observation clinique et l'écoute

Au cours de ce stage, j'ai principalement utilisé la méthode de l'observation clinique telle qu'elle peut être appliquée par Pedinielli et Fernandez (2020), c'est-à-dire, quand elle se fonde sur l'observation fine des individus dans une situation donnée. Autrement dit, il s'agit de s'intéresser en profondeur à la subjectivité du sujet. Afin de pouvoir observer le sujet sans être happée par l'association de son discours à des thèmes ou des images, il était primordial de rester dans une posture d'attention flottante afin de pouvoir rester réceptive aux sous-entendus, à la signification des changements, mais également afin de pouvoir accéder au contenu latent du discours. Cette observation, loin de se limiter aux faits objectifs, veille aussi à se porter sur le langage non-verbal, qui renseigne également sur l'état de la vie psychique du sujet. En ce sens, tout ce qui était dit, que ce soit par les mots ou par le non-verbal, était observé en tenant compte de leur sens manifeste et de leur potentiel sens latent. L'observation clinique d'orientation psychanalytique vise à pouvoir appréhender, selon Ciccone (2019), la façon dont les différents éléments entrevus sont « liés les uns aux autres et sont, en ce sens, en partie constitutifs d'un sujet singulier » (p.21). Évidemment, la méthode de l'observation ne va pas sans celle de l'écoute qui se doit d'être polyphonique. Il faut pouvoir écouter les mots et s'interroger tant sur leur sens explicite qu'implicite, écouter la voix dans ses variations de ton, de rythme, écouter les modes d'expressions qui sont souvent clés afin de remarquer des thèmes récurrents ou des conflits prégnants chez le sujet. Avant tout cela, il faut pouvoir écouter le sujet dans sa réalité, celle en laquelle il croit pour véritablement saisir ce qu'il décrit. L'observation et l'écoute doivent donc s'inscrire dans une dynamique qui reconnaît « la dialectique conscient-inconscient dans une perspective synchronique et diachronique » (Pedinielli & Fernandez, 2020, p.27).

2.2. Réunions, consultation du dossier et prises de notes

Les temps de réunion avec l'équipe pluridisciplinaire constituaient des temps d'échange précieux pour recueillir des informations sur les événements ayant eu lieu pendant mes périodes d'absence. Cependant, réalisant qu'il me manquait certains éléments afin de pouvoir pleinement saisir la situation de Tess, j'ai consulté son dossier informatisé. J'ai ainsi eu accès aux traces écrites faites par les professionnels lors de ses hospitalisations, ce qui m'a permis de mieux saisir son évolution et son parcours de vie. Aussi, je veillais, après chaque rencontre avec Tess, à mettre par écrit mes observations et ce qui m'avait interrogé, ce que cela avait convoqué chez moi, ainsi que ce que ses comportements avaient pu susciter au sein du groupe. La prise de note m'a particulièrement aidée pour relever certains éléments transféro-contre-transférentiels qui auraient pu m'échapper, mais qui, une fois mis par écrit, pouvaient être réfléchis.

2.3. L'entretien clinique

L'unique entretien que j'ai pu réaliser se déroulait en continuité d'un groupe que j'avais mis en place dans lequel nous abordions le rapport au corps au travers de la production artistique. Selon Chouvier (2016), l'entretien clinique est une rencontre intersubjective dans laquelle se rencontrent deux subjectivités distinctes, il est donc fondé sur le paradoxe d'être en lien avec l'autre tout en « percevant l'altérité fondamentale de sa différence » (p.19). L'intersubjectivité est donc au centre de l'entretien et est également le résultat d'une attitude empathique qui est fondatrice de la méthode de l'entretien clinique puisqu'elle sous-entend le fait de reconnaître comme légitimes les préoccupations, les sentiments et les ressentis du sujet. Cette attitude est une « force qui pousse au lien, c'est-à-dire, à la relation intersubjective » (Tisseron, 2014, p.71). Or, il ne faut pas omettre le fait que dans les premiers temps de la rencontre la dissymétrie est de mise puisque, selon Bouvet (2022), le sujet s'adresse au psychologue en supposant qu'il détient le savoir, la solution, ce n'est qu'avec le temps qu'il se réappropriera le savoir, provoquant ainsi « la chute du sujet-supposé-savoir » (Freymann, 2020, p.106).

3. La méthode de traitement des données : l'approche qualitative

Afin de pouvoir appréhender les données recueillies, je me suis essentiellement appuyée sur une approche qualitative qui vise à « comprendre des faits humains et sociaux en les considérant comme porteurs de significations véhiculées par des acteurs (sujets, groupes, institutions...), parties prenantes de relations interhumaines » (Bioy et al., 2021, p.25). Autrement dit, la démarche qualitative veille à tenir compte du sujet dans sa singularité, tout son objectif est de pouvoir comprendre le sujet dans sa globalité et sa complexité. Le sujet est ainsi considéré en

tant qu'être humain actif, participant à la construction du réel et à l'interprétation de son vécu interne. Cette approche qualitative s'oriente vers différents types d'analyse : analyse de contenu, analyse thématique ou encore analyse narrative. Ici, l'analyse thématique a été utilisée et a permis de pouvoir repérer certains thèmes récurrents dans le discours de Tess. Aussi, l'analyse narrative a apporté des éléments pour relever les dimensions par lesquelles Tess semblait construire son identité, se présenter au monde et raconter ses expériences. La démarche qualitative est, dans ce travail, fondatrice de mon choix de réaliser une étude de cas.

4. Les outils utilisés

4.1. *Les médiations dans la clinique de l'adolescent : dessin, jeu et musique*

Lors des temps en groupes, différentes médiations étaient utilisées. Parmi elles, le dessin a une place prégnante. Beaucoup des ateliers avaient ainsi pour but de faire partir les adolescents d'un thème pour qu'ils puissent ensuite dessiner ce que cela venait évoquer pour eux et le partager ou non au groupe. Le dessin a une importance particulière puisque cette activité suggère de laisser une trace de son imaginaire, d'inscrire quelque chose de soi sur le vide de la page blanche. La production une fois réalisée vient symboliser à l'adolescent son existence, sa capacité à créer et plus largement, vient lui donner une place signifiante (Vinay, 2020).

Le jeu est également particulièrement utilisé. Si Klein (1998) considère le jeu comme un moyen d'accéder aux représentations internes et symboliques de l'enfant, Winnicott, lui, y voit à la fois un contenu et un contenant au sein duquel la réalité est remodelée en fonction des besoins internes de celui qui joue. Ainsi, le but n'est pas d'induire un jeu au sens du « *game* » mais bien au sens du « *playing* », comme a pu le préciser Winnicott (1975), c'est-à-dire qui vient induire un acte créateur et ouvrir la possibilité à d'innombrables variations. Évidemment, il y a aussi recours à des jeux de société et des jeux plus éducatifs, car l'accent de la prise en charge est également mis sur le fait d'apprendre à tenir compte de la présence de l'autre.

La médiation musicale est aussi utilisée dans la prise en charge. Notamment par le partage musical qui permet de mieux comprendre et connaître le jeune, rien qu'au travers des choix de musique. Il s'agit ici d'être attentif aux paroles et ainsi à la façon dont elles peuvent raisonner chez lui. D'après Nicolas et Peccia-Galletto (2019), la musique est un lien à soi qui influence différentes dimensions de nos vies et que l'on intérieurise. Elle inspire et incite à rêver, d'autant plus lorsqu'on aime la jouer. J'ai pu voir à quel point certains adolescents, de nature timide dans le groupe se révèlent lorsqu'ils chantent ou jouent d'un instrument. La musique apparaît alors comme une médiatrice, posant les mots sur ce que nous sommes parfois incapables de

formuler seuls (Ferraro, 2013). Toutes ces médiations ont en réalité un seul but commun : celui d'accompagner l'adolescent à retrouver un élan de vie.

4.2. Le groupe comme outil d'observation

Le groupe s'est rapidement révélé être aussi un outil d'observation précieux, constituant une scène d'expression des angoisses, besoins et problématiques de chacun. Le groupe mobilise l'assemblage de trois espaces de la réalité psychique : l'espace intersubjectif, intrapsychique et transsubjectif. L'espace intersubjectif correspond à l'espace du lien établi entre les membres du groupe qui à la fois « les lie et les différencie » (Kaës, 2015, p.67). L'espace intrapsychique lui, renvoie à l'espace singulier du sujet, mais qui n'est pour autant pas individuel puisqu'il renvoie également à ses propres objets inconscients, autrement dit, à ce qui appartient au sujet singulier (Bourguignon & Katz-Gilbert, 2018). Enfin, selon Berenstein & Puget (1997), l'espace transsubjectif correspond à ce qui est partagé au sein du groupe, c'est « l'espace du lien entre le sujet et le contexte social partagé dans le groupe » (p.134). Pour Kaës (2015), ces trois espaces sont en interaction et en interférence constante au sein du groupe : ils sont à la fois contenus et malléables. Autrement dit, ces trois espaces s'organisent dans une dynamique et peuvent, sous l'influence de leurs relations mutuelles, se modifier. Par la mobilisation de ces trois espaces dans le groupe, il est possible d'observer les dynamiques intersubjectives, les angoisses singulières du sujet, mais aussi sa capacité à être en lien ainsi qu'à le conserver ou au contraire, à le fuir. Le groupe m'a ainsi permis d'observer la recherche de relations affectives anaclitiques de Tess ainsi que de mettre en lumière le rejet qu'elle pouvait conjointement susciter.

Synthèse : Les rencontres avec Tess se sont principalement faites au travers de l'observation clinique dans le cadre de groupe. J'avais pu recueillir de nombreuses informations dont j'avais pris note au cours des réunions pluridisciplinaires ainsi qu'à partir du contenu de son dossier de suivi informatisé. Avec le temps, une relation de confiance s'est établie, ce qui a permis de proposer à Tess un entretien clinique dans la continuité d'un atelier thérapeutique en groupe. Mes nombreuses prises de notes m'ont permis de prendre du recul afin de pouvoir rencontrer Tess là où elle était prête à me rencontrer ainsi que de pouvoir identifier les mouvements transféro-contre-transférentiels qui pouvaient se jouer. Afin de pouvoir rencontrer Tess dans sa globalité et sa complexité, je me suis appuyée sur une approche qualitative articulée autour d'une étude de cas.

III. Présentation des données cliniques et de la problématique clinique

1. Éléments anamnestiques

Tess est une jeune fille de 17 ans, elle est l'aînée d'une fratrie de deux filles et n'a que 15 mois d'écart avec sa petite sœur. Elle grandit au cœur des disputes entre ses parents qui finissent par divorcer lorsqu'elle n'a encore que 5 ans. Depuis, son père est parti vivre à plus de 500 kilomètres du domicile de la mère, ce qui fait qu'elle ne le voit que très peu.

Lorsque Tess a 6 ans, sa mère se met en couple avec un homme qui se montre violent, infligeant des violences physiques et psychologiques à Tess et sa mère. Après plusieurs années de relation, il finit par les mettre dehors toutes les trois (la mère, Tess et sa petite sœur) en pleine nuit, sans qu'elles n'aient nulle part où aller. Tess est alors envoyée chez son père pendant un an où elle fera sa rentrée en sixième. D'après Tess, sa mère n'a jamais vraiment été investie dans leur relation. Quant à son père, Tess estime qu'il est plutôt présent et que lui la croit quand elle raconte certaines choses qu'elle a pu vivre, en revanche, elle vit mal le fait de peu le voir. Tess est très attachée à sa petite sœur qu'elle veut protéger, mais celle-ci ne semble pas réceptive aux démonstrations affectives de Tess puisqu'elle la rejette et l'insulte.

Tess a connu une scolarité pour le moins tumultueuse puisque l'école a été le lieu principal de l'expression de ses troubles. Dès le CP, elle a manifesté des troubles du comportement importants, marqués par une grande agressivité et des conduites provocatrices à caractère sexuel mais aucun signalement n'a été fait. En sixième, les troubles du comportement se sont accentués, Tess se montrait envahie par des thématiques de séduction et des thématiques sexuelles érotomanes. Elle faisait circuler des rumeurs dans lesquelles elle disait s'être faite violée et avoir été obligée d'avorter. Au cours de cette première année de collège, le comportement de Tess est marqué par le recours aux insultes et aux mensonges, associé à des conduites à risque puisqu'elle s'inscrit sur des sites de rencontre et échange des messages et des photos à caractère sexuel avec des hommes majeurs alors qu'elle n'a que 11 ans. Elle expose son corps et se met gravement en danger dans son utilisation des réseaux sociaux sur lesquels elle publie des vidéos d'elle mimant des orgasmes et des fellations, des actes qu'elle reproduit également face à ses camarades au collège. Malgré ses comportements, Tess parvient à maintenir de bons résultats scolaires mais c'est à cette période que commencent les conduites auto-punitives et auto-mutilatoires. À ce moment-là, elle rencontre un psychiatre qui pose un diagnostic de dépression, associé à un trouble de l'adaptation, des conduites ainsi qu'à un trouble de la personnalité borderline. Elle est ainsi hospitalisée à la clinique pédopsychiatrique une première fois, à 12 ans, pour motif de dépression et troubles du comportement. Au cours

de cette hospitalisation qui durera près de 2 mois, Tess fera preuve d'une grande immaturité, d'un manque de distance prégnant dans le lien, notamment dans le lien aux garçons et sera en grande difficulté pour percevoir les mouvements de rejet à son égard dans le groupe de jeunes.

À ses 14 ans, alors que Tess est suivie à l'Hôpital de jour, elle rencontre un homme plus âgé dont elle tombe amoureuse. Un homme qui l'aurait violée, séquestrée et forcée à se prostituer. Elle finit par être placée dans un Foyer d'Accueil d'urgence au sein duquel elle continue de se mettre en danger, avec des comportements inadaptés et des fugues à répétition.

À ses 16 ans, elle est de nouveau hospitalisée dans le service fermé à la suite d'une tentative de suicide qu'elle dit avoir fait pour « partir du foyer ». Aujourd'hui, Tess est hospitalisée à la clinique depuis bientôt deux ans car le foyer ne veut plus la reprendre, la mère ne veut plus s'en occuper non plus et ses éducateurs semblent avoir également baissé les bras. Pendant son hospitalisation actuelle, Tess se montre toujours autant inadaptée, que ce soit dans le lien à l'autre ou dans le discours, tenant des propos choquants, le plus souvent à connotation sexuelle. Elle recherche l'exclusivité dans la relation et manifeste de violentes crises de colère lorsqu'elle voit qu'elle n'obtient pas ce qu'elle veut de l'autre. Actuellement, Tess est en couple avec un autre garçon majeur qu'elle a rencontré à l'hôpital de jour, elle voit en lui son sauveur puisqu'il a pour projet de devenir son tuteur afin de pouvoir la faire sortir de l'hôpital.

Les seuls antécédents psychiatriques connus dans sa famille sont la dépression de sa mère et les deux tentatives de suicide qu'elle a faites lorsque Tess n'avait que 6 ans. Elle a grandi dans un environnement relativement pathogène, marqué par l'instabilité, la violence et les ruptures de liens. Les premiers troubles que Tess a manifestés sont des troubles du comportement lorsqu'elle avait 6 ans, puis des troubles des conduites avec des mises en danger récurrentes, notamment au niveau de pratiques sexuelles à risque.

2. Éléments cliniques

J'ai rencontré Tess pour la première fois en octobre 2024 et l'ai ainsi revue au cours de mes différentes périodes de stage ponctuées sur l'année : en décembre, en février et en avril. J'ai fait connaissance avec elle dans le cadre de temps informels, de divers groupes d'activité (groupe de dessin, de jeu, d'écriture du journal du service, de danse, etc.), dont un groupe de production artistique autour du rapport au corps que j'ai pu mettre en place. C'est dans la continuité de ce groupe que j'ai pu rencontrer Tess au cours d'un entretien.

2.1. Éléments précédents mon arrivée et ayant eu lieu pendant mon absence

Dès le début de son hospitalisation, Tess a été au centre d'un conflit significatif au sein du groupe de jeunes qui l'accusaient d'être une « menteuse ». Un des jeunes du service s'est plaint auprès de l'équipe soignante, expliquant que Tess s'était introduite dans sa chambre pour lui voler un t-shirt. Cette accusation s'étant rapidement propagée parmi les jeunes, Tess a été la cible d'insultes répétées, ce qui l'a poussée à se plaindre auprès du personnel. Lors de son entretien avec les infirmiers à propos de cet incident, Tess a d'abord nié les faits, affirmant n'avoir jamais vu le t-shirt en question alors qu'elle le portait sur elle à ce moment précis.

Dès mon arrivée, j'ai observé le désengagement de l'équipe soignante à l'égard de Tess. Certains membres du personnel exprimaient ouvertement leur antipathie à son égard, sa situation et sa personnalité étant fréquemment tournées en dérision lors des réunions d'équipe. En discutant avec les équipes et en participant aux échanges, j'ai compris que leur désintérêt n'était pas un cas isolé : les éducateurs de Tess manifestent également un désinvestissement notable. En questionnant l'équipe sur l'absence de démarches initiées par les éducateurs du foyer, j'ai appris que Tess avait déposé une plainte pour viol contre eux. La procédure judiciaire a été interrompue avant le procès, après que Tess ait finalement admis avoir menti. Depuis cette affaire, les éducateurs ont rompu tous liens avec elle, même s'ils étaient auparavant plutôt bons. Par conséquent, ils semblent ne plus faire d'efforts pour soutenir Tess, laissant à l'équipe de la clinique la responsabilité de lui trouver un lieu d'accueil après sa sortie de l'hôpital, le foyer refusant son retour.

À mon retour en décembre, j'ai appris lors des transmissions qu'un incident s'était produit deux jours auparavant : un jeune du groupe a été roué de coups par les autres après que Tess leur ait affirmé qu'il s'était introduit dans sa chambre et l'avait violée. Lorsque l'équipe est intervenue pour séparer les jeunes, ils ont interrogé Tess. Elle a initialement maintenu sa version des faits, mais certains éléments de son récit semblaient incohérents. Après plusieurs versions contradictoires, Tess a finalement avoué s'être rendue dans la chambre du jeune garçon et l'avait constraint à des attouchements, contre son gré. Par la suite, il a été découvert que Tess conservait une photo compromettante du jeune sur son téléphone, qu'elle utilisait pour le menacer de porter plainte, même après avoir admis son mensonge.

2.2. Groupe d'activités « thérapeutique » et entretien clinique

Temps informels :

Pendant le temps du goûter, Tess m'invite à m'asseoir à côté d'elle pour discuter. Lorsque je lui demande si tout va bien, elle me confie avoir pris une grande décision. Elle m'explique qu'au vu de sa majorité qui approche, elle a eu une « *prise de conscience* », réalisant la nécessité de cesser ses comportements inappropriés qui ne lui avaient rien attiré de bon. Elle me dit « *là j'veais avoir dix-huit ans, c'est un âge plein de responsabilités et je suis prête à prendre les miennes, là y'a le code pénal et si je fais n'imp bah je peux aller en prison donc je prends mes responsabilités, les civiles et les pénales* ». Elle change ensuite de sujet pour aborder sa relation avec sa mère en disant « *ma mère elle s'en fout d'moi, après j'la comprends elle a eu des soucis, elle avait autre chose à faire mais n'empêche qu'elle s'en fout, elle me prend jamais en perm parce qu'elle préfère aller faire les magasins, elle en a rien à foutre qu'à cause d'elle je sois enfermée ici, moi j'deviens folle, mais c'est pas grave j'ai bientôt dix-huit ans, j'veais faire ma vie, j'ai des responsabilités maintenant* »

À cette période, Tess semblait accorder une grande importance au fait de bientôt devenir majeure car elle en parlait sans cesse. Un matin, alors que tous les jeunes étaient réunis dans le petit salon, elle annonce d'un ton très sérieux « *les gars j'sais pas si vous êtes au courant mais Macron il va remettre le service militaire pour les majeurs et moi comme j'suis bientôt majeure, oui j'ai bientôt mes dix-huit ans ceux qui savent pas, d'ailleurs j'veous invite tous à mon anniv', bref j'veais devoir aller faire militaire* ». Pendant cette période, son attitude a évolué. Habituellement avachie dans les fauteuils, elle se tenait désormais droite et adoptait une posture solennelle lorsqu'elle prenait la parole, joignant ses mains autour de ses jambes croisées, dans une posture qui semblait finalement être empruntée à celles des adultes. Cependant, cette attitude contrastait fortement avec ses comportements habituels au sein du groupe, toujours marqués par l'immaturité et des interventions jugées inadaptées par l'équipe soignante.

Un jour, alors qu'elle descendait les escaliers pour rejoindre le groupe qui était dans une autre salle, Tess s'est approchée par-derrière d'un infirmier et l'a saisi par la taille pour le rapprocher vers elle et lui faire un câlin. Pendant que l'infirmier, pris au dépourvu, tentait de la repousser, elle s'est mise sur la pointe des pieds pour arriver à sa hauteur et lui chuchoter à l'oreille « *c'est cool que tu sois grand, tu as de la chance, au moins tu sens pas que ma culotte sent le poisson pourri* ».

Groupe éducation à la santé :

J'ai participé au groupe d'une infirmière qui anime un atelier d'éducation sexuelle dans lequel le thème abordé est la notion du consentement. Ce jour-là, le groupe est composé de 5 filles, dont Tess. Au cours de la discussion, alors que l'échange portait sur l'importance de pouvoir et de savoir dire non quand on refuse un rapport sexuel, qu'il soit commencé ou non, Tess coupe la parole à une des jeunes et dit « *ouais faut faire gaffe au proxénétisme aussi* ». Quand l'infirmière lui demande de préciser ce qu'elle veut dire, elle répond « *bah les mecs qui te mettent dans des réseaux de prostitution et qui t'utilisent pour se faire des thunes, moi j'l'ai vécu et j'veux jure faut pas tomber là-dedans c'est dur* ». Face à cette prise de parole, l'infirmière répondra seulement « *Tess c'est fou comme tu n'es jamais adaptée* ».

Groupe jeu du Loup Garou :

Au cours d'une partie de Loup Garou avec les autres jeunes, Tess pioche le rôle de Cupidon. Selon les règles, la carte de Cupidon confère le pouvoir à celui qui la tire de désigner, au début de la partie, deux amoureux qui devront se battre ensemble pour remporter la partie. En revanche, si l'un des deux se fait tuer par les loups garous, alors les deux amoureux meurent. Lorsque c'est au tour de Tess de désigner les deux joueurs amoureux, elle se désigne elle et le seul garçon du groupe de jeunes. Cependant, selon les règles, Cupidon ne peut jamais se désigner lui-même comme amoureux. Quand nous lui faisons remarquer qu'elle ne peut donc pas être l'une des deux amoureuses désignées et qu'elle doit choisir quelqu'un d'autre pour être avec l'autre jeune, elle refuse brusquement et dit « *il se met pas en couple avec quelqu'un d'autre lui, ça va pas ou quoi ?* ». Face à sa réaction, les règles lui sont rappelées mais elle refuse de changer d'avis, insistant pour que sa décision soit acceptée par la maître du jeu. Face au refus de cette dernière, Tess s'est levée de sa chaise, a jeté sa carte par terre et a quitté la salle de jeu en criant : « *c'est toujours pareil de toute façon, faut toujours que ce soit dans votre sens, moi je veux être avec lui, pas que ça soit une autre meuf* ».

Groupe rapport au corps dans les différents temps :

Dans un premier temps, nous faisons l'exercice de l'anagramme qui consiste à attribuer un mot à chaque lettre qui compose son prénom, Tess se montre très heureuse, ouverte au contact et n'inscrit que du positif par rapport à son corps mais un positif qui reste du côté du superficiel avec des phrases telles que « *le regard hypnotisant* », « *extra bien formée* », « *émoustillée* » et « *y'en a pas deux comme elle* » (Annexe 1). Pendant qu'elle remplit l'anagramme, elle me demande si elle peut inscrire le nom de son copain, ce à quoi je réponds

que le but de l'atelier est de pouvoir réfléchir à soi et à son corps, donc que c'est mieux qu'elle trouve quelque chose en rapport avec la façon dont elle se sent dans son corps. Elle me répond « *oui, mais quand même mon copain il fait partie de moi, genre il est en moi* ». Lorsque tout le monde se met à dessiner, un silence commence à s'installer mais face au potentiel insupportable que cela peut susciter en elle, elle le brise en demandant « *C'est adapté si j'me dessine nue ? Le truc c'est que j'sais pas comment dessiner une chnoune* » (elle fait ici référence à sa vulve). Sa question ayant suscité des rires de la part des autres jeunes, Tess présente quand même son dessin au groupe dans lequel elle a dessiné ses complexes. Juste après, elle se renferme et me demande à remonter dans sa chambre car elle ne se sent pas bien.

Lors du second temps de groupe, nous abordons l'Idéal du corps. Quand elle cite ce qu'elle conçoit comme étant un idéal du corps, elle dit qu'elle aimeraient un corps avec des « *grosses fesses, des gros seins et une taille fine, par contre avec des grosses cuisses, comme les miennes, mais juste qu'elles se touchent pas* » elle ajoute « *moi j'adore mes formes, juste faudrait un ventre qui déborde moins, l'idéal c'est Sarah Fraisou, ouais c'est ça, fin elle après la chirurgie quand elle a des grosses formes mais la taille fine, presque comme moi quoi* ».

Au dernier temps du groupe, nous abordons les aspects positifs du corps, le but est ici de dessiner ce qu'elles apprécient chez elles. Dans son dessin, Tess représente ses formes, qu'elle décrit comme « *belles et imposantes, comme ils aiment les mecs, surtout mes fesses* ».

À la suite du groupe, j'ai pu voir Tess dans le cadre d'un entretien clinique qui avait pour but de lui offrir un espace dans lequel elle pourrait parler de son rapport au corps. Pendant ce temps, elle évoque sa difficulté à aimer son corps même si elle a énormément confiance en elle, elle dit « *aujourd'hui je m'aime, mais t'sais c'est dur parce que moi mon corps il a été battu, il a été violé* ». Pendant toute la suite de l'entretien, elle parle de son premier amour qui l'a forcée à avoir des rapports sexuels alors qu'elle avait 14 ans. Elle ajoute « *il m'a séquestrée et m'a obligée à me prostituer* », « *il m'a retrouvée sur les réseaux il m'a envoyée un message en me disant qu'il allait me retrouver parce que je lui appartiens, il me fait peur mais j'ose pas en parler j'ai trop peur, t'façon à part mon père personne me croit, ma mère sert à rien et mes éducateurs c'est des connards* ». Je lui demande si elle souhaite que j'en fasse part à l'équipe et elle acquiesce.

Lorsque je fais un retour de mon entretien aux infirmiers en les alertant sur les éléments que Tess m'a amené pendant ce temps, ils m'expliquent que « *c'est son p'tit jeu préféré de faire la victime* ». Au début, je ne comprends pas vraiment de quoi ils parlent donc je les questionne. Ils finissent par m'expliquer que juste avant notre entretien, Tess avait été reprise par les soignants sur son comportement vis-à-vis d'un des jeunes du groupe de qui elle était trop proche

et que lui s'en était plaint. Selon eux, à chaque fois que Tess est reprise sur sa proximité dans le lien aux hommes, elle rejoue par la suite son statut de victime, en revenant sur les traumatismes qu'elle a pu vivre dans le passé et en ajoutant des éléments qui sont, selon l'équipe, totalement faux. Ils ajoutent que Tess est une menteuse et que c'est difficile pour eux de savoir quand elle dit vrai ou pas.

Groupe danse :

Lors d'un atelier danse, le groupe est composé de 5 filles, dont Tess. Les 4 autres filles semblent très amies et Tess est mise à l'écart. Lorsque tout le monde doit se mettre d'accord sur une musique sur laquelle créer une chorégraphie, la musique que propose Tess est tout de suite refusée par les filles du groupe ce qui la vexe énormément. Elle finit par se mettre à part sur une chaise et crier « *vous me cassez tous les couilles de toute façon moi je vais m'barrer d'ici* », quand je lui propose qu'on prenne un temps à part toutes les deux pour en parler, elle me dit oui mais qu'elle ne bougera pas de sa chaise. Je me mets alors à côté d'elle et la questionne sur sa colère, elle me dit ne plus supporter les gens hospitalisés, qu'elle est là depuis 2 ans et qu'elle n'en peut plus, que c'est injuste parce qu'elle n'a plus rien à faire ici et qu'elle veut sortir, que des projets l'attendent dehors. Elle me demande de quitter le groupe et de la raccompagner dans sa chambre. Je lui réponds qu'on va aller voir si quelqu'un est disponible pour rester avec elle, on quitte alors la salle pour remonter à l'étage mais l'infirmier qui y est s'occupe d'une entrée donc personne n'est actuellement disponible. Quand je referme la porte qui menait à l'étage pour lui dire qu'il va falloir qu'elle reste avec nous dans le groupe puisque personne n'est disponible, elle se retourne et frappe du poing dans le mur. La façon dont elle tape semble presque mise en scène, avec un aspect très inauthentique qui en ressort, comme si elle faisait ça parce qu'elle avait déjà vu d'autres jeunes en colère le faire avant elle.

Temps de repas :

Lors du repas de midi, Tess manifeste une grande excitation qu'il est difficile de calmer et qui épouse tout le groupe. Elle répète la même blague en boucle car cette même blague a fait rire les autres la première fois qu'elle a été faite. Les autres jeunes commencent à lui exprimer leur fatigue en disant « *bon c'est bon Tess on a compris là* ». Tous échangent des regards complices, moqueurs à l'égard de Tess. L'une des jeunes me regarde et me dit « *elle est vraiment chiante, elle sait jamais s'arrêter, c'est tout le temps comme ça, personne peut s-la voir, si elle me crie encore une fois dans mes oreilles je lui en mets une* ».

3. Évolution de la relation transféro-contre transférentielle et points d'étonnements

Avant même de rencontrer Tess, j'ai été happée par les commentaires négatifs de l'équipe soignante à son égard, qui se plaignait de son comportement et de sa situation. Cette première impression a biaisé ma perception de Tess, me conduisant à me construire une représentation négative d'elle, avant même de la rencontrer pour la première fois. Dans les premiers temps du stage, il est devenu évident que Tess suscitait un épuisement généralisé, tant parmi l'équipe soignante que parmi les autres jeunes hospitalisés. Un épuisement que j'ai également ressenti, trouvant rapidement pesant d'être en contact avec elle. Tess se montrait très envahissante avec un besoin constant d'étayage dans le lien (e.g. elle se colle aux soignants ou aux jeunes hospitalisés du service pour leur faire des câlins, sans même leur demander leur avis). Au début, sa façon de toujours trouver un moyen d'accaparer l'attention en recherchant la sidération du groupe par le fait de dire des choses inadaptées et sans rapport avec le contexte me laissait très froide par rapport à elle, comme si elle cherchait tellement l'attention, qu'inconsciemment je préférerais ne pas lui en accorder du tout.

Avec du recul, j'ai tenté de comprendre à quelle place Tess venait me mettre pour que j'en vienne à préférer l'éviter et j'ai réalisé que je fonctionnais finalement comme l'institution, l'équipe soignante mais surtout, comme sa famille car comme eux, je la rejétais. Elle suscitait en moi un tel agacement que je devenais très froide à son contact, je bloquais toutes possibilités de créer un lien avec elle en la tenant à distance. En réalité, elle provoquait en moi ce qu'elle avait toujours connu : le rejet, l'absence de chaleur dans le lien. Mais cette fois, au lieu de subir passivement le fait d'être rejetée sans comprendre pourquoi, elle devenait actrice de ce rejet, elle s'en faisait l'agent. Au-delà de ça, elle me transférait par retournement le vide qui l'habitait, car elle venait me le faire vivre, me le partageait. En effet, je me sentais impuissante, dépassée par sa situation mais parallèlement, je n'arrivais rien à en faire, j'étais dans une panne de pensée totale où le vide prenait toute la place. Un vide tel qu'avant de pouvoir réaliser que j'étais prise dans les mêmes mouvements de rejet que ceux qui l'entouraient, il m'a déjà fallu du temps pour réaliser que même si je l'avais rencontrée plusieurs fois, je ne l'avais jamais réellement vu elle. Je ne voyais que l'image qu'on m'en avait donnée, mais mon regard était surtout resté bloqué à la surface. Au travers de sa provocation manifeste ainsi que de la façon dont elle exhibait son corps, que ce soit en portant des vêtements particulièrement moulants et des décolletés ou en partageant ses expériences sexuelles à outrance, je ne pouvais plus la regarder car je ne voyais que ça. À mes yeux, sa subjectivité disparaissait derrière cette exhibition du corps dont elle se faisait actrice.

Cet aspect m'a amenée à réfléchir à l'ambivalence de Tess, qui alternait entre des mouvements de séduction et d'autres provoquant le rejet. Elle cherche le contact et le lien, mais un lien particulier puisqu'elle semble être dans un besoin prégnant d'avoir des relations anaclitiques et ne supporte pas quand elle n'a pas l'exclusivité dans la relation. Paradoxalement, certains de ses comportements ont pour conséquence le rejet de l'autre ou en tout cas, provoquent dégoût et sidération (e.g. elle se vante de l'odeur de ses flatulences en rigolant du fait qu'elle asphyxie le groupe). Est-ce pour elle une façon de se réapproprier le contrôle d'un corps qui a été délaissé et violenté ? Est-ce une façon d'inviter, voire d'intruser l'autre, pour lui montrer à quel point ce qui se trouve à l'intérieur d'elle est sali ? Comment le fait de partager son intérriorité, en s'exhibant à outrance, peut constituer une stratégie pour en réalité mettre l'autre à distance ?

Un autre aspect qui m'a particulièrement étonnée chez Tess a été la centralité de la thématique sexuelle, à quel point cette dernière semblait fonder son identité, ou du moins maintenir quelque chose sans quoi tout serait menacé de s'effondrer. C'est comme si sa personnalité et la stabilité de la représentation qu'elle se fait d'elle-même étaient dépendantes du fait de pouvoir exprimer et exercer une sexualité. Dans cette perspective, j'ai remarqué le plaisir, voire la jouissance qu'elle pouvait prendre dans le fait de sidérer l'autre par son comportement ou ses mots, comme si se jouait ici un enjeu de pouvoir par lequel elle peut dominer avec la possibilité de savoir comment sidérer l'autre. Cela vient également se jouer dans ses relations qu'elle veut pour le moins exclusives, presque fusionnelles au point de se confondre dans l'autre. Des relations dans lesquelles elle veut être au centre de l'attention, sinon tout s'écroule et l'issue trouvée oscille entre colère et provocation. Pourtant, quand elle reçoit ne serait-ce qu'un tant soit peu d'attention, elle s'enferme dans des délires érotomanes. C'est comme si elle vivait tout le temps dans un brouillard d'hallucinations, elle est comme fixée dans une dimension où elle est totalement désadaptée. Quand elle est confrontée à des angoisses, des peurs ou certains éléments qui peuvent raviver en elle les évènements traumatogènes vécus, elle déborde et l'issue trouvée est celle d'un passage à l'acte auto-agressif et/ou à caractère sexuel. L'hypersexualisation qui se joue à la fois au travers de l'exhibition de son corps mais également dans son discours et ses relations m'a questionnée sur la façon dont elle pouvait représenter une défense pour elle mais une défense contre quoi ? Un effondrement ? Un traumatisme du fait de la défaillance de l'objet maternel ?

L'accumulation de ces divers éléments cliniques m'ont amenée à entamer des recherches dans le but de pouvoir mieux appréhender la situation de Tess et ainsi, mieux la comprendre dans la complexité de son fonctionnement. Mon principal questionnement s'est

formé autour de la prégnance de la thématique sexuelle et de la façon dont elle pouvait jouer quelque chose de l'ordre d'un mouvement alternant entre séduction et rejet, agression et maîtrise. La problématique qui s'est finalement construite à partir de mes questionnements et réflexions est :

Dans quelle mesure une organisation défensive spécifique, manifeste dans la façon de s'investir soi et d'investir les autres, peut-elle se mettre en place pour faire face à l'absence d'investissement maternel ?

Synthèse : Tess est une jeune adolescente de dix-sept ans que j'ai rencontrée lors de mon stage en unité fermée dans une clinique pédopsychiatrique. Nous avons eu du mal à véritablement nous rencontrer car j'étais aux prises avec l'image que l'équipe m'en avait dressé, celle d'une jeune fille ingérable qui mettait sans cesse à mal l'équilibre déjà fragile que l'équipe tentait de maintenir entre les jeunes. Par la suite, c'est sa façon de se mettre en avant dans une demande d'attention constante, mais également dans des comportements exhibitionnistes et hypersexualisés que j'ai eu du mal à la rencontrer. Comme si se mettre en avant dans et par son corps constituait pour elle un masque derrière lequel elle se cachait subjectivement, tout en adressant à l'autre, par des comportements et des réflexions sidérantes, une sorte de défi à relever : résister à son agressivité, au rejet qu'elle pouvait susciter pour être assez digne, à ses yeux, de pouvoir l'aimer d'un amour qu'elle n'a jamais connu, l'amour inconditionnel qui résiste à toutes les épreuves, l'amour dans lequel soi et l'autre ne font plus qu'un. Tess ayant grandi dans un environnement marqué par l'imprévisibilité du fait de la violence ambiante et manifeste ainsi que des ruptures de liens constantes mais surtout, par l'absence d'un investissement maternel nous a amenés à formuler la problématique suivante : Dans quelle mesure une organisation défensive spécifique, manifeste dans la façon de s'investir soi et d'investir les autres, peut-elle se mettre en place pour faire face à l'absence d'investissement maternel ?

IV. Analyse théorico-clinique et discussion

1. Un début de vie marqué par l'instabilité

1.1. Quand l'investissement maternel fait défaut

Tess semble avoir grandi sans pouvoir compter sur une présence maternelle stable. À plusieurs reprises elle peut expliquer que sa mère n'a jamais su être une mère pour elle. D'après les dires de Tess, elle a des problèmes plus importants que ses enfants à gérer et elle devrait « être hospitalisée pour être aidée ». Après avoir été mise dehors avec ses filles en pleine nuit par son second conjoint, marquant ainsi leur rupture, la mère de Tess est tombée dans une dépression sévère et a tenté de mettre fin à sa vie à deux reprises. Dans ce contexte, nous pensons que la mère présente ce que Bonneville-Baruchel (2015) a appelé une incapacité parentale qui n'est ici pas momentanée mais chronique. En effet, cette incapacité serait liée à la structure du sujet-parent dont les troubles l'empêchent d'acquérir et de mettre en place les compétences sous-jacentes à la parentalité. Au vu de la dépression de la mère de Tess qui perdure depuis maintenant 12 ans, nous pouvons supposer que nous ne sommes pas face à une crise psychique mais plutôt face à quelque chose qui touche à sa structuration psychique. La mère de Tess a ainsi pu décompenser à la suite de la brutalité de sa rupture avec son second conjoint, sa dépression constituant alors un trouble qui découle de la structure autour de laquelle est organisée sa personnalité. Nous sommes ici au-delà de ce que Green (1980) a pu théoriser au travers de la notion de « mère morte » puisque la maman de Tess n'est jamais parvenue à se présenter comme un objet chaleureux accordant de l'attention à sa fille. La mère, devant pourtant faire office du premier pare-excitation au travers de sa fonction alpha a laissé, par son désinvestissement, Tess aux prises d'éléments bêta qui ont une fonction toxique dans la vie psychique et qu'elle n'est pas en capacité, seule, de transformer. Bion (2003) explique que lorsque la mère parvient à jouer le rôle de pare excitant, elle prête son appareil à penser les pensées et l'enfant peut s'appuyer dessus pour développer le sien et parvenir à exercer le filtrage et la transformation des éléments en autonomie. La façon dont Tess dégouline constamment d'éléments internes, d'éléments bêta, nous laisse penser que sa mère n'a pu, du fait de son incapacité parentale chronique, mettre en place sa fonction alpha, sa capacité de rêverie et de fait, n'a pas jouer son rôle de pare-excitation. Le déversement d'éléments bêta sur la scène extérieure dont Tess fait preuve peut alors être lié à sa recherche constante d'une fonction alpha, d'une capacité de rêverie en l'autre.

Elle vient en quelque sorte objectaliser l'autre pour qu'il fasse office de fonction alpha ; en l'absence de l'autre, elle fait face au vide. Elle projette ainsi ses éléments internes pour que l'autre, en les éprouvant à sa place, puisse les lui renvoyer métabolisés et symbolisés. De cette façon, elle peut vivre ce qu'elle ne s'autorise pas à vivre ou du moins, ce qu'elle est incapable de filtrer et transformer seule. Une dimension associée à sa recherche de relation anaclitique et à son besoin incessant d'étayage dans le lien à l'autre. Elle a besoin de l'autre pour ne pas s'effondrer, ne pas se laisser engloutir par tous ces éléments tellement néfastes, nauséabonds qu'ils débordent d'elle. De ce fait, on peut penser que si elle tolère si mal les situations de silence et les moments où elle n'est pas au centre de l'attention, c'est parce que cela la confronte au vide : elle est de nouveau seule face à tous ces éléments qui la débordent et qu'elle doit projeter sur la scène externe pour ne pas s'effondrer.

D'autre part, le désinvestissement maternel fait que l'objet maternel ne peut être intériorisé dans sa fonction contenante car elle n'incarne pas les qualités nécessaires décrites par Ciccone (2001). Or, cela a une incidence directe sur la formation des enveloppes psychiques puisque leur développement nécessite l'intériorisation de l'objet dans sa fonction contenante. Nous pouvons penser que le développement des enveloppes psychiques de Tess a été mis en péril par l'inadéquation des réponses de l'objet (sa mère), et qu'elle reste ainsi aux prises d'une angoisse d'effondrement prégnante. Face à cette angoisse, la solution qu'elle a trouvée pour maintenir son sentiment de continuité se trouve dans l'autre, dans le fait d'être vue par l'autre, d'où sa recherche incessante de contact dans une dimension fusionnelle, renvoyant à une tentative de s'y confondre. Également par l'exhibitionnisme dont elle fait preuve qui porte l'autre, sidéré, à ne pas pouvoir détourner son regard d'elle (Bonnet, 2005).

1.2. Grandir dans un environnement imprévisible

Pour Winnicott (2006), la défaillance de l'environnement est constitutive du traumatisme puisque ce dernier est le résultat de l'inadéquation des réponses de l'objet primaire. La situation de Tess laisse penser à un laissé tomber de la part de l'environnement dans une forme d'imprévisibilité. Une imprévisibilité constitutive d'interactions précoces défaillantes (Bonneville-Baruchel, 2015). En effet, elle a grandi avec une mère psychiquement absente et un père qui l'est lui physiquement du fait de son éloignement géographique. Lors d'un temps informel, Tess nous partage qu'elle n'a jamais connu le calme car avant la séparation de ses parents à ses 5 ans, l'atmosphère qui régnait au domicile était empreinte de violence du fait des disputes incessantes au sein du couple. Ces disputes étaient marquées par la violence psychique

induite mais également par la rupture symbolique qui en émanait du fait que l'un des parents finissait toujours par quitter le domicile. Par la suite, madame a retrouvé un compagnon, une relation dans laquelle la violence était également de mise puisque Tess et sa mère étaient victimes de violence physique et psychologique. Pour Sadlier (2021), l'enfant témoin de violences conjugales peut manifester des réponses affectives et comportementales exagérées. L'enfant qui est également victime se montre extrêmement sensible et vulnérable aux excitations et, étant incapable de les transformer et les contenir, est sans cesse menacé d'être débordé par la tension sous-jacente à ces expériences. D'après Bonneville-Baruchel (2018), ces enfants se créent une enveloppe substitutive teintée par l'agitation motrice et verbale pour pallier la menace de débordement induite par les excitations, tentant alors de s'auto-calmer et à la fois, de s'auto exciter. Grandir dans un environnement pathogène marqué par l'imprévisibilité entre le fait d'être témoin et victime de violence, de faire face aux ruptures de lien et aux interactions précoces défaillantes, n'a pas pu permettre à Tess de se construire une base de sécurité interne. De plus, Winnicott (2006) évoque le fait que grandir dans un environnement qui n'est pas suffisamment bon, amène l'enfant à s'adapter à cet environnement et ainsi construire un faux-self. Cette notion fait écho à ce que Tess peut renvoyer dans le sens où cette soumission au désir de l'autre se manifeste chez elle par l'exhibitionnisme de son intime.

Dans une autre perspective, nous pouvons relever les deux tentatives de suicide de la mère qui ont pu être interprétées par Tess comme une volonté symbolique de mettre un terme au lien, pourtant déjà fragile, qui les unissait. La tentative de suicide de la mère a pu confronter Tess à la réalité de l'insécurité dans laquelle elle grandissait déjà, elle s'est confrontée trop tôt au réel de la mort. Également, voir sa mère tenter de mettre fin à sa vie a pu éveiller en elle une peur prégnante de l'abandon mais aussi symboliser cette imprévisibilité dans le réel, ce qui pourrait permettre de mieux comprendre sa dépendance à l'autre. En effet, Tess manifeste un attachement excessif à l'autre sur un mode pour le moins régressif et s'avère toujours insatisfaite de ce lien qu'elle finit par saboter. Un sabotage qui s'articule par les mouvements de rejet qu'elle suscite, justement du fait de ses sollicitations incessantes et de ses stratégies pour que l'attention se porte uniquement sur elle. En reprenant l'idée de Houssier (2012), on peut postuler que le fait que Tess ait grandi dans un environnement tant imprévisible l'a amenée à se construire au travers d'une quête perpétuelle d'un lien libidinal qui soit suffisamment contenant et bon ainsi que dans un désir transgressif destructeur. Comme évoqué précédemment, Tess ne cesse de rechercher ce lien qui saura faire office de fonction alpha, de pare-excitation. Parallèlement à cette quête inéluctable du lien anaclitique qui saura la satisfaire,

elle cherche à tester toutes les limites, que ce soit celles de son propre corps, celles de l'autre, celle du cadre de l'hospitalisation. Elle attaque tout et s'attaque elle-même au travers de sa prégnance à recourir à l'agir. Grandir dans cet environnement marqué par la violence ainsi que l'absence psychique de la mère, a pu constituer chez Tess un traumatisme primaire (Roussillon, 2012) au vu de son impossibilité à attribuer du sens à cette expérience puisqu'elle était seule face à une trop grande quantité d'excitation effractante. Face à cette impossibilité de s'approprier cette expérience de façon subjective, le Moi se défend par le clivage : le sujet se coupe de sa propre subjectivité qui se déchire, une partie reste dans le non représentable et une autre qui continue d'organiser la représentation. Cela pourrait expliquer son retour incessant aux mêmes histoires ainsi que la place si importante du corps dans sa problématique. En effet, face à une subjectivité clivée, le corps est la seule chose qui ne soit pas déchirée, ce corps qui permet d'être vu et d'exister symboliquement. De plus, évoluer dans un tel environnement a, comme vu précédemment, des conséquences sur la constitution des enveloppes psychiques et donc, sur le Moi-peau (Anzieu, 1995, 2006). Un Moi-peau mal établi se voit constitué d'une double enveloppe, à la fois d'excitation et de souffrance. Cette double enveloppe constitue la base du masochisme au travers de cette compulsion à répéter les expériences qui réactivent conjointement ces deux enveloppes. On remarque chez Tess une tendance à se remettre dans des situations où elle se sait en danger, mais également une réutilisation incessante de ses traumatismes passés, tentant même de les recréer en se positionnant cette fois en tant qu'agresseur. On le constate notamment lorsqu'elle a sexuellement agressé l'un des jeunes hospitalisés.

2. Se défendre du vide interne

2.1. *La prégnance de l'agir : les conduites à risque*

La prégnance de l'agir peut être impulsée par ce retour en acte de ce qui n'a pu être refoulé. Tess, par ses comportements à risque, que ce soit en s'inscrivant sur des sites de rencontre en étant encore mineure, en postant des vidéos d'elle mimant orgasmes et fellations sur ses réseaux sociaux ou au travers de fugues ainsi que des conduites automutilatoires, manifeste une grande tendance à recourir à l'agir, toujours par des actes qui la mettent en danger. En reprenant l'idée de LeBreton (2009), selon qui les conduites à risque sont des détours symboliques qui permettent de mettre à distance la peur de son insignifiance personnelle, nous pouvons penser que face à son vécu d'écrasement subjectif, ce n'est qu'au travers de l'agir que Tess se sent vivre ou du moins, exister dans le regard de l'autre. Les conduites à risque la protègent de son

angoisse de perte de son identité subjective, agissant comme un besoin pour elle, proche de celui d'une drogue, qui ne lui permet pas de trouver d'autres solutions. Elle peut se plaindre de son comportement disant « *J'en ai marre d'être comme ça mais c'est plus fort que moi, j'pense que je suis nympho* ». Cette dimension renvoie à l'idée de McDougall (1989), selon laquelle il est nécessaire pour ces patients de mettre leur vie en danger car ces conduites sont « destinées à protéger le sujet d'un dommage psychique » (p.84). L'aspect autodestructeur sous-jacent à ces conduites peut être lié à l'absence de l'objet maternel qui n'a pu être investi en tant qu'objet contenant. Cette idée, que l'on doit à Jeammet (2000), nous amène à penser que la recherche de sensations physiques douloureuses de la part de Tess serait en réalité une recherche de la mère contenante dans sa qualité libidinale de tendresse qu'elle aurait dû apporter par sa présence. Tess cherche alors, en son corps, ses propres limites corporelles qui auraient dues venir des sources psychiques internes si l'environnement dans lequel elle a grandi avait été suffisamment maternant et avait pu être intériorisé comme tel.

Si on se concentre principalement sur les conduites auto-mutilatoires, on remarque que c'est la peau qui est au centre de cette attaque auto-infligée. Cette peau qui marque la limite entre le dedans et le dehors est attaquée par Tess pour se représenter les limites de son corps, limites qu'elle n'a jamais pu intérioriser. À la fois, la peau devient un lieu de communication avec autrui mais reste aussi le moyen par lequel s'établissent les relations et surtout, le lieu d'inscription des traces. Rioult (2015) souligne que la partie du corps où les coupures sont réalisées n'est en rien choisie au hasard, il donne l'exemple des poignets et des avant-bras : parties du corps qui symbolisent la relation à l'autre. Dans la situation de Tess c'est particulier car elle s'inflige des mutilations uniquement sur le bas ventre et à l'intérieur des cuisses : zones entourant l'appareil génital féminin. On peut alors supposer que pour elle, c'est aux environs de la zone génitale que passe le lien à l'autre, que ce lien ne peut se faire d'une autre façon qu'en passant par le génital. À la fois, cela constitue un moyen pour elle de pouvoir exhiber cette zone au regard de l'autre qui soigne ses plaies (dans le cadre de l'hospitalisation). Cette forme d'exhibitionnisme lui permet d'inviter l'autre à s'intéresser à elle, comme dans un appel au lien. Chacune de ses conduites à risque étant teintée d'une forme d'exhibitionnisme de l'intime sur la scène extérieure, notamment au travers de son hypersexualisation constante, peut être une façon pour elle de revendiquer son existence. Se la revendiquer à la fois à elle-même en s'infligeant des douleurs qui lui permettent de se représenter ses propres limites, mais elle la revendique aussi à l'autre car au travers de ses conduites, elle est vue, reconnue. Le recours à l'agir par ces conduites à risque peut donc être perçu comme une façon d'expérimenter son

corps dans un processus d'introjection et d'appropriation : processus qui aurait dû advenir grâce à l'investissement maternel.

2.2. *L'hypersexualisation*

Pour survivre face au désinvestissement maternel, la solution trouvée peut être de l'ordre d'une déserotisation, or, chez Tess, nous observons tout l'inverse puisque le sexuel envahit tout, son propre corps mais aussi ses rapports aux autres et à elle-même. L'hypersexualisation dont elle fait preuve pourrait être le résultat du mécanisme de défense de formation réactionnelle. En effet, ce mécanisme de défense vient substituer à des tendances inacceptables, d'autres qui leurs sont opposées (Ionescu et al., 2020). Ainsi, cette hypersexualisation, cette séduction excessive peut être une façon pour elle de masquer, refouler des émotions et pulsions opposées engendrées par l'absence d'investissement de l'objet primaire. Pour Corcos (2010), l'hypersexualisation peut constituer un substitut, parfois addictif, qui vient combler le vécu d'absence et de manque. Également, on pourrait considérer son hypersexualisation comme une formation réactionnelle face à des sentiments profonds de honte, de salissure, de dégoût de soi ou de son corps, en lien avec les agressions sexuelles et viols dont elle a été victime. Une dimension que l'on peut mettre en lien avec la façon dont elle diffuse son intérriorité à l'autre, déjà par la mise en avant de son corps mais aussi par ses comportements, comme lorsqu'elle se vante de pouvoir envahir l'autre par l'odeur de ses flatulences « *ah bah là vous pouvez plus me fuir, vous avez tous mon odeur dans le nez* ». Exhiber son intérriorité, son intimité sur la scène extérieure lui permet de ne pas se confronter à sa vulnérabilité, sa peur de son intimité. Son comportement hypersexualisé semble agir comme une surenchère, un masque, une seconde peau créée pour ne pas s'effondrer et protéger la première qui a été écorchée. Cette seconde peau hypersexualisée vient faire barrage pour que l'on ne puisse pas accéder à sa subjectivité dans sa vulnérabilité et ses failles. Une dimension que l'on a pu nous même expérimenter contre-transférrentiellement puisque Tess a peu à peu subjectivement disparue derrière l'enveloppe corporelle dont notre regard ne pouvait se détacher tant elle prenait tout l'espace. D'après Ciccone et Lhopital (2019), si l'introjection du lien à l'objet externe dans l'expérience contenante s'avère défaillante, une seconde peau se forme. Cette hypothèse a notamment été développée par Esther Bick (1968, 1998), par cette seconde peau, sensorielle et sensuelle, Tess remplace sa dépendance à l'objet défaillant dans sa fonction contenante et peut ainsi, dans une pseudo-indépendance, maintenir un certain éprouvé de continuité d'être. La seconde peau vient donc en appui à une peau psychique défaillante mais mobilise des processus identificatoires projectifs dans un aspect « pseudo », un aspect de la personnalité que l'on retrouve notamment dans le « faux-self » de

Winnicott (1989) et les personnalités « as-if » de Deutsch (1942). Godfrind (2001) insiste sur le fait qu'une sexualité marquée par une grande ampleur serait une façon de combler une souffrance existentielle et permettrait au sujet de ne pas se confronter à ses pensées qui se retrouvent elles-mêmes bloquées par cette mise en avant frénétique du corps. Tess, n'ayant malheureusement pas bénéficié d'un environnement assez sécurisant, n'a jamais pu laisser place à sa subjectivité d'exister, elle a toujours dû s'adapter, se soumettre à l'autre. Cette absence précoce de lien suffisamment sécurisant lui a empêché de se construire une base solide sur laquelle aurait pu se développer un sentiment d'identité subjective, la sexualité constitue pour elle un appel à l'autre pour être entendue, sécurisée, réparée. Comme souligné par Corcos (2010), l'hypersexualisation de Tess répond à son besoin de s'accrocher à un objet pour échapper au vide, pour se fuir elle-même. Son hypersexualisation du corps, du lien, viendrait donc constituer une défense mise en place pour compenser la carence de lien et l'absence de l'objet. Finalement, ces éléments mis bout à bout lui confèrent un aspect très inauthentique, un caractère impersonnel qui tenterait de venir masquer le vide interne en donnant un semblant de relief à sa personnalité au travers d'une seconde peau, d'un exhibitionnisme poussé à l'extrême. Une dimension qui pourrait en partie expliquer la particularité de son lien aux autres.

3. L'investissement libidinal et érogène de l'objet

3.1. Rechercher la fusion dans la relation

Les relations que Tess peut entretenir avec les autres sont teintées d'une quête d'un lien parfait qui serait assez contenant, assez sécurisant pour elle et d'un autre qui, comme évoqué précédemment, ferait office de pare-excitation et de fonction alpha pour elle. En revanche, ce qui nous a particulièrement étonné, c'est cette façon dont elle peut considérer cet autre avec qui elle partage une relation, comme si plus la relation avançait, plus elle cherchait à disparaître en lui. Au cours d'un atelier dont le but était de réaliser un dessin qui aborderait les éléments positifs perçus à l'égard de son corps, Tess peut demander à dessiner son partenaire ; lorsque la consigne lui est précisée de nouveau, elle répond « *oui, mais quand même mon copain il fait partie de moi, genre il est en moi* ». Cette phrase montre toute la confusion des limites dont elle peut faire preuve, sans comprendre que l'autre peut exister sans se confondre en elle et inversement. Nous pouvons mettre cette dimension en perspective de la notion du Moi-peau d'Anzieu (1995, 2006) qui s'est, selon nous, construit de façon défaillante chez Tess. Nous pouvons en effet faire l'hypothèse d'un Moi-peau aux limites poreuses. Plus précisément, dans

cette confusion avec et dans l'autre, elle semble avoir du mal à percevoir là où elle commence et là où l'autre finit. En même temps, son environnement, marqué par l'imprévisibilité, n'a jamais reconnu ses besoins et donc, conséutivement, n'a jamais su les satisfaire. De ce fait, elle n'a pas pu reconnaître les différentes parties de son corps par l'investissement libidinal et narcissique qui aurait dû être apporté au travers des soins, censés permettre de localiser la tension et le plaisir éprouvé dans des zones précises. Elle ne peut donc reconnaître des limites qui ne lui ont pas été signifiées, symbolisées. Également, son manque de contenance intérieur se manifeste dans sa recherche constante de relations anaclitiques, au travers de son besoin presque vital de pouvoir s'appuyer sur les autres, sans quoi elle s'effondrerait. Son Moi-peau, présentant une porosité dans ses limites, ne peut constituer un objet psychique qui lui permettrait de se représenter, selon l'idée de Gross (2013), comme étant l'habitacle de sa propre organisation psychique et de ses différents contenus. De ce fait, elle cherche à asseoir et trouver cet habitacle en l'autre. Nous pouvons ainsi considérer que le processus d'individuation n'a pas été acquis chez Tess puisqu'elle semble ne pas avoir la capacité de se représenter comme une unité. Elle manifeste une véritable difficulté à pouvoir se différencier de l'autre, elle se sent sans « bords », d'où le fait qu'elle cherche les limites dans tout ce qui l'entoure : le cadre, la relation, l'autre. Cette hypothèse d'un Moi-peau aux limites poreuses nous apporte un autre élément de compréhension face à son besoin d'agir sur son corps, que ce soit au travers de ses scarifications ou de l'hypersexualisation. Deux conduites qui lui permettent finalement de pouvoir se représenter et ressentir ses propres contours.

Aussi, dans cette quête de fusion avec l'autre, elle s'exhibe à outrance, diffuse son intérriorité comme pour adresser une demande à l'autre d'aller explorer à sa place ce qui se trouve à l'intérieur car s'y confronter seule est inconcevable, trop douloureux. D'où son besoin constant d'étayage dans le lien à l'autre qui a été un élément central à chacune de ses hospitalisations. Considérant son histoire, nous pouvons penser que Tess recherche sans cesse la bonne distance avec les autres car ceux qui l'ont entourée auparavant ne l'ont jamais eu : ses parents n'ont jamais été suffisamment proches et ses agresseurs l'étaient trop. Elle oscille donc dans cet entre-deux au sein duquel elle ne trouve pas d'équilibre puisqu'à la fois, elle a besoin de l'autre mais cet autre devient à un moment insupportable pour elle. Comme évoqué par Corcos (2010), à partir du moment où elle est désirée par l'un de ses pairs, cela la confronte à son propre sentiment de vide qui la ramène aux relations entretenues à ses premiers objets. Paradoxalement, c'est justement le non-désir de cet objet qui l'oblige à rechercher le désir chez l'autre. Nous pouvons ainsi penser que si elle recherche tant la relation avec l'autre c'est par ce qu'elle l'objectalise dans un mouvement par lequel elle cherche en réalité à voir qui est

véritablement prêt à la voir elle, voir qui elle est et non ce qu'elle laisse voir par ces comportements exhibitionnistes. Cela nous permet de mieux appréhender le clivage entre séduction et rejet, agression et maîtrise. Ce qu'elle cherche, c'est de garder le contrôle de l'autre qui devient l'objet qu'elle fait sien.

3.2. Pouvoir garder le contrôle : entre agression-maîtrise et séduction-rejet

Du fait de l'absence de l'investissement maternel, l'enveloppe psychique que Tess s'est construite est comme trouée. Au travers de sa recherche de liens anachoritiques à l'autre, nous pensons qu'elle cherche une enveloppe qui serait assez contenante. En testant toutes les limites qui l'entourent au travers de son recours à l'agir et de ses provocations, elle recherche le corps d'un autre qui saura tenir, contenir ce qu'elle ne peut contenir seule. Cette recherche s'organise dans une dynamique où elle veille à garder le contrôle, elle retourne de façon active ce qu'elle a passivement vécu toute sa vie. Autrement dit, elle se laisse le pouvoir d'être rejetée par l'autre mais en le suscitant par elle-même de sorte à voir qui est véritablement prêt, suffisamment bon pour rester. D'où cette alternance entre des mouvements de séduction et de rejet, comme lorsqu'elle se colle aux soignants pour leur faire un câlin mais qu'avant de se décoller, elle chuchote « *c'est cool que tu sois grand, tu as de la chance, au moins tu sens pas que ma culotte sent le poisson pourri* ». Elle finit toujours par induire un rejet en instaurant un acte plus ou moins violent qui vient marquer la rupture de lien et instaurer un processus de différenciation avec l'autre. Pour Jeammet (2015), l'acte rétablit la frontière entre soi et autrui, une frontière difficilement représentable pour Tess qu'elle a besoin de symboliquement marquer en passant par un acte amenant à la rupture.

Parallèlement, sa recherche de confusion dans l'autre pourrait être interprétée comme une façon de s'assurer de la potentialité intrusive de l'autre, par des comportements suscitant sidération, dégoût, et rejet, veille à ce que cette potentialité intrusive ne s'actualise pas dans la relation ou du moins, qu'elle demeure sous son contrôle, expliquant parfois le besoin d'anéantissement de l'autre dans le réel (Duez, 2006). Ce besoin d'anéantissement réel de l'autre peut se manifester dans les multiples fausses accusations de viol pour lesquels elle a porté plainte, notamment contre ses éducateurs avec qui elle avait pourtant, à l'origine, de bonnes relations. Parallèlement, elle devient actrice de son propre exhibitionnisme, son corps ne peut ainsi plus être utilisé par l'autre puisqu'elle l'utilise déjà elle-même. Cette dimension s'articule pleinement dans ce mouvement de séduction-rejet où elle garde le pouvoir de sidérer l'autre, un pouvoir qui lui permet de se re-narcissiser dans le sens où là, c'est elle qui domine

l'autre. Là où elle a toute sa vie été passive, que ce soit face à l'incapacité de ses parents ou à ses agresseurs, aujourd'hui, elle retourne cette situation, devenant active et sidérant l'autre à son tour. La séduction excessive et le fait de sexualiser ses relations, tout en gardant cette posture dominante par laquelle elle peut amener l'autre à la rejeter peuvent être des solutions trouvées pour prendre le contrôle de ce qu'elle a subi. Finalement, cela nous permet de faire l'hypothèse que Tess présente des fixations au stade sadique anal. En effet, le désir de maîtrise qu'elle manifeste s'ajoute au plaisir qu'elle éprouve d'avoir le contrôle, d'autant plus que les situations où elle ne l'a pas finissent en crise de colère. Autrement dit, elle exerce son pouvoir sur et par son corps au travers de son exhibitionnisme, mais aussi sur son entourage en hypersexualisant ses liens aux autres ainsi qu'en faisant de l'autre un objet qu'elle essaye soit de s'approprier dans des mouvements de séduction, soit qu'elle peut refuser, expulser, en suscitant des mouvements de rejets. Le contexte de la relation à l'autre chez Tess se trouve autant envahi par l'avidité d'amour que par le vide, le manque et l'insupportable solitude. Cette particularité dans la relation à l'autre est l'une des dimensions relevées quant à la clinique des sujets états limites.

4. Ouverture et questions restées en suspens

Si cette étude de cas nous a permis de mettre en lien la théorie avec la clinique observée, certaines dimensions de la personnalité de Tess continuent de poser question. En particulier celle concernant sa structure. En effet, elle a été diagnostiquée d'un trouble de la personnalité borderline alors qu'elle n'avait encore que 11 ans. Un aspect qui nous semble déjà troublant du fait de son jeune âge. Puis, à ses 16 ans, lors de sa dernière hospitalisation, l'hypothèse d'une structure état limite a été posée par le pédopsychiatre et la psychologue du service. Dans la clinique de Tess, nous pouvons repérer des éléments saillants qui nous laissent penser que cette hypothèse est la bonne, notamment au vu de sa fragilité narcissique, de ses mécanismes de défense et de son angoisse de perte d'objet qui se traduit par cette quête de fusion. Parmi ces éléments, celui qui serait le plus manifeste d'une structure limite reste la prégnance de ses comportements agis qu'elle mettra en place pour lutter contre son vide intérieur et sa déception de l'autre, incapable de combler ses trop grandes attentes. Peu importe l'atelier en cours, si un temps de silence s'installe car tout le monde est concentré sur sa tâche, Tess ne supporte pas le vide ambiant que cela dégage et a besoin de le rompre. Lors d'un groupe dessin, alors que tout le monde commence sa création calmement, le silence ne dure que dix secondes avant que Tess trouve le moyen d'y mettre un terme en criant « *merde j'me suis ratée je voulais dessiner mes fesses mais je les ai fait trop petites alors qu'en vrai j'ai un sacré boule, vous êtes d'accord ?* ».

Ce besoin de lutter contre le vide interne rejoint un autre de nos questionnements restés en suspens : la fonction que peut prendre le mensonge chez Tess. Bollas (2018) suggère que mentir c'est mettre de la vie dans le vide, alors, nous pouvons imaginer que le mensonge serait une autre défense mise en place par Tess pour remplir son propre vide interne. D'autant plus que c'est dans le mensonge que l'on retrouve la trace de l'expérience originelle où l'enfant, face au désinvestissement de l'objet primaire, a dû se réconforter dans le fantasme. Le mensonge, fonctionnant comme le fantasme, nous laisse penser que le fait d'y recourir lui donnerait l'illusion d'une toute puissance dans laquelle elle peut, là encore, avoir le contrôle sur l'objet. Finalement, le questionnement qui reste central pour nous, même si l'hypothèse structurale nous semble plausible, est de savoir si la période de l'adolescence ne constituerait pas un processus état limite en elle-même. Ainsi, si le recours à l'agir représente l'un des éléments saillants d'une organisation limite, cette tendance chez Tess peut également être liée à la fonction identitaire qui y est rattachée, fonction par laquelle elle peut s'imposer en tant que Je. Une dimension caractéristique de l'adolescence, période à laquelle l'adolescent cherche à définir et revendiquer une identité qui lui est propre. Également, puisque le processus pubertaire bouleverse le physique du sujet adolescent qui découvre ses nouvelles formes, une nouvelle contenance, le recours à l'agir peut alors être une façon de tester et de s'assurer de la fiabilité de ce nouveau corps en explorant ses nouvelles limites.

Synthèse : L'analyse théorico-clinique nous a permis de mettre en évidence la construction psychique complexe de Tess qui est profondément marquée par l'absence de l'investissement maternel auquel elle a dû faire face. L'absence de cette fonction contenante dans l'environnement primaire l'amène aujourd'hui à une recherche incessante d'un autre qui saurait contenir, sécuriser, symboliser : constituer les fonctions que sa mère n'a jamais su incarner. Par l'hypersexualisation et l'exhibitionnisme dont elle fait preuve, nous pensons que Tess cherche à renverser la passivité à laquelle elle a été contrainte. Son corps, auparavant non investi, battu, abusé devient le moyen par lequel elle inscrit et revendique son existence en suscitant le regard de l'autre sur elle. Ce corps qu'elle utilise devient un masque derrière lequel elle se cache subjectivement et, par ses conduites oscillantes entre séduction-rejet, agression-maîtrise, elle prend le contrôle de l'autre qui devient objet. Un objet qu'elle teste en permanence afin de voir s'il serait suffisamment solide, tout en évitant d'être envahie ou dominée. En provoquant la sidération ou le rejet, elle s'assure de rester l'initiatrice de la rupture, retournant activement une passivité douloureusement subie dans son histoire.

Conclusion

L’élaboration de ce travail de recherche s’articule autour d’une tentative de comprendre et de saisir davantage la situation de Tess, adolescente de dix-sept ans, hospitalisée en clinique pédopsychiatrique depuis maintenant près de deux ans. Nous avons ainsi pu faire l’hypothèse d’un lien entre l’absence d’investissement maternel auquel Tess a dû se confronter dès son plus jeune âge et les caractéristiques de ses investissements ultérieurs, marqués par la centralité de la thématique sexuelle. De fait, depuis ses six ans, Tess manifeste des troubles du comportement sévères auxquels le sexuel est rapidement venu se rattacher. D’abord par son enfermement dans des délires érotomanes, puis par des conduites à risque en s’inscrivant, mineure, sur des sites de rencontre où elle échangeait des photos et des messages à caractère sexuel avec des hommes majeurs, ainsi qu’en postant des vidéos d’elle sur ses propres réseaux sociaux, en train de mimer des actes sexuels. Parallèlement à ses conduites, son rapport à l’autre semble s’organiser autour d’une quête d’un autre qui saurait faire office d’objet contenant, aimant, sécurisant. Fonctions que sa mère n’a jamais su incarner. Une quête d’un lien idéal qui repose sur un besoin manifeste de fixations sadique-anales : celui d’exercer et de garder le contrôle sur l’autre, se rendant actrice de mouvements de séduction et de rejet, comme pour déterminer jusqu’où l’autre est prêt à tenir, contenir. Tout cela semble passer dans et par son corps, un corps qu’elle exhibe sur la scène externe, que ce soit par ses conduites ou par son discours, son corps exhibé lui permet de tout envahir. Selon nos hypothèses, cette prégnance du sexuel dans le comportement, les relations, le discours de Tess, traduit par cette hypersexualisation constante, constituerait une défense, une seconde peau derrière laquelle elle cache la première qui a été délaissée, oubliée par la mère qui aurait pourtant dû la faire exister.

En s’hypersexualisant, Tess s’assure d’être regardée et donc d’exister dans les yeux de l’autre, elle qui a trop souvent disparu dans ceux de sa mère. À la fois, faire exister son corps à outrance constitue une défense, une carapace derrière laquelle sa subjectivité est inaccessible, son corps est vu mais elle, elle ne l’est pas. Elle n’existe qu’au travers de ses conduites, de son corps, de ses réflexions sexuelles inadaptées, une tendance qui épouse ceux à son contact qui ne cherchent ainsi plus à savoir qui elle est subjectivement, elle disparaît derrière ce corps qui devient pour elle objet de lien et de défense, car s’il lui permet d’exister dans le regard de l’autre, il lui permet aussi de se défendre de la potentielle menace que cet autre peut représenter. Par ces investissements de l’autre, oscillant entre séduction et rejet, Tess semble finalement chercher l’investissement maternel dont elle a été privée.

Évidemment, ce travail reste largement influencé par la relation contre-transférentielle ainsi que par ma perspective singulière de la situation, les articulations cliniques proposées restent donc fondamentalement hypothétiques. De plus, il aurait été intéressant de pouvoir aborder et approfondir d'autres éléments qui nous auraient peut-être également permis de mieux comprendre l'organisation défensive que Tess semble s'être construite dans l'hypersexualité. En effet, il est envisageable que si Tess mette autant le service à mal par ses conduites en testant toutes les limites, c'est parce qu'elle cherche à ce que quelqu'un se mobilise enfin. Elle fait face à l'absence d'initiative de la part de ses tuteurs, de ses éducateurs et de l'institution, un vécu qui vient sûrement remettre en question son sentiment d'existence qu'elle revendique justement au travers de cette mise en avant du corps : elle cherche à être vue, ici encore, pour ne pas être oubliée. De plus, j'aurais aimé pouvoir faire davantage d'entretiens cliniques avec Tess, avant tout pour lui offrir un espace qui m'a semblé être mis à mal et moins considéré que celui proposé aux autres adolescents hospitalisés. Également, il aurait été intéressant d'approfondir avec elle cette violence constante dans laquelle elle a dû grandir, entre des disputes et des violences intrafamiliales, puis de l'agression sexuelle et de la séquestration dont elle aurait été victime.

Au cours de ce stage et des précédents que j'ai pu réaliser, j'ai été indigné par le nombre d'enfants et d'adolescents qui ont été témoins et/ou victimes de violences intra-familiales. Je me suis ainsi largement interrogée sur la façon dont on pouvait, en tant que psychologue, les accompagner face à ce vécu, constituant souvent un traumatisme. Ainsi, j'ai choisi de m'orienter pour le M2 vers le Parcours Psychologie du traumatisme, parcours et contexte clinique. Selon moi, ce parcours participera largement à l'étayage des fondements de ma pratique future.

Bibliographie

- Abraham, K. (1965). Esquisse d'une histoire du développement de la libido fondée sur la psychanalyse des troubles mentaux. In *Œuvres compètes: Vol. II* (p. 171-226). Payot.
- Alvarez, L., Beauquier-Maccotta, B., & Golse, B. (2012). Approche clinique du bébé en pédopsychiatrie. *EM-Consulte*. [https://doi.org/10.1016/S0246-1072\(12\)45980-6](https://doi.org/10.1016/S0246-1072(12)45980-6)
- Anzieu, D. (1974). Le Moi-peau. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 9, 195-2018.
- Anzieu, D. (1995). *Le Moi-Peau*. Dunod, 2006.
- Anzieu, D., Houzel, D., Tisseron, S., Gibello, B., Lavallée, G., Gimenez, G., & Barruel, F. (1994). Enveloppe familiale et fonction contenante. In *Émergences et troubles de la pensée* (p. 27-40). Dunod, 2000.
- Assoun, P.-L. (2013). Chapitre VI. Excitation et trauma. Fonctions du « pare-excitation ». *Hors collection*, 89-100.
- Belot, R. A., & Bonnet, M. (2016). Défaillance dans la construction des enveloppes psychiques et conséquences somatopsychiques chez le bébé. À partir d'une observation, Madras 2 mois 15 jours. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 64(7), 464-472. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2016.05.007>
- Benoit, J.-P. (2020). L'adolescence, un excès de corps. *Le Carnet Psy*, 239(9), 24-29. <https://doi.org/10.3917/lcp.239.0024>
- Berenstein, I., & Puget, J. (1997). *Lo Vincular. Clínica y técnica psicoanalítica*. Paídos.
- Bergeret, J. (1992). *La Dépression et les états limites*. Payot.
- Bertrand, M. (2015). Mensonge pathologique et clivage du moi : Une question d'identité. *Revue française de psychanalyse*, 79(1), 108-119. <https://doi.org/10.3917/rfp.791.0108>
- Bick, E. (1968). L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces. In *Es Écrits de Martha Harris et d'Esther Bick* (p. 135-139). Les Editions du Hublot, 1998.
- Bion, W. (2003). *Aux sources de l'expérience*. Presses Universitaires de France.

- Bioy, A., Castillo, M.-C., & Koenig, M. (2021). Chapitre 1. La méthode qualitative et ses enjeux. In *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* (p. 21-33). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.casti.2021.01.0021>
- Birraux, A. (2004). *Le Corps adolescent*. Bayard Culture.
- Blatt, S. J., Zohar, A. H., Quinlan, D. M., Zuroff, D. C., & Mongrain, M. (1995). Subscales within the dependency factor of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 64(2), 319-339.
https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6402_11
- Blos, P. (1962). Puberty and Adolescence. In *On Adolescence : Psychoanalytic Interpretation*. Free Press.
- Bokanowski, T. (2010). Du traumatisme au trauma : Les déclinaisons cliniques du traumatisme en psychanalyse. *Psychologie clinique et projective*, 16(1), 9-27.
<https://doi.org/10.3917/pcp.016.0009>
- Bollas, C. (2018). The Liar. In *The shadow of the object* (p. 115-126). Routledge.
- Bonnet, G. (2005). Fétichisme et exhibitionnisme chez un sujet féminin:Une autre manière de défi. In *Voir. Être vu Figures de l'exhibitionnisme aujourd'hui* (p. 87-117). Presses Universitaires de France. <https://shs.cairn.info/voir-etre-vu--9782130547594-page-87>
- Bonneville-Baruchel, E. (2015). 3. Les traumatismes relationnels précoces. In *Les traumatismes relationnels précoces : Clinique de l'enfant placé* (p. 53-96). érès.
<https://shs.cairn.info/les-traumatismes-relationnels-precoces--9782749246536-page-53?lang=fr>.
- Bonneville-Baruchel, E. (2018). Troubles de l'attachement et de la relation intersubjective chez l'enfant maltraité. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, 7(1), 6-28.
<https://doi.org/10.3917/cnmi.181.0006>.

Bourguignon, M., & Katz-Gilbert, M. (2018). Les espaces de la réalité psychique:Une revue critique de la littérature. *Research in Psychoanalysis*, 26(2), 130a-141a.
<https://doi.org/10.3917/rep1.026.0130>

Bouvet, C. (2022). Chapitre 1. Définir l'entretien clinique. In *Les 18 grandes notions de la pratique de l'entretien clinique* (Vol. 3, p. 5-42). Dunod. <https://shs-cairn-info.buadistant.univ-angers.fr/les-18-grandes-notions-de-la-pratique-de-l-entretien-9782100825288-page-5>

Britton, R. (1998). Chapter 5 : The Suspension of Belief and the ‘As-If’ Syndrome. In *Belief and imagination* (Vol. 11). Routledge. <https://pep-web.org/search/document/NLP.031.0059A>

Cascales, T. (2017). Co-excitation libidinale et établissement des premiers liens : L'exemple de l'anorexie du bébé. *Cliniques méditerranéennes*, 96(2), 77-91.
<https://doi.org/10.3917/cm.096.0077>

Chabert, C. (1999). Le passage à l'acte, une tentative de figuration ? In *Troubles de la personnalité. Troubles des conduites* (p. 57-62). Éditions GREUPP.
<https://doi.org/10.3917/greu.isap.1999.01.0057>

Charrier, P., & Hirschelmann, A. (2022). Chapitre 1. Le cadre historique des états limites. In *Les états limites* (4^e éd., p. 13-27). Dunod. <https://shs.cairn.info/les-etats-limites-9782100823536-page-13>

Chouvier, B. (2024). Chapitre 1. La singularité de l'approche clinique. In *L'entretien clinique—3e éd.* (Vol. 3, p. 21-31). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.chouv.2024.01.0021>

Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : Modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, 17(2), 81-102. <https://doi.org/10.3917/cpc.017.0081>

Ciccone, A. (2019). *L'observation clinique*. Dunod.

- Ciccone, A., & Lhopital, M. (2019). Chapitre 15. La formation « seconde peau ». In *Naissance à la vie psychique—3e éd.* (Vol. 3, p. 345-355). Dunod.
<https://shs.cairn.info/naissance-a-la-vie-psychique--9782100761807-page-345>
- Corcos, M. (2010). Chapitre 7—Vrai-faux toxique sexuel et jouissance endogène. In *Le corps absent—2e édition Approche psychosomatique des troubles de conduites alimentaires* (p. 241-258). Dunod. <https://shs.cairn.info/le-corps-absent--9782100527533-page-241>
- De Parseval, C. (2007). De Ferenczi à Winnicott : Le « nourrisson savant » et le faux-self. *Le Coq-héron*, 189(2), 122-141. <https://doi.org/10.3917/cohe.189.0122>
- Delvenne, V., De Kernier, N., Guénolé, F., Gicquel, L., Douniol, M., Barbe, R., & Speranza, M. (2014). Chapitre 9 Tenter de se tuer pour supporter l'angoisse. In *Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence*. Dunod.
- Denis, P. (2002). La perspective de Heinz Kohut. In *Le narcissisme* (p. 89-106). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.socie.2002.01.0089>
- Deutsch, H. (1942). Some Forms of Emotional Disturbance and their Relationship to Schizophrenia. *The Psychoanalytic Quarterly*, 11(3), 301-321.
<https://doi.org/10.1080/21674086.1942.11925501>
- Duez, B. (2006). Destins du transfert : Scénalité et obscénalité, les scènes de l'autre. *Adolescence*, 244(4), 893-904. <https://doi.org/10.3917/ado.058.0893>
- Estellon, V. (2012). ANDRÉ GREEN, « La mère morte » (1980), in Narcissisme de vie, narcissisme de mort (1983), Paris, Éditions de Minuit, 222-253. In *45 commentaires de textes en psychopathologie psychanalytique* (p. 119-127). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.chagn.2012.02.0119>
- Estellon, V. (2014). Les mécanismes de défense. In *Les états limites* (Vol. 3, p. 56-64). Presses Universitaires de France. <https://shs.cairn.info/les-etats-limites--9782130630494-page->

Ferenczi, S. (1933). Confusion de langues entre les adultes et l'enfant. In *Œuvres compètes: Vol. IV* (p. 125-138). Payot, 1982.

Ferenczi, S. (1990). Le problème de la fin de l'analyse. In *Œuvres compètes: Vol. IV* (p. 336). Payot.

Ferraro, S. (2013). Art-thérapie et psychanalyse : Vers une articulation théorique et clinique. *Enfances & Psy*, 59(2), 174-181. <https://doi.org/10.3917/ep.059.0174>

Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Payot, 2014.

Freud, S. (1915). *Pulsions et destins des pulsions*. Payot, 2018.

Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. Payot.

Freud, S. (1923). *Le Moi et le Ça*. Payot.

Freymann, J.-R. (2020). 7. La naissance du « sujet-supposé-savoir ». In *Amour de transfert et amour du transfert* (p. 105-116). érès. <https://shs-cairn-info.buadistant.univ-angers.fr/amour-et-transfert--9782749266244-page-105>

Green, A. (1980). Chapitre 6 : La mère morte. In *Narcissisme de vie narcissisme de mort*. Les éditions de minuit.

Gross, M. (2013). Passer à l'acte ou agir son corps ?:Le passage à l'acte à l'adolescence, une possible expérimentation corporelle. *Le Carnet Psy*, 171(4), 40-45.
<https://doi.org/10.3917/lcp.171.0040>

Gutton, P. (2013). Chapitre I. Le pubertaire en ses origines. In *Le pubertaire* (p. 15-54). Presses Universitaires de France. <https://shs.cairn.info/le-pubertaire--9782130608288-page-15>

Haag, G. (2002). L'acte création/représentation de formes dans le jeu de la transformation. *Revue française de psychanalyse*, 66(5), 1779-1787.
<https://doi.org/10.3917/rfp.665.1779>

- Halley, C., & Azoulay, C. (2017). Le pare-excitation à l'épreuve des symptômes dermatologiques à l'adolescence : Éclairage de la clinique projective. *Psychologie clinique et projective*, 23(1), 245-266. <https://doi.org/10.3917/pcp.023.0245>
- Hassan, E. (2013). *Freud's Psycho-Sexual Stages of Development* (No. 2364215). Social Science Research Network. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2364215>
- Hopkins, J. (1992). « Échec du “holding” : quelques effets du rejet physique sur l'attachement de l'enfant et sur son expérience interne », *Devenir* (Vol. 4, p. 49-67).
- Houssier, F. (2012). DONALD WOODS WINNICOTT, « La tendance antisociale » (1956), in De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot, 1969, 145-158. In *45 commentaires de textes en psychopathologie psychanalytique* (p. 197-204). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.chagn.2012.02.0197>
- Ionescu, S., Jacquet, M.-M., & Lhote, C. (2020). F. In *Les mécanismes de défense—3e éd* (Vol. 3, p. 231-238). Dunod. <https://shs.cairn.info/les-mecanismes-de-defense--9782100799077-page-231>
- Jeammet, P. (2000). Comportements violents et psychopathologie de l'adolescence. In *L'illégitime violence. La violence et son dépassement à l'adolescence* (p. 33-46). érès.
<https://doi.org/10.3917/eres.mart.2000.01.0033>
- Jeammet, P. (2015). Le passage à l'acte. *Cliniques*, 10(2), 72-81.
<https://doi.org/10.3917/clini.010.0072>
- Kaës, R. (2007). Du Moi-peau aux enveloppes psychiques. Genèse et développement d'un concept. *Le Carnet Psy*, 117(4), 33-39. <https://doi.org/10.3917/lcp.117.0033>
- Kaës, R. (2015). Espaces de la réalité psychique. In *L'extension de la psychanalyse Pour une métapsychologie de troisième type* (p. 75-90). Dunod. <https://shs-cairn-info.buadistant.univ-angers.fr/l-extension-de-la-psychanalyse--9782100724420-page-75>

Kelley-Lainé, K. (2002). Peter Pan, la mère morte et la création du double pathologique.

Imaginaire & Inconscient, 7(3), 87-96. <https://doi.org/10.3917/imin.007.0087>

Kernberg, O. (1979). *Les troubles limites de la personnalité*. Dunod, 2016.

<https://doi.org/10.3917/dunod.kernb.2016.02>

Klein, M. (1998). *La psychanalyse des enfants*. Presses Universitaires de France.

Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1981). *Vocabulaire de la psychanalyse* (7^e éd.). Presses Universitaires de France.

LeBreton, D. (2003). 1. L'incision dans la chair : Traces et douleurs pour exister. In *La Peau et la Trace* (p. 21-82). Métailié. <https://shs.cairn.info/la-peau-et-la-trace--9782864249283-page-21>

LeBreton, D. (2009). Conduites à risque et scarifications à l'adolescence. In *Le corps dans le langage des adolescents* (p. 45-66). érès.

<https://doi.org/10.3917/eres.nassi.2009.01.0045>

Lehrer, S. (1984). Modern correlates of Freudian psychology : Infant sexuality and the unconscious. *The American Journal of Medicine*, 77(6), 977-980.

[https://doi.org/10.1016/0002-9343\(84\)90172-4](https://doi.org/10.1016/0002-9343(84)90172-4)

Lesourd, S. (2004). La frustration de l'acte et l'adolescent. In C. Hoffmann. *L'agir adolescent* (p. 21-32). érès. <https://doi.org/10.3917/eres.hoff.2004.01.0021>.

McDoughall, J. (1989). *Théâtres du corps*. Gallimard.

McFarland Solomon, H., & Hénand, F. L. (2006). La personnalité « as-if » : La création du self face au vide. *Cahiers jungiens de psychanalyse*, 119120(3), 51-71.

<https://doi.org/10.3917/cjung.119.0051>

Mellier, D. (2005). La fonction contenante, une revue de la littérature. *Perspectives Psy*, 44(4), Article 4. <https://doi.org/10.1051/ppsy/2005444303>

Millaud, F. (1998). *Le Passage à l'acte. Aspects cliniques et psychodynamiques*. Masson.

- Morosini, I. (2023). Une clinique des enveloppes psychiques. *Le Divan familial*, 51(2), 153-166. <https://doi.org/10.3917/difa.051.0153>
- Nicolas, M., & Peccia-Galletto, C. (2019). Histoires de chemins sonores. Récit d'un groupe thérapeutique pour adolescents. *Enfances & Psy*, 82(2), 157-166. <https://doi.org/10.3917/ep.082.0157>
- Ouvry, O., & Bidaud, É. (2011). Dysmorphophobie, pubertaire et processus adolescent. *Adolescence*, 294(4), 801-818. <https://doi.org/10.3917/ado.078.0801>
- Pedinielli, J.-L., & Fernandez, L. (2020). 1. L'observation clinique. *128*, 4, 7-45.
- Quinodoz, J.-M. (2019). Chapitre VI. La sexualité infantile. In *Sigmund Freud* (Vol. 2, p. 36-45). Presses Universitaires de France. <https://shs.cairn.info/sigmund-freud--9782715400177-page-36>
- Raoult, P. A. (2006). Clinique et psychopathologie du passage à l'acte. *Bulletin de psychologie*, 481(1), 7-16. <https://doi.org/10.3917/bopsy.481.0007>
- Rassial, J.-J. (1996). *L'adolescent et le psychanalyste*.
- Riensenberg-Malcolm, R. (1992). As-if : The Phenomenon of Not-Learning. In *Clinical Lectures on Klein and Bion* (Robin Anderson). Routledge.
- Rioult, C. (2015). Scarifications chez les adolescents : Marques d'un passage à haut risque. *Corps*, 13(1), 175-185. <https://doi.org/10.3917/corp1.013.0175>
- Roussillon, R. (2007). Le Moi-peau et la réflexivité. *Le Carnet Psy*, 118(5), 23-27. <https://doi.org/10.3917/lcp.118.0023>
- Roussillon, R. (2012). Chapitre 1. Traumatisme primaire, clivage et liaisons primaires non symboliques. In *Agonie, clivage et symbolisation* (Vol. 2, p. 7-34). Presses Universitaires de France. <https://shs-cairn-info.buadistant.univ-angers.fr/agonie-clivage-et-symbolisation--9782130608837-page-7>

Sadlier, K. (2021). Chapitre 2. Les effets psychologiques. In *L'enfant face à la violence dans le couple—2e éd* (Vol. 2, p. 35-55). Dunod.

<https://doi.org/10.3917/dunod.sadli.2021.01.0035>

Smirnoff, V. (1992). Chapitre V - Sexualité infantile : Les pulsions et le devenir libidinal. In *La psychanalyse de l'enfant* (Vol. 6, p. 159-182). Presses Universitaires de France.

<https://shs.cairn.info/la-psychanalyse-de-l-enfant--9782130440512-page-159>

Tisseron, S. (2014). L'intersubjectivité, clé du processus thérapeutique. *Enfances & Psy*, 62(1), 67-73. <https://doi.org/10.3917/ep.062.0067>

Vinay, A. (2020). *Le dessin dans l'examen psychologique de l'enfant et de l'adolescent* (3ème). Dunod. <https://shs-cairn-info.buadistant.univ-angers.fr/le-dessin-dans-l-examen-psychologique-de-l-enfant--9782100801251>

Winnicott, D. W. (1945). Le vol et le mensonge. In *L'enfant et sa famille* (Payot, p. 169-173), 2017.

Winnicott, D. W. (1965). Le concept de traumatisme par rapport au développement de l'individu au sein de la famille. In *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Gallimard, 2000.

Winnicott, D. W. (1989). Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux-self. In *Processus de maturation chez l'enfant*. Payot.

Winnicott, D.W. (1975). *Jeu et réalité ; l'espace potentiel*, Gallimard.

Winnicott, D. W. (2006). *La mère suffisamment bonne*. Payot.

Annexe

Annexe 1 : Extraits de l'anagramme¹

E moustillée

Y en a pas 2 comme elle

Le regard hypnotisant

E sctra bien formée

¹ Dans le souci de préserver l'anonymat de Tess, l'ordre des lettres a été changé et les extraits comportant les autres lettres composant son prénom n'ont pas été fournis dans ce mémoire

De l'absence d'investissement maternel à l'hypersexualisation : quand le corps devient objet de lien et de défense

Le cas de Tess

RÉSUMÉ : Ce mémoire de recherche porte sur la situation de Tess, une adolescente âgée de dix-sept ans, hospitalisée en pédopsychiatrie depuis près de deux ans. Au fil de nos rencontres lors des activités en groupe, nous avons pu observer la particularité du fonctionnement de Tess, largement marqué par une mise en avant et une projection du sexuel sur la scène extérieure. De son corps à ses comportements et à ses relations : la mise en avant de la thématique sexuelle était centrale. Nous avons choisi de mettre en avant l'influence potentielle de l'absence d'investissement maternel auquel elle a dû faire face, sur cette tendance à l'hypersexualisation comportementale et relationnelle dont elle fait preuve. Nous avons ainsi pu aborder l'organisation défensive qu'une telle conduite pouvait constituer pour Tess, lui permettant de masquer sa subjectivité, mise en péril par l'absence d'investissement, mais aussi de renverser la passivité à laquelle elle avait été contrainte en devenant, par cette hypersexualisation, l'actrice de tout mouvement envers elle, lui donnant ainsi la possibilité de contrôler l'autre.

MOTS-CLES : Hypersexualisation – Désinvestissement maternel – Organisation défensive – Contrôle – Séduction – Rejet

ABSTRACT : This research work focuses on the situation of Tess, a seventeen-year-old adolescent who has been hospitalized in child psychiatry for almost two years. In the course of our encounters during group activities, we were able to observe the peculiarity of Tess's functioning, largely marked by a focus and projection of the sexual onto the external scene. From her body to her behavior and relationships, the sexual theme is central. We chose to highlight the potential influence of the lack of maternal investment she had to cope with, on this tendency to hypersexualize her behavior and relationships. In this way, we were able to delve deeper into the defensive organization that such behavior could constitute for Tess, enabling her to mask her subjectivity, weakened by the absence of investment, but also to reverse the passivity to which she had been forced, by becoming, through this hypersexualization, the actress of every movement towards her, thus giving her the possibility to control the other.

KEY WORDS : Hypersexualization - Maternal disinvestment - Defensive organization - Control - Seduction - Rejection