

Adolescence et prise en charge thérapeutique

David Le Breton

DANS **ADOLESCENCE** 2010/4 T. 28 n°4 , PAGES 781 À 793

ÉDITIONS **ÉDITIONS GREUPP**

ISSN 0751-7696

ISBN 9782847951769

DOI 10.3917/ado.074.0781

Date de mise en ligne : 22/12/2010

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-adolescence-2010-4-page-781?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Éditions GREUPP.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

ADOLESCENCE ET PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

DAVID LE BRETON

LE CORPS COMME OBJET TRANSITIONNEL

Parler de l'adolescence c'est toujours pour une part parler de soi et de son rapport intime à cette période de l'existence, et non parler à distance d'une ethnologie singulière dans une posture de neutralité. Sur un tel sujet, nous ne cessons sans doute les uns et les autres de réparer ou de commenter nos adolescences. Et évoquer les modalités de prise en charge des adolescents en difficultés revient sans doute à effectuer un plaidoyer *pro domo* où les raisons personnelles, la recherche de réparation des blessures d'enfance longtemps restées à vif, ou au contraire apaisées grâce à une rencontre, se donnent libre cours dans les prises de position. La subjectivité ici est difficile à écarter, ne serait-ce aussi parce que tout adolescent impose sa singularité, et ne saurait donc être dilué dans l'anonymat que suggère le terme « adolescent ».

Dans une situation de désarroi, des matrices de résistance psychique visent à réduire l'impact et à reprendre le contrôle, à établir un compromis pour continuer à vivre, elles se croisent en conjuguant leur avantage et en empêchant parfois le jeune d'aller vers le pire : clivage, déni, intellectualisation, force de l'estime de soi, humour, ténacité, courage propre à relever les défis et à se battre contre l'adversité. Elles mobilisent aussi des ressources personnelles, recours à l'imaginaire ou à des pratiques culturelles fortement investies : musique, danse, écriture, théâtre, sport, ou parfois conviction religieuse, engagement politique, investissement de l'école, d'une formation professionnelle, recours aux marques corporelles ou aux ritualités contemporaines, etc. Le jeune alimente aussi sa force de résistance auprès de ses proches : présence de

personnes solides et chaleureuses dans l'entourage familial ou le voisinage, attention d'un enseignant, d'un éducateur, d'un thérapeute, d'une relation amoureuse ou amicale, etc. Ce sont là autant de ressources pour tenir le coup et ne pas rompre sous les assauts de la souffrance.

Paradoxalement les conduites à risque, dont il importe pourtant de dissuader le jeune, sont des techniques de survie et des tentatives de contrôle de la zone de turbulences traversée. Ritualisations sauvages d'un passage douloureux, le corps lui-même se mue en objet transitionnel projeté parfois durement dans le monde pour continuer un cheminement lourd de désarroi. Au moment de l'adolescence, quand les assises du sentiment de soi sont encore à vif et vulnérables, le corps est le champ de bataille de l'identité. Il effraie par ses changements, les responsabilités qu'il implique envers les autres, la sexualisation, etc. Accroche au monde, il est l'unique moyen de reprendre possession de son existence. L'ambivalence envers lui en fait un objet destiné à amortir le heurt d'une entrée problématique dans l'âge d'homme. Malgré ses transformations et son inquiétante étrangeté, le corps est la seule permanence qui relie à soi au fil du temps et des événements, même s'il se dérobe parfois. Inéluctablement là, il est à la fois aimé et haï, investi et maltraité, part en soi des parents, lieu d'une paradoxale altérité, mais aussi objet n'appartenant qu'à soi, frontière entre les autres et soi, entre l'intérieur et l'extérieur, le monde interne et le monde externe. En le contrôlant, même en se faisant mal ou en se livrant à des conduites addictives, l'adolescent cherche à contrôler son existence, à apprivoiser son rapport au monde. Comme l'objet transitionnel de D. W. Winnicott, le corps ainsi utilisé n'appartient ni au moi ni au non-moi, il est l'organe de la transition, du passage, le lien fondamental au monde, mais simultanément dissocié de soi et usé comme d'un instrument pour accéder à l'autre rive (Le Breton, 2007). Espace d'amortissement, défense contre l'angoisse dépressive, le jeune le couve et l'écorche, le soigne et le maltraite, l'aime et le hait dans le même mouvement, avec une intensité variable liée à son histoire personnelle, et à la capacité de son entourage à faire office ou non de contenant.

Quand les limites de sens manquent, le jeune les cherche à la surface de son corps, il se jette symboliquement (et non moins réellement) contre le monde pour établir sa souveraineté personnelle, trancher entre le

dehors et le dedans, établir une zone propice entre intérieur et extérieur. Pour faire enfin corps avec soi et prendre chair dans le monde, il faut éprouver ses limites physiques, les mettre en jeu pour les sentir et les apprivoiser afin qu'elles puissent contenir le sentiment d'identité. Le corps qui a assumé cette fonction du passage est au fil du temps intégré dans le soi, il perd sa signification de bouclier pour inscrire les frontières du sujet.

Les conduites à risque lancent un appel ambivalent à ceux qui comptent. Formes paradoxales de communication, elles renouent le contact avec soi, rétablissent des lignes de vie. Solution provisoire pour ne pas mourir. Plutôt que ruptures, elles sont des tentatives d'ajustement au monde en essayant de ne pas renoncer tout à fait à soi. Elles témoignent de la résistance active du jeune et de ses tentatives de se remettre au monde. Le soulagement est provisoire et il convient de reproduire l'acte pour repousser encore la détresse sous une forme éventuelle d'addiction pour tenir le coup malgré tout. Les conduites à risque sont une manière radicale de s'extraire d'une souffrance, de forcer le passage pour accéder à un autre sentiment de soi.

Ces conduites sur le fil du rasoir sont une tentative paradoxale de reprendre le contrôle, de décider enfin de soi quel qu'en soit le prix. Le choc du réel induit par le comportement est une quête de limites qui permet de toucher le fond, non pour s'y écraser, mais pour y prendre un appui afin de revenir au monde. « La sensation fait contact mais ne fait pas lien, note Ph. Jeammet, elle demeure extérieure, à la périphérie du moi qui doit toujours la rechercher faute de l'avoir intériorisée »¹. Mais si le choc du réel ne fait pas lien, il met en condition pour l'établir puisqu'il restaure l'unité de soi. Si ces conduites sont entendues par l'entourage, elles sont des appuis essentiels pour soutenir le jeune, l'accompagner, lui trouver des interlocuteurs qui ne sont plus l'entre soi, mais des tiers.

Les conduites à risque sont des formes de résistance, elles impliquent de se débattre dans l'ombre contre les assauts de la souffrance, elles impliquent parfois de se laisser emporter par le courant car il n'est plus possible de s'opposer à sa puissance dévastatrice mais l'intention

1. Jeammet, 2002, p. 231.

n'est pas de mourir, elle est de se ressaisir pour reprendre pied, même si ce savoir n'est pas conscient. Refus de donner prise à la mort tout en la côtoyant, jouer avec elle sans se laisser dévorer par elle. Telle est par exemple la logique de la scarification. Le jeune en souffrance pourrait se plonger la lame dans la gorge ou s'entailler le visage, se couper une artère. Il semble aveugle dans ses attaques corporelles, et pourtant il ne rompt pas les ponts, il joue avec le meurtre de soi, il ne meurt pas. Il tente de se frayer une issue. L'entame corporelle, ou la conduite à risque, conjure une catastrophe du sens, elle en absorbe les effets destructeurs en la fixant sur la peau et en essayant de la reprendre en main. Les blessures corporelles délibérées ne sont pas plus des indices de folie que la plupart des tentatives de suicide, des fugues, des troubles alimentaires ou d'autres formes de conduites à risque des jeunes générations. Martine, qui s'est longtemps coupée autour de ses vingt ans, le dit avec force : « *Les coupures c'était la seule manière de supporter cette souffrance. C'est la seule manière que j'aie trouvée à ce moment-là pour ne pas vouloir mourir* » (Le Breton, 2007). Les conduites à risque ou les attaques au corps sont le plus souvent passagères, techniques de survie pour briser la pesanteur de la souffrance. Mais si les conduites à risque sont une recherche de guérison, elles contiennent le poison propre au *pharmakon*. Elles sont une solution provisoire qui doit vite trouver une forme moins dangereuse pour leur existence ou leur intégration sociale.

Même au prix de la meurtrissure, les ritualisations intimes participent du franchissement de la barrière de souffrance et elles dessinent une aire transitionnelle où s'enchevêtrent l'expérience émotionnelle et le processus de symbolisation. Ce sont des résistances immédiates ou étalées dans le temps à l'encontre du malaise éprouvé. Manière de se plier et de se redresser devant l'affect ou la situation sans se briser. Le moment de la jeunesse est aussi à la croisée des chemins. Si l'enfance est un terreau des difficultés de l'âge d'homme, c'est au moment de l'adolescence que l'individu s'en délivre ou qu'elles s'organisent de manière définitive. P. Blos² parle d'une « seconde chance » que les failles de

2. Blos, 1962, p. 22 sq.

l'enfance se résolvent, mais aussi du risque qu'elles se cristallisent. Le plus souvent elles trouvent d'elles-mêmes une solution du fait de l'élargissement des possibilités d'action du jeune et de la distance prise avec les parents.

ANTHROPO-LOGIQUES

Lors de la jeunesse, les moments de souffrance ne sont pas comparables à ceux qui se jouent à l'âge d'homme. L'adolescent ne dispose pas d'une histoire de vie autorisant la mise à distance, le recul critique et la relativisation des événements pénibles. Il les prend de plein fouet, sans expérience pour les amortir. Sa souffrance est un abîme qui explique la radicalité de ses comportements. La possibilité de se déprendre des circonstances pénibles est plus facile pour l'adulte. Il vit l'instant comme un abîme qui l'engloutit. Mais s'il trouve un point d'appui pour rebondir, il se retrouve pleinement en prise sur son existence. Il est toujours débordant de virtualités selon les rencontres réelles ou symboliques qui sont les siennes.

Une autre donnée explique aussi la profusion des conduites radicales à ce moment de la vie. L'adolescent ne dispose pas encore d'une représentation de la mort comme fait tragique et irréversible. Il demeure dans l'ambivalence, dans le « je sais bien mais quand même », « je sais que la mort existe mais pas pour moi car j'ai une autre étoffe que les autres, moi je suis spécial ». Il ne se sent pas concerné. D'où d'ailleurs son désarroi quand il est confronté à la mort d'un proche et que le refoulé fait brutalement retour. Plus que l'adulte encore, il se sent immortel ou plutôt a-mortel. L'adolescence est aussi un passage, une liminarité à franchir. Dans les sociétés humaines toute liminarité est périlleuse, elle implique un statut ambigu, indécis, qui succède et prélude à une situation plus précise.

Les mêmes symptômes à quinze ou à quarante ans n'ont ni le même statut ni le même pronostic. L'adolescence est un temps d'obsolescence du sentiment d'identité, de remaniement tant qu'un centre de gravité n'est pas établi en soi, tant que la quête n'a pas abouti. La résolution des tensions est rapide et inattendue, ou bien elle prend du temps, mais elle trouve une issue favorable. Surprenante est alors la capacité d'oubli ou de rebond. À cet âge un choix thérapeutique engage l'existence entière. Les

modes de défense d'un adolescent n'ont pas la gravité de ceux d'un adulte. La fixation nosographique par une approche médicale peut être lourde de conséquences surtout en ce qu'elle implique de mesures administratives ou institutionnelles. Elle risque de transformer en essence ce qui est destiné à disparaître si l'on n'y prête pas une attention trop sévère. Ce qui n'est qu'une parade devient alors parfois un enfermement. Contrairement en cela à des hommes ou des femmes plus âgés, les adolescent(e)s sont encore dans un passage plein de virtualités, avec un sentiment d'identité labile, le recours à des formes de résistance qui paraissent radicales n'est pas nécessairement une promesse de pathologie, mais une forme d'ajustement personnel et temporaire à une situation de menace. « Il n'existe qu'un remède à l'adolescence et un seul et il ne peut intéresser le garçon ou la fille dans l'angoisse. Le remède, c'est le temps qui passe et les processus de maturation graduels qui aboutissent finalement à l'apparition de la personne adulte. On ne peut ni les accélérer ni les ralentir, mais en intervenant on risque de les interrompre et de les détruire, ou encore ils peuvent se flétrir du dedans et aboutir à la maladie mentale »³, écrit D. W. Winnicott. À l'inverse, il importe de ne pas passer à côté de l'amorce d'une déchirure susceptible d'hypothéquer l'avenir. Pour une minorité le temps joue contre eux, et la prise en charge est nécessaire pour qu'ils ne se détruisent pas davantage. Tout diagnostic relève simultanément d'un choix éthique. Le médecin doit singulièrement peser les conséquences de ses décisions au regard de l'adolescent.

Les étiquettes sont redoutables en ce qu'elles enferment l'individu dans un état, une nature, et induisent pour l'entourage ou les équipes soignantes un sentiment unilatéral qui engendre la répétition comme une *self-fulfilling prophecy*, le jeune se convainquant d'être une entité clinique et non un sujet en souffrance répondant à des situations précises. En outre, ses symptômes peuvent lui apparaître comme la seule chose qui lui appartienne en propre et il risque de les investir comme des bannières identitaires. Ils deviennent une manière efficace de se construire un personnage face aux autres. En témoignent par exemple les nombreux sites Internet où des personnes qui se coupent entretiennent une passion mutuelle pour leurs

3. Winnicott, 1962, pp. 257-258.

comportements. La blessure volontaire ou l'anorexie par exemple se muent alors en label identitaire. D'où les enjeux cliniques et éthiques du diagnostic.

Les conduites à risque ou les scarifications touchent essentiellement des adolescent(e)s « ordinaires » qui ne souffrent d'aucune pathologie, au sens psychiatrique du terme, mais de meurtrissures réelles ou imaginaires de leur existence. Elles sont un recours anthropo-logique pour s'opposer à cette souffrance et se préserver (Le Breton, 2007). Il est malaisé de les identifier comme « pathologiques » sinon au sens étymologique du *pathos*, c'est-à-dire de la souffrance qui les imprègne, et de « logiques » de comportements qui relèvent de l'*anthropos*. Les circonstances ne laissent pas le choix des moyens pour s'en sortir. Mais surtout les conduites à risque ou les attaques au corps constituent dans le même mouvement une résistance contre une violence sourde qui se situe en amont dans une configuration familiale ou sociale. Le comportement se dresse contre l'affect douloureux en lui opposant son cran d'arrêt. Plutôt que de réduire ces conduites à risque à une nosographie éventuelle venant trancher entre le normal et le pathologique comme catégories immuables, dans l'indifférence à sa singularité propre et aux épreuves personnelles traversées par le jeune, il importe d'en interroger la signification et de comprendre en quoi, même si elles mettent en danger l'existence, elles le protègent aussi lui permettant de se tenir la tête hors de l'eau. Ces comportements sont les signes d'une souffrance en amont bien plus intolérable. « Le monde médical, observe Ph. Jeammet, n'échappe pas toujours à ce risque de considérer que la primauté c'est d'éteindre toute souffrance, plutôt que de prendre en compte ce que cette difficulté offre de possibilité de reconnaître les conflits du patient, favorisant ainsi la constitution des dénis évoqués précédemment. »

Les souffrances adolescentes sont puissantes, mais réversibles. Elles surprennent parfois par leur résolution rapide alors qu'elles semblaient aller vers le pire, de même d'ailleurs que l'eau dormante recèle parfois de douloureux réveils pour l'entourage n'ayant pas perçu l'étendue d'une détresse soigneusement dissimulée par le jeune. Dans l'immense majorité des cas elles ne durent qu'un moment, elles sont abandonnées au fil du temps. Elles participent de manière courante à la nécessité de l'accommodement au monde, elles se guérissent à travers les

expériences successives du jeune qui prend peu à peu ses marques. A. Freud souligne les ambivalences, les incohérences, l'imprévisibilité de l'adolescent, mais elle les considère comme allant de soi à cette période, alors qu'à tout autre âge ces comportements seraient préoccupants. Elle conclut que « ce sont plutôt les parents qui ont besoin d'aide et de conseils pour pouvoir le supporter »⁴. Les souffrances adolescentes relèvent moins du pathologique que d'un écart provisoire lors d'une douloureuse naissance à soi-même.

Signaler le caractère anthropo-logique de ces conduites en insistant sur leur caractère provisoire ne signifie nullement qu'il faut laisser l'adolescent se meurtrir. Si les conduites à risque sont des appels à vivre, elles sont aussi des appels à l'aide. Elles sollicitent une reconnaissance, un accompagnement du jeune, une compréhension de ce que ces conduites sont le signe d'une souffrance intense en amont. Elles doivent mobiliser les instances de santé publique, les organismes de prévention, de soutien à l'adolescence. Ce sont des jeunes en souffrance, en quête d'adultes leur donnant le goût de vivre. D'où la nécessité d'une prise en charge en termes d'accompagnement ou de psychothérapie, de présence, de conseils, voire simplement d'amitié. La première tâche est de les convaincre que leur existence est précieuse, et de les détourner de ces jeux de mort pour les amener au jeu de vivre (Le Breton, 2002).

PSYCHOTHÉRAPIE DES ADOLESCENTS

Si les conduites à risque sont le signe d'une souffrance, l'enjeu de la prise en charge thérapeutique, de l'accompagnement est de favoriser chez le jeune une autre définition de soi, qu'il redevienne le sujet de son histoire, et trouve des solutions différentes, moins dommageables pour son existence. L'acte de passage (Le Breton, 2007) que sont la plupart du temps ces conduites est un levier thérapeutique, une accroche pour une reprise de parole ou un accompagnement. Si la pesanteur des événements traversés jusqu'à présent a jeté le jeune à côté de ce qu'il aurait pu être, la prise en charge thérapeutique est une recherche de restauration de sa position d'acteur de sa propre histoire.

4. Freud A., 1936, p. 100.

Pour le jeune qui accepte la prise en charge (et là est la difficulté) s'impose le sentiment que son mal de vivre n'est pas une fatalité et qu'il a besoin d'aide. Il doit retrouver confiance en ses ressources propres, en son intériorité, et ne plus craindre de livrer des contenus intimes à un interlocuteur extérieur. Le thérapeute doit construire les conditions de la rencontre pour que le jeune se sente en confiance et éprouve son engagement à son égard. La prise en charge est en elle-même une reconnaissance de son mal-être, et la démonstration qu'il n'est pas seul au monde dans son désarroi. Elle participe aussi de son désir de comprendre et d'expérimenter des modes insolites de connaissance de soi. Pour le jeune en souffrance, la « guérison » ou l'apaisement ne peuvent venir de surcroît, comme un supplément inattendu, la reconstruction d'un angle plus propice au monde est nécessairement au cœur de la relation. Le rétablissement d'un goût suffisant de vivre est au cœur du dispositif pour des raisons éthiques. La tâche du thérapeute est de soutenir ce cheminement et de nourrir ce qui cherche en lui à se faire entendre du désir d'exister et de trouver sa place dans le monde. La parole énoncée par le jeune autorise une mise à distance et une mise en ordre des tensions grâce à son passage par un autre, qui l'écoute et y réagit. Le thérapeute est un passeur en ce sens qu'il contribue à ménager un espace transitionnel pour le jeune qui l'amène peu à peu à une pleine expérience sociale et culturelle.

Certes, la relation thérapeutique est difficile à soutenir, l'adolescent cherche encore ses marques avec le monde, et trouver la bonne distance est justement ce qui lui fait défaut. « L'effroyable mélange entre le dedans et le dehors est la source de l'impasse pubertaire »⁵. La psychothérapie d'inspiration analytique implique une relation de face-à-face, moins abstraite et moins menaçante pour le jeune que le divan du dispositif traditionnel, plus propice également au cheminement thérapeutique qui consiste surtout à réconcilier le jeune avec son existence et à lui restituer le goût de vivre qui lui manque. L'apprivoisement du fait de vivre se conjugue alors avec l'analyse et la tentative de dépassement des événements pénibles de l'enfance ou d'une trame familiale déficiente.

5. Gutton, 1996, p. 24.

L'une des tâches de la cure est l'établissement d'un compromis avec les blessures d'enfance ou les traumatismes ultérieurs, et la possibilité de pouvoir avancer malgré tout en les transformant peut-être ensuite en œuvre de création, au moins au niveau de la vie quotidienne. Si l'analyse du transfert et de la résistance est au cœur de la cure classique, ils ne sont ici que des outils même s'ils sont reconnus. « L'aspect mouvant et parfois très chaud du transfert établi par les adolescents qui luttent contre lui, nécessite d'être prudent dans son maniement rendu possible et plus aisé par cette démarche de reconnaissance plus que d'analyse »⁶. Le dispositif classique est aussi repoussé par le remaniement profond de son sentiment d'identité qui risque de transformer à ses yeux le thérapeute en intrus à la présence lourde de menaces. À cet égard, le risque du côté du thérapeute est celui de son « savoir préalable » (Gori, 1978) qui empêche le surgissement de la surprise et de l'invention, enferme dans des routines qui rendent sourd et aveugle et font du jeune un élément substituable d'un « trop de savoir ». Le travail du thérapeute procède à un ajustement pour ne pas manquer la spécificité psychique de l'adolescent (Gutton, 2000 ; Richard, 2002 ; Marty, Gutton, Givre, 2003). « L'alliance thérapeutique ne saurait être ni un rapport complice, ni une tentative d'enquête menée sur l'histoire infantile du patient »⁷ note à juste titre F. Marty. Elle doit toujours maintenir la « bonne distance », ni trop loin, ni trop près. Comme le suggère Ph. Gutton, « L'intervention doit être incomplète, jamais explicite, toujours suspendue, sinon elle “ chosifie l'inconscient ”. [...] Venue d'un autre, investie au bon moment (c'est-à-dire celui où elle peut être entendue), elle incite à une auto-interrogation concernant ce qui se passe en lui, sur les référents qui s'y font jour et qui s'y trouvent en conflit entre eux. L'adolescent attend en effet un changement non seulement symptomatique mais structural : parvenir à se doter, petit à petit, d'un appareil personnel de relance des processus adolescents qu'il ressent comme figés, en impasse [...]. Si l'adolescent se veut autonome, respectons le comme tel ; s'il se sent fragile soyons bien présent »⁸.

6. Marcelli, Braconnier, 2008, p. 641.

7. Marty, 2003, p. 222.

8. Gutton, 2003, p. 184.

La psychothérapie constitue un espace ni totalement subjectif, ni totalement extérieur, elle ouvre une aire transitionnelle qui apaise et assure le passage, elle mêle l'interne et l'externe. Dans cet espace s'élabore un apprivoisement du rapport au monde, un ajustement pour s'y intégrer en acteur. Le jeune met hors de soi ce qui le trouble, il mobilise pour les transformer en significations pensables et acceptables toutes ses ressources ludiques. La relation thérapeutique est la création d'une enveloppe protectrice où déposer la mauvaise part de soi pour l'affronter sur un terrain plus propice. L'espace de création construit avec le thérapeute ou les adultes de référence procure au jeune une enveloppe narcissique, il restaure les frontières entre le dehors et le dedans, et ménage cette « autre scène » où apprivoiser ses tensions. Il fournit une butée identitaire et fraie un étayage pour l'investissement de sa relation au monde. La scène thérapeutique devient un espace psychique favorisant le mouvement d'une pensée libérée de ses routines et qui explore maintes possibilités face aux situations. Elle vise à l'établissement d'un contenant, d'une seconde peau pour apprivoiser le chaos intérieur. Cet espace potentiel s'inscrit toujours sur un double registre, celui d'une expérience psychique venant de soi, mais confronté à l'autre à travers les codes utilisés, même s'ils sont parfois subvertis. Il dessine une ligne médiane entre soi et l'autre, le dedans et le dehors.

Parfois la transformation intérieure du jeune entraîne un bouleversement de l'homéostasie familiale. L'adolescent est muré dans un système familial où tout se tient. Le fait que l'un des éléments se déplace provoque un déplacement des autres. Et le changement est douloureux aussi pour l'un ou l'autre des parents, voire les deux. D'une façon ou d'une autre, les parents sont à intégrer dans la cure.

La rencontre du jeune et du thérapeute est aussi une rencontre du jeune avec lui-même et du thérapeute avec lui-même; elle est une épreuve de vérité au sens où elle laisse toujours une trace d'avenir, serait-ce dans l'insuffisance d'un thérapeute qui ne remplit pas sa tâche. Ce dernier est le médiateur de la découverte de soi du jeune comme il peut en être un obstacle selon la qualité de sa présence. L'enjeu thérapeutique n'est qu'un élément dans un contexte plus global où il s'agit en fait de convaincre le jeune de s'autoriser à vivre, de donner enfin à son existence les

significations qui lui manquent. À cet âge, la psychothérapie contribue à l'avènement d'une personnalité, et l'aide à s'approprier créativement le monde qui lui échoit. Toute thérapie est donc une anthropologie, elle donne les éléments d'un savoir partiel, mais elle change aussi l'existence. Elle élargit la sensibilité au monde d'un jeune qui ignorait encore les possibles qui s'agitaient en lui. La personne du thérapeute compte autant que sa parole. L'impact le plus puissant est moins celui du contenu manifeste d'un discours que la qualité de présence qui le sous-tend. Toute situation thérapeutique, au sens large où le jeune découvre un au-delà de ce qu'il croyait sans issue, fait tache d'huile sur le reste de l'existence. Être arraché au mal-être, c'est échapper à l'unilatéralité des comportements, les terribles routines de la souffrance, pour retrouver le goût de vivre et la pluralité des options possibles du rapport au monde. Telle est l'issue de la psychothérapie.

BIBLIOGRAPHIE

- BLOS P. (1962). *Les adolescents. Essai de psychanalyse*. Paris : Stock, 1967.
- FREUD A. (1936). *Le moi et les mécanismes de défense*. Paris : PUF, 1993.
- GORI R. (1978). *Le corps et le signe dans l'acte de parole*. Paris : Dunod.
- GUTTON PH. (1996). *Adolescents*. Paris : PUF.
- GUTTON PH. (2000). *Psychothérapie et adolescence*. Paris : PUF.
- GUTTON PH. (2003). Quelques arguments concernant la cure à l'adolescence. In : F. Marty, Ph. Gutton, Ph. Givre et al., *Le fait accompli dans la psychothérapie de l'adolescent*. Rouen : PUR, pp. 175-191.
- JEAMMET PH. (2002). Les liens, fondement du sujet. De la contrainte au plaisir. *Adolescence*, 20 : 227-239.
- LE BRETON D. (2002). *Conduites à risque. Des jeux de mort au jeu de vivre*. Paris : PUF.
- LE BRETON D. (2003). *La peau et la trace. Sur les blessures de soi*. Paris : Métailié.
- LE BRETON D. (2007). *En souffrance. Adolescence et entrée dans la vie*. Paris : Métailié.
- MARCELLI., BRACONNIER A. ÉdS. (2008). *Adolescence et psychopathologie*. Paris : Masson.
- MARTY F., GUTTON PH., GIVRE PH. et al. (2003). *Le fait accompli dans la psychothérapie de l'adolescent*. Rouen : PUR.
- MARTY F. (2003). Plaidoyer pour une souplesse du cadre en psychothérapie avec les adolescents. In : F. Marty, Ph. Gutton, Ph. Givre et al., *Le fait accompli dans la psychothérapie de l'adolescent*. Rouen : PUR, pp. 209-225.

RICHARD F. (2002). *Le travail du psychanalyste en psychothérapie*. Paris : Dunod.

WINNICOTT D. W. (1962). L'adolescent. In : *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1969, pp. 257-266.

David Le Breton
Université Marc Bloch de Strasbourg
Faculté des sciences sociales
Institut Universitaire de France.
22, rue René Descartes
67084 Strasbourg Cedex, France
dav.le.breton@orange.fr