



**HAL**  
open science

## Les soins aux adolescents vulnérables : enjeux et incidences dans l'approche des interventions en santé mentale

Didier Drieu, Jalal Jerrar Oulidi, Marie Thomas

### ► To cite this version:

Didier Drieu, Jalal Jerrar Oulidi, Marie Thomas. Les soins aux adolescents vulnérables : enjeux et incidences dans l'approche des interventions en santé mentale. Les soins aux adolescents vulnérables, Oct 2015, Montréal, Canada. [11 p]. hal-02920567

**HAL Id: hal-02920567**

**<https://hal.science/hal-02920567>**

Submitted on 24 Aug 2020

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

« Les soins aux adolescents vulnérables-enjeux et incidences dans l'approche des interventions en santé mentale ».

Didier Drieu

Maître de conférences HdR Psychologie Clinique et Pathologie, CERReV, Université de Caen Normandie-Psychologue, psychothérapeute groupes CMPP ACSEA, Caen- CILA Adolescence, SFPPG

Depuis les années 1990, de nombreux dispositifs de soins ont été initiés en France avec les projets des Maisons des adolescents. Ils tentent d'apporter une réponse au mal être des adolescents et des jeunes adultes les plus vulnérables dont les souffrances identitaires se trouvent exacerbées par le mal être lié aux mutations sociales, psychosociales. Au-delà des innovations de ces dispositifs, nous voulons insister sur les principes qui président aux soins vers ces jeunes, la manière dont ils tentent de prendre en compte les souffrances traumatiques dans les liens avec les groupes d'appartenance (famille, pairs, écoles, loisirs). J'insiste en particulier sur la nécessité que nous avons rencontré dans la mise en place de ces soins de penser un accueil et des dispositifs qui intègrent le cheminement des jeunes et de leur entourage, prennent en compte leur problématique intersubjective, voire transubjective. Alors que nous faisons face à beaucoup d'impasses dans l'accompagnement et les soins des adultes en psychiatrie, il semble que ces principes peuvent aussi nous éclairer dans nos démarches thérapeutiques avec les adultes.

## **+ Les nouveaux mal êtres contemporains, enjeux et incidences**

Face à nos conditions sociales, celles créées par la désorganisation liée aux pressions du néo-libéralisme (la culture d'hypermodernité), nous sommes confrontés dans l'univers de la santé mentale à de nouveaux types de souffrance psychique liés au stress/conditions d'existence, l'urgence/nouveaux vecteurs de temporalité, les nouvelles précarités /déracinement, le désaisissement du sujet social. Nous pouvons ainsi retrouver trois types de souffrance qui vont souvent survenir face à la perte, au deuil ou à des événements traumatiques. En premier, celle que nous connaissons bien, la *souffrance névrotique* qui nous aide à vivre et à nous adapter et par exemple, à *mentaliser* en présence et en l'absence de l'autre. Elle va permettre lorsque nous sommes en présence de conflits oedipiens bien tempérés de ne pas trop se replier et de maintenir une demande intacte ouvrant sur la réflexivité d'où cette potentialité à accomplir une démarche vers un analyste ou un thérapeute. Ce sont des sujets qui mêmes marqués par des deuils, peuvent éprouver la perte car ils ont grandi avec des *attachements*

*séures*, suffisants en tous les cas pour encadrer leur *premières appropriations subjectives* (différenciation, symbolisation primaire). Toutefois, cette souffrance aujourd'hui est moindre face à un *deuxième type de souffrance* qui provoque des mal-être identitaires. Elle empêche de vivre lorsque l'être humain se retrouve trop dans la *précarité*. Les effets de cette souffrance dépendent beaucoup des liens à l'environnement et dans nos actes professionnels, des modalités concrètes et subjectives d'accompagnement social. Comment aller vers un sujet, une famille absorbée par la honte, leur donner *la potentialité à s'approprier leur histoire, leurs positions subjectives* ? Enfin, dans nos mondes de plus en plus anoniques, il existe une troisième forme plus radicale de *souffrance psychique*, celle qui oblige les personnes à *s'anesthésier eux-mêmes*, bien sûr, *pour s'empêcher de souffrir* et de ressentir. Toutefois, ces personnes vivent le risque (J. Furtos (2005, 2008) repris par J.-Y Chagnon (2009)) de *s'auto-exclure*. « *Le sujet humain peut dans certaines situations pour survivre, être obligé de s'exclure lui-même de sa propre subjectivité*. Pour ne pas souffrir l'intolérable, il se coupe de sa souffrance, il s'anesthésie. *Pour vivre, il s'empêche de vivre, paradoxe gravissime* » (Furtos, 2005, p. 21).

Ainsi, en dehors de la situation extrême elle-même, le sujet est amené à répéter de manière chronique son isolement dans la mesure où *non symbolisée, non pensée*,- « *la situation traumatique tend à faire retour (le retour du clivé) sous forme hallucinatoire, psychosomatique ou agie*. Toute la clinique des passages à (ou par) l'acte en particulier à l'adolescence peut se lire comme une tentative adressée à autrui de faire partager et *prendre en charge le non symbolisé, non subjectivé de la situation traumatique extrême* dont le sujet s'est coupé. Nous retrouvons là les *procédés auto-calmands* décrits par les psychosomaticiens et le *champ de la traumatophilie*, l'appétence répétitive pour les situations traumatiques que j'ai décrits en référence à des histoires familiales traumatiques (Drieu, 2001, 2004).

De plus, aujourd'hui, au niveau institutionnel, le contexte de travail des soins psychiques dans les établissements publics de Santé Mentale en France est aussi considérablement bouleversé du fait de *l'effondrement des valeurs, métacadres* qui organisaient « *l'esprit du soin* » tel qu'il est décrit par Racamier (2002). PC Racamier insistait beaucoup sur le fait que le soin est un processus et que pour qu'il se déroule, il lui faut *un cadre*. Ce cadre peut prendre des formes très diverses suivant les institutions. Il doit néanmoins s'organiser en fonction des personnes accueillies, de leurs cheminements et de ceux des « accueillants » par rapport à leur idée du soin. Le cadre d'accueil dans une institution doit rester foncièrement ambigu, à la fois *espace de rencontre* (lieu de l'informel, du dépôt de l'informe) et *espace de différenciation*

(les règles, les repères du dispositif). PC Racamier et avant lui, J. Bléger nous ont beaucoup apporté pour penser le cadre du soin et le rendre vivant et ce, quel qu'en soit sa forme. Si le dispositif /cadre définit les capacités et les limites de l'institution, celle-ci doit pouvoir contribuer à le ré-élaborer continuellement, ce qui risque d'être mis en défaut aujourd'hui lorsque tout doit être *protocollisé* pour éviter le risque.

Comment pouvons-nous organiser des soins vers les plus vulnérables lorsque nous sommes confrontés à *l'hypermodernité et ses manifestations d'excès* (la dérégulation des modes d'accueil, la fin des limites) ? Le risque est grand de retrouver ces patients en souffrance psychique (les adolescents incasables, les sujets psychotiques, les sujets en mésinscription du lien) dans une plus grande exclusion, une plus grande précarité (Lipovetsky, 1983). Dans une sorte de *fiction* associant une *approche plus naturaliste* des symptômes des patients (cf. les différentes versions des DSM) et *une perspective hygiéniste* d'évitement des risques, les crises individuelles dans les établissements de Santé Mentale ont tendance à devenir comme des symptômes à réduire, voire des désordres à réprimer.

+ Que nous apprennent les adolescents vulnérables à propos de l'esprit du soin?

Depuis les années 1990, en France, nous avons créé des Maisons des adolescents, des pôles de soins organisés sous forme de guichets uniques permettant de proposer un premier accueil, des consultations spécialisées et surtout des espaces de médiations pour les plus vulnérables. Il s'agit de prendre en compte le besoin de lier à la fois la nécessité de *diffractionner* les espaces thérapeutiques pour l'adolescent et ses proches au risque de produire des ruptures tout en assurant *contenance et continuité* du soin. Autrement dit, il s'agira comme nous l'ont enseigné Racamier et Jeammet de déployer une prise en charge plurifocale, voire multifocale si nous tenons compte des liens entre le soin et l'éducatif. Avant de rendre compte de la portée de ces pratiques pour les soins psychique en santé mentale, je voudrais vous parler des adolescents vulnérables.

#### - La violence interne

Ces adolescents souvent perçus autrefois dans une dynamique de *carence ou déficience* (les carences éducatives chez Lemay, 1993 ; La jeunesse à l'abandon d'Aichorn, 1925, 2000, ....), ont longtemps conduit nombreux d'entre nous à privilégier l'analyse de leur actes sous l'angle du « trop peu » de fantasmes ou des fantasmes dérégulés, les psychopathies. L'apport d'une *théorisation du narcissisme* (la violence fondamentale chez Bergeret (1984), la rage

narcissique et surtout de la *vulnérabilité narcissique* chez Jeammet, (1991)) va davantage mettre l'accent sur la violence paradoxale *des conflits de dépendance*. Soumis dans leur petite enfance à des menaces de disqualification narcissique permanente, le jeune à l'adolescence ne peut qu'être pris dans de violents paradoxes. En général, les *changements à la puberté* sont ressentis comme *traumatiques*. Ils le seront encore davantage lorsque le jeune adolescent ne peut faire appel aux investissements sublimatoires du travail de latence, à la fiabilité des objets internes et externes. *L'équilibre passif/actif étant rendu précaire*, les mécanismes de projection risquent d'être les seules alternatives pour tenter de préserver un semblant de maîtrise. De plus, soumis à l'insécurité narcissique, ces jeunes risquent d'attendre *beaucoup de l'environnement* quant à une possible *réassurance* et *se sentir, en même temps, perpétuellement menacés d'être colonisés dans leur identité, d'être déçus par les réponses des objets*. Aussi, P. Jeammet insiste sur le besoin de contrôle de l'environnement d'où la propension à s'ancrer dans des comportements de dépendance qui leur paraissent moins les menacer en interne dans un premier temps. Extériorisant davantage les conflits, attaquant plus directement l'autorité, les jeunes vulnérables sont aussi pris dans de *multiples auto-sabotages*. Il s'agit de modalités défensives pour faire face aux menaces qui pèsent sur l'identité nous dit P. Jeammet, voire même sur leur propre existence dans certaines situations extrêmes (Roussillon, 1999).

Sous un autre angle, mettant l'accent sur *la relation de déprivation à l'environnement*, Winnicott (1956) avait montré auparavant combien les *tendances antisociales* chez ces adolescents, ne sont qu'une manière de tenter d'initier une relation à l'objet qui n'a jamais pu s'opérer dans l'enfance dans sa dimension détoxiquante et différenciatrice. Aussi, vont-ils chercher à nous éprouver les uns et les autres dans notre malléabilité, notre potentialité à tenir face à leurs excès, voire surtout à leur destructivité, à vérifier la *qualité défléchissante* de nos réponses, constructions face à la violence de leurs fantasmes qui les amènent à agir dans des recours à l'acte surtout à l'adolescence. Il y a une sorte de nécessité vitale chez eux à s'exercer à utiliser leur environnement (utilisation de l'objet, la relation à l'objet). Aussi, il s'agira pour nous d'instituer des prises en charge qui résistent à leurs attaques mais surtout leur donnent du sens. Nous devons pouvoir initier des médiations qui permettent de nouer des liens tout en limitant le poids des tensions d'où l'initiation par P. Jeammet de prise en charge plurifocale et d'un travail psychodramatique (Drieu, Le Malefan, 2008). Il se trouve ainsi reposée la question de *l'utilisation et de la survie de l'objet* décrite par Winnicott (1971)

d'où l'importance d'un *consultant référent de la prise en charge* qui protège les espaces thérapeutiques, permet la continuité des soins.

### **-Les souffrances intersubjectives : résonances avec la famille et les pairs**

De ce fait, la vie fantasmatique n'est pas absente mais plutôt vécue alternativement en creux ou en plein et reliée à une forme d'emprise du lien, l'objet ayant colonisé leur psychisme dans leur enfance. *Aussi, ne sommes nous pas surpris quand ces adolescents dans leurs fugues retournent souvent vers les lieux de leur enfance, leur mère et des objets d'attachements négatifs.* Ils nous montrent par là qu'ils ont besoin de s'éprouver dans la réalité des liens pour pouvoir espérer s'approprier quelques traces de leur héritage (« Ce que tu hérites de tes pères, acquiert le » de Goethe). Cependant, ils se trouvent pris dans des relations paradoxales avec leurs familles, venant souvent d'un héritage transgénérationnel tissé de *secrets de famille, de violences de certains deuils jamais élaborés, d'antécédents d'inceste, d'abus.* Plus que les abus toujours possibles dans l'environnement, c'est souvent la *passion du lien* qui unit ces jeunes à leurs proches. Aussi, avec leurs parents, une *problématique incestuelle d'indifférenciation* sévit qui les conduit à être des objets prédestinés pour la sauvegarde narcissique du groupe familial au détriment bien sûr de l'évolution. Celle-ci pèse sur les autres systèmes d'alliance dans la famille, les conduisant souvent à une impasse également dans les liens fraternels. Confinés dans un *espace fraternel archaïque*, dans un groupe familial indifférencié, ces enfants à l'adolescence risquent plus que d'autres d'être aspirés dans la *violence de l'auto-engendrement négatif, des violences contre soi et contre les pairs.* Ne pouvant s'approprier un héritage, un passé, ils seront tentés dans leur groupe d'appartenance d'appliquer la « *politique de la terre brûlée* », en risquant leur existence dans des *figures ordaliques*, en donnant l'impression qu'ils récusent tout lien avec le passé, en *sabotant* tout ce qui pourrait *faire figure de transmission.* Ces fonctionnements sont souvent qu'une des faces de leur problématique paradoxale, à la fois *sacrificielle* en rapport avec des figures de loyauté invisible et *initiatique* dans les nouveaux rapports qu'ils tentent de créer.

On comprend dès lors l'importance d'un *travail de médiation sur ce lien parent / enfant* mais aussi sur ces situations de *recouvrement traumatique à l'adolescence.* Les constructions adolescentes vont faire partie de la *trame narrative* sur laquelle nous nous appuyons pour tenter de penser les figures de filiation, les imagos possibles figures d'emprise. C'est pourquoi en l'absence de *liens directs avec la famille (Thérapie familiale)*, il est possible de travailler avec des outils comme *le génogramme* (// avec l'arbre généalogique/alliances), les lignes de

vies(/histoires de vie), *le spaciogramme* (projection des liens dans l'espace de la maison). Le génogramme et le spaciogramme sont des médiations qui permettent de figurer dans la temporalité et l'espace généalogique des projections de *l'image inconsciente du corps familial souvent troué* (Benghozi, 2009). Le génogramme psychanalytique nous donne des indices sur la temporalité psychique, le temps vécu. Le spaciogramme peut être une médiation qui nous informe de la spatialité psychique, l'espace vécu, très en repli dans ces configurations traumatiques. Au-delà, il s'agira de permettre aux intéressés, l'adolescent, ses parents, ses proches d'investir un *travail d'historicisation* à travers la *scénarisation des liens*, amenant progressivement chacun à mieux appréhender les recouvrements traumatiques qui sont source de souffrance psychique et qui les enferment dans des fonctionnements d'emprise, de répétition.

### **-Violences transsubjectives et modalités de soins**

Cependant, nous avons souvent à travailler avec des sujets pris dans des violences qui nous viennent de leurs origines sociales, culturelles. Amati-Sas évoque la notion de « *violences trans-subjectives* » pour désigner des « situations sociales traumatisantes », souvent des traumatismes multiples (guerre, viols, ...) amenant une forme de régression dans *l'ambiguïté* pour le sujet victime, souvent activement recherchée d'ailleurs par l'agresseur ou le groupe social (Amati Sas, 2004 ; Bleger, 1981). Nous pouvons élargir l'hypothèse d'Amati Sas à toute la *clinique des héritages traumatiques*. Nous pensons aux jeunes issus de milieux défavorisés, issus de la migration qui se trouvent *déchirés, clivés* entre plusieurs repères d'appartenance, plusieurs niveaux d'alliance avec leurs origines et le milieu d'accueil (pays, milieu substitutif pour les enfants en protection de l'Enfance). Porteurs de honte, de sentiments de relégation identitaire, ils vont plus que d'autres se sentir soumis à des *incorporats traumatiques et culturels*. Si ce n'est pas toujours *des « ratés de l'introjection » et donc des identifications*, - « Ils en possèdent cependant certaines des caractéristiques : les automatismes, l'absence de mentalisation, l'« objectivation » et la « démétaphorisation » principalement. Les conduites paraissent « objectives », naturelles, et ne donnent lieu à aucune association d'idées, à aucune pensée » (Rouchy, 2009, p. 150). La plupart des migrations par exemple *occultent des traumatismes* qui ne sont pas seulement liés aux événements politiques ou économiques, mais aussi à la structure de la famille et à l'organisation des fantasmes au sein du *roman familial*. Jeanine Altounian, traductrice de l'œuvre de Freud en Français et fille de réfugié arménien, interroge les difficultés des enfants des survivants de traumatismes génocidaires (Altounian, 2005). De quoi hérite un enfant lorsque, dans ce miroir que lui présentent sa mère

et son environnement, il voit un *lieu d'origine irradiant* une sorte de gouffre qu'il doit constamment fuir et écarter de sa pensée ? Comment se retrouver à l'adolescence entre ses origines et ses idéaux lorsque le *fantasme de retour* ne parle plus. Nous pouvons voir là beaucoup de *blessures identitaires de jeunes, enfants des migrations* qui risquent de s'enfermer dans des *pactes dénégatifs* en cherchant refuge dans le creux de *groupes sectaires* avec un risque d'embrigadement dans des causes perdues ou terroristes.

Il importera alors de travailler sur *des médiations* leur permettant de se retrouver dans un *processus créateur par rapport aux silences de l'histoire*. Il y a quelque chose d'une violence à se *faire témoin* que nous allons devoir contenir lorsqu'on intervient par rapport à ces sujets descendants de violences traumatiques au niveau d'une communauté. Les *groupes avec médiations* sont à la fois pour ces adolescents et leur entourage des *espaces de « mirroring »* (prises de conscience dans le partage), des « *aires de symbolisation* » donnant la potentialité à communiquer avec d'autres dans une réinitialisation au *jeu du « faire-semblant »*, où le corps est fortement mobilisé. On comprend dès lors l'importance d'un travail groupal avec médiations à condition que le *cadre du travail thérapeutique et le dispositif* / aux indications, son organisation soient bien pensés afin qu'il y ait des retombées intéressantes pour ces adolescents vulnérables. Je travaille par exemple avec les collègues de Brasilia et Istanbul sur des dispositifs de recherche /action qui nous permettent d'intervenir en institution par le biais de travaux de groupe et avec la médiation du Photolangage (jeux de photos thématiques qui permettent un travail associatif en groupe). Les *médiations thérapeutiques dans ces situations extrêmes* peuvent enrichir notre pratique dite traditionnelle, en nous engageant à mieux prendre en compte dans les soins psychiques des formes de langage plus axé sur le corps (dimension sensori motrice) et la *problématique de l'intersubjectivité*, d'où l'importance de mettre à l'épreuve notre pensée associative dans le contexte d'une métapsychologie groupale (la troisième topique).

Au delà, nous faisons l'hypothèse que *l'aménagement du dispositif de soins dans les institutions* est la dimension principale du travail thérapeutique et doit faire l'objet d'une co-construction entre les intervenants (les accueillants) et les sujets accueillis avec leur environnement. A partir de là, ces dispositifs cliniques vont souvent utiliser une médiation qui est le vecteur du langage grâce auquel le travail de symbolisation peut se déployer. Les médiations utilisées dérivent souvent des activités artistiques (exemple la photo dans le Photolangage, le théâtre dans le psychodrame) ou artisanales (le studio d'enregistrement dans une Maison des adolescents que nous connaissons). Toutes ces médiations utilisent un

matériau qui dispose à un certain degré d'une *propriété de plasticité et de malléabilité*, ce qui permet de retrouver le processus créateur à l'origine de la symbolisation. Si l'élaboration des conditions de la représentation des conflits en jeu est le processus même du travail thérapeutique face à ces situations limites du travail du soin psychique, il importe également de travailler sur les pré-conditions, la mise en place du groupe à médiation dans l'institution, son positionnement par rapport aux autres soins. La manière dont le sujet se choisit l'objet ou la situation (scénario pour le psychodrame), s'en saisit, l'utilise est un indice du rapport primaire à l'objet en même temps qu'une adresse au groupe, aux thérapeutes dans l'ici et le maintenant. Le devenir de ces conflits d'abord projetés, exportés dépend de la façon dont ces sujets sont *assujettis et/ou aliénés* dans le lien à leur environnement. Aussi, face à ces recouvrements traumatiques, comme dans les soins avec les adolescents vulnérables, notre propre pensée associative et celle du groupe va venir jouer *un rôle de suppléance* dans les difficultés de ces sujets et de leurs groupes d'appartenance à *mettre en scène leur imaginaire, leurs affects (figurabilité)*.

Que nous apprennent ces dispositifs et ces pratiques / soins psychiques en général ? Dans l'esprit du soin écrit à partir de son expérience de La Velotte, un hôpital de jour pour adultes recevant des sujets psychotiques, Racamier insiste beaucoup sur l'importance d'un cadre d'accueil pensé comme un *maillage contenant, pare-excitant et ordonné*. Cependant, comme avec les adolescents et leur environnement, le patient doit être écouté comme un *co-acteur du processus de soins* qui s'amorce. Pour exemple, parfois des situations qui se présentent comme urgentes, pressantes, dangereuses s'apaisent avec la mise en place d'un *cadre de préadmission* avec ses jalons et ses repères. En hospitalisation, la prise en charge institutionnelle doit prendre en compte les *problématiques de dépendance* liée à la psychopathologie et les liens. C'est pourquoi de plus en plus, un *travail plurifocal voire multifocal des soins (co-référence entre le soin, l'éducatif et le social)* est aussi recherché pour les adultes. Ce travail de soin multifocal s'appuiera sur des médiations de groupe dans un système de soin éclaté sur plusieurs espaces : groupe accueil à l'hôpital, groupe de préparation à la sortie, groupes de médiation en CATT ou CMP, consultations familiales,.... Nous savons que les soins en Santé Mentale adulte sont en déshérence pour plusieurs raisons liées surtout à un contexte de paupérisation marquant à la fois les équipes, le public accueilli et l'organisation des soins. Cependant, il existe des contre exemples comme à Lille en France. Le secteur de psychiatrie générale de la banlieue Est de Lille (epsm Lille Métropole) est passé

d'un service « asilaire » à une multitude de services intégrés dans la communauté urbaine, centrés sur la personne accueillie et cogérés avec les usagers. Il répond aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé pour la santé mentale, à savoir donner la priorité aux soins dans la communauté en intégrant l'ensemble des réseaux intersectoriels en partenariat rapproché avec les élus, les usagers, les familles et les « aidants ». Ces changements de paradigmes du soin (passage de l'asile à des services de santé mentale) a impliqué une évolution radicale des pratiques, tant du côté de l'organisation des soins (centres de santé mentale), d'un travail multifocal mené en partenariat avec le monde du soin généraliste, du travail social, du politique, du culturel... Comme les Maisons des adolescents, ces services soutiennent aussi l'implication des sujets dont ils s'occupent en s'appuyant sur les Groupes d'Entraide mutuelle, les réseaux santé-ville, précarité et santé mentale,... Il s'agit de se mettre dans les pas des patients, fonctionner au plus près des habitudes de leur environnement pour tenter de reconstruire avec eux la dynamique de leurs liens. Ainsi, même s'il ne s'agit pas systématiquement de proposer un travail avec la famille, ou des situations de groupes, l'accueil va se fonder sur les principes des thérapies de groupe avec une réflexion sur notre cadre d'accueil, sur les enveloppes institutionnelles ainsi que sur les médiations, outils de médiation comme nous avons pu le voir.

L'organisation des Prises en charge fait que les collègues ont pu développer une pratique clinique riche et novatrice : travail en réseau et en équipe pluridisciplinaire, travail auprès des familles des usagers, avec les familles d'accueil, parfois des consultations à domicile dans le cadre d'hospitalisation à domicile (soins intensifs intégrés dans la cité). En France, cependant, le développement des alternatives à la prise en charge hospitalière à temps plein en santé mentale adulte reste insuffisant et surtout, souvent impensé dans sa perspective plurifocale et groupale. Je pense que nous pouvons profiter de l'expérience passée avec les adolescents vulnérable pour penser à la fois la continuité des soins mais aussi une élaboration des liens de dépendance souvent en jeu chez les sujets psychotiques ou border line. C'est pourquoi la question des médiations et des soins groupaux se posent de plus en plus dans les hôpitaux de jour, les services de réhabilitation psycho-sociales, les lieux alternatifs qui se sont créés avec la fermeture des lits d'hospitalisation en Santé mentale.

## **Bibliographie**

Altounian J. (2005), Evènements traumatiques et transmission psychique- La survivance, traduire le trauma collectif, *Dialogue*, Erès, n° 168 : 55-68

- August Aichhorn (1925) *Jeunes en souffrance*, Champ Social Éditions : Nîmes, 2002. (réédition de l'ouvrage de 1925, *Jeunesse à l'abandon*, Toulouse : Privat, 1973), texte préfacé par S. Freud
- Amati Sas S., 2004, L'interprétation dans le trans-sujetif - Réflexion sur l'ambiguïté et les espaces psychiques, *Psychothérapies*, Coll. Médecine et Hygiène, Vol. 24 : 207-213
- Benghozi P. (2009), une approche transmorphose groupale des anamorphoses à l'adolescence, *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, Erès, n° 55 : 41-55
- Bergeret J. (1984), *La Violence fondamentale*, Paris, Dunod
- Bleger J. (1981) *Symbiose et ambiguïté-Etude psychanalytique*, PUF, Le Fil Rouge
- Chagnon J.-Y. (2009), Souffrance psychique et phénomènes d'exclusion sociale chez les post-adolescents (18-25 ans), in **Recherche/Action atypique et universitaire *Capacité Inclusive***, 23-40.
- Drieu D. (2001) *La traumatophilie à l'adolescence et enjeux thérapeutiques*, Thèse Paris VII
- Drieu D., Automutilations, traumatophilie et enjeux transgénérationnels à l'adolescence, *Adolescence*, L'esprit du temps, 22, 2, 2004 : 311-323
- Drieu D., Lemalefan P., Diffraction du transfert et fonction phorique dans la rencontre avec l'adolescent en violence, *Psychologie*, Alger, SARP, n°14, 2008 : 37-57
- Furtos J. et Colin V. (2005) La clinique psychosociale au regard de la souffrance psychique contemporaine, in *Répondre à la souffrance sociale*, Erès
- Joubert C., Drieu D. (2015) Trabalho clínico grupal com o Photolangage © - determinantes epistemológicos e metodológicos, In *MEDIAÇÃO, SIMBOLIZAÇÃO E ESPAÇO GRUPAL: Propostas De Intervenções Com Adolescentes Vulneráveis*, Université Catholique de brasilia, UNESCO (en édition)
- Lemay M. (1993) *J'ai mal à ma mère : approche thérapeutique du carencé relationnel*, Paris, Fleurus
- Lipovetsky G. (1983) *L'Ère du vide : essais sur l'individualisme contemporain*, Paris, Gallimard, 1983 ; rééd. 1989, « NRF Essais », 256 p
- Jeammet P. (1991). Dysrégulations narcissiques et objectales dans la boulimie, La Boulimie (dir.) Brusset B. et Couvreur C., *monographie de la Revue Française de Psychanalyse*, Paris, PUF : 81-104
- Rouchy J. -C. (2009) Transmission intergénérationnelle dans le groupe d'appartenance, Erès, *Dialogue*, 2009/4, n° 186 : 149-160
- Roussillon R. (1999), *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, PUF

Winnicott D.-W. (1956). *La tendance antisociale, De la pédiatrie à la psychanalyse*, tr. fr., Paris, PAYOT, Sciences de l'homme, 2<sup>ème</sup> éd., 1998 : 292-303

Winnicott D.-W. (1971). *Jeu et réalité*, NRF, Gallimard, 1975