



Les scarifications à l'adolescence : un autre regard

A. Cascarino, A.-L. Sébert

► To cite this version:

A. Cascarino, A.-L. Sébert. Les scarifications à l'adolescence : un autre regard. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2019, 67, pp.251 - 256. <10.1016/j.neurenf.2019.01.002>. <hal-03487785>

HAL Id: hal-03487785

<https://hal.science/hal-03487785v1>

Submitted on 20 Jul 2022

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.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

Les scarifications à l'adolescence : un autre regard

Self-mutilation during adolescence: a change of perspective

Adrien Cascarino ^{a *}, Anne-Laure Sébert ^{a **}

^a EA 3522, Centre de recherches psychanalyse, médecine et société, université Paris-Diderot,
Sorbonne Paris Cité, Campus Paris Rive Gauche, 5, rue Thomas-Mann, 75205 Paris cedex
13, France

* Auteur correspondant : Adrien.cascarino@gmail.com

** Auteur correspondant : al.sebert@yahoo.fr

Objectif

Les scarifications, en tant que coupures cutanées superficielles et répétées, souvent effectuées en secret à l'adolescence, sont fréquemment présentées comme une manière de pallier un déficit de l'enveloppe psychique par une enveloppe de souffrance. Face à ces pratiques, le rôle du clinicien consisterait à favoriser la restauration d'une fonction contenante chez le patient qui pourrait alors abandonner ces conduites transgressives. Cette description, souvent juste et validée par la clinique, est cependant insuffisante pour comprendre la dimension relationnelle des scarifications et le choix spécifique de cette pratique particulièrement dérangeante.

Méthode

A partir de l'exposition d'un cas clinique et de son évolution après un ratage interprétatif, cet article développe plusieurs pistes théoriques et questionne la représentation hégémonique des scarifications comme ersatz d'une enveloppe psychique défaillante.

Discussion

En considérant les scarifications comme la conséquence d'une défaillance de la capacité de contenance des éprouvés corporels à l'adolescence, le thérapeute peut, au fil des séances, et par l'intermédiaire de l'enveloppe sonore formé par ses mots, proposer à l'adolescent un étayage sensoriel favorisant la consolidation d'une fonction contenante. Néanmoins, à trop se représenter le patient sur un mode déficitaire, le thérapeute risque de négliger l'interpellation que recèlent ces conduites de scarifications. En effet, les pratiques d'entailles cutanées résultent aussi souvent d'une résistance de l'environnement à accueillir les mouvements pulsionnels, érotiques et agressifs, de l'adolescent, les coupures permettant alors de « forcer le passage ». Pour éviter de reproduire cette rigidité de l'environnement, le thérapeute doit alors être particulièrement attentif à ce que les conduites de scarification tentent de modifier chez lui et de ne pas les réduire à des comportements qui ne concerneraient que le patient.

Conclusion

En sus de former une enveloppe de souffrance contenante, les scarifications à l'adolescence, en tant que pratiques transgressives particulièrement dérangeantes, peuvent être comprises comme des tentatives, souvent efficaces, de forcer le changement de regard et de position d'un environnement qui résiste à accueillir les mouvements pulsionnels pubertaires.

Mots clés : automutilation, scarification, Moi-peau, contenance, enveloppe, langage, adolescence

Objective

Scarifications, as superficial and repeated skin cuts, often carried out in secrecy during adolescence, are frequently described as a way to compensate for a deficit in the psychic envelope by an envelope of suffering. Confronted with these practices, the clinician's role would be to promote the restoration of a containing function in the patient who could then abandon these transgressive behaviors. This description, often accurate and validated by the clinic, is however insufficient to understand the relational dimension of scarification and the specific choice of this particularly disturbing practice to form an envelope of suffering.

Method

Based on the exposure of a clinical case together with its evolution following an interpretative failure, this article develops several theoretical approaches and questions the hegemonic representation of scarification as a substitute for a deficient psychic envelope.

Discussion

If the scarifications result from a deficiency of the containing function due to the overwhelmed body sensations triggered during puberty, then the therapist can provide a sensory envelope to the adolescent through the sound envelope formed by his words. However, if the therapist considers the patient only from a deficiency point of view, he may overlook the interpellation that these scarification behaviours conceal. Indeed, the practices of skin cuts also often result from a resistance of the environment to accommodate the adolescent's impulsive, erotic and aggressive movements. In this context, skin cuts may be an attempt to "force the passage". To avoid reproducing this rigidity of the environment, the therapist must therefore be particularly attentive about what the scarifications try to modify in him and not limiting them to behaviours that would only concern the patient.

Conclusion

In addition to forming an envelope of suffering, scarifications in adolescence, as particularly disturbing transgressive practices, can be understood as attempts, often effective, to force a change of gaze, especially when the adolescent feels confined to the role of a child whose physical experiences are disavowed.

Keywords: self-mutilation, self-injury, self-harm, scarification, Ego-skin, containing, envelope, language, adolescence

1. Premiers contacts

Lucie, seize ans, est adressée au Centre Médico-Psychologique où je travaille après que l'infirmière scolaire ait découvert sur ses bras des traces rectilignes, horizontales, rouges ou blanches selon l'ancienneté de la coupure. C'est la première fois que Lucie rencontre un psychologue. Durant toutes les premières séances, elle garde son manteau et reste les bras croisés. Elle parle peu et ne peut rien dire de ses coupures, que j'appellerai dans le reste de cet article « scarifications » pour reprendre sa propre dénomination. Elle insiste toutefois sur l'importance de la douleur et la vue de l'écoulement de sang. Une fois ces deux conditions remplies, elle arrête et peut passer plusieurs minutes à regarder le sang se répandre lentement sur son bras.

Elle explique recourir à cette pratique de scarification lorsqu'elle a « *le sentiment de ne pas exister* » et ne pas « *se sentir à [s]a place* » et rapporte aussi l'existence de courts épisodes de boulimie et de « crises d'angoisse » liées à ce même sentiment. Concernant ses relations aux autres, Lucie se décrit comme secrète et réservée et dit qu'elle « *garde beaucoup de choses pour elle* » et ne sait pas ce qui se passerait si elle « *laissait tout sortir* ». Elle dit aussi ne pas supporter son corps et ne pas se reconnaître quand elle se regarde dans le miroir.

Durant les séances, elle ne supporte pas les silences et verbalise de façon répétitive une envie de dormir. J'éprouve plusieurs fois la sensation d'un temps qui s'étire indéfiniment et je m'attends presque à la voir tomber de sa chaise, son corps se liquéfiant sur le sol et y disparaissant.

2. Fonction contenante et limites du corps

2.1. Fonction contenante et éprouvés corporels

A un stade préverbal, la voix, le regard et le toucher de l'être prenant soin (qu'il soit appelé *Nebenmensch* [1] ou *good enough mother* [2]) permettent de prodiguer à l'*enfant* cette sensation de contenance, notamment en lui fournissant un environnement suffisamment sécurisant dans lequel ses affects peuvent être reçus puis restituer d'une façon qui ne soit pas menaçante. Bion [3] décrit ainsi la fonction alpha de l'être prenant soin qui accueille des sensations et éprouvés corporels inassimilables psychiquement pour le bébé (appelés éléments béta). L'être prenant soin détoxique et transforme ensuite ces éprouvés insupportables et les retransmet au bébé sous forme d'éléments alpha, assimilables psychiquement. Le bébé peut alors reconnaître ces éprouvés corporels comme faisant partie de lui et en assurer la contenance au sein de son corps et de son psychisme. Cette détoxification se produit via la capacité de rêverie de l'être prenant soin et se communique au bébé au travers d'un tissu de soins sensoriels. Si ce tissu est suffisamment dense et adapté aux sollicitations du bébé, ce dernier pourra alors dans un second temps introjecter cette fonction alpha. Anzieu reprendra les travaux de Bion [3], d'Esther Bick [4], de Freud [1,5], de Winnicott [6,7], et d'Abraham et Torok [8] pour proposer le concept de Moi-peau [9]. Il décrit neuf fonctions du Moi-peau mais nous nous concentrerons ici sur la fonction contenante. Cette fonction du Moi-peau prend alors la forme d'une enveloppe psychique, écorce capable de contenir les pulsions internes, apparentées à un noyau. La défaillance de cette fonction contenante peut alors se manifester par la formation d'un « Moi-peau passoire » caractérisé par une porosité entre limite interne et externe et l'angoisse « d'avoir un intérieur qui se vide ».

Lorsque ce sentiment de contenance vacille, il est alors possible de faire appel de nouveau à des sollicitations sensorielles pour le renforcer. Ainsi, l'augmentation drastique des pratiques sensorielles à l'adolescence vise en partie à renforcer une capacité de contenance mise à mal d'une part par des modifications constantes des limites du corps et d'autre part par une poussée pulsionnelle impossible à contrôler [10]. On comprend alors mieux le temps passé par certains adolescents devant le miroir (contenance visuelle), l'importance d'un fond

sonore constant et souvent l'envie de chanter soi-même à tue-tête (contenance sonore) et enfin le désir régulier de toucher son propre corps, que ce soit pour des motifs sexuels ou esthétiques (contenance cutanée).

2.2. A défaut de mots, une enveloppe sonore, tactile et visuelle

Lorsque ces modes de contenance ne sont pas suffisants, soit parce que les changements psychiques et corporels liés à la puberté sont trop brutaux, soit parce que la capacité de contenance n'a pas pu être suffisamment introjectée durant l'enfance, il est nécessaire pour l'entourage de renforcer dans un premier temps cette capacité de contenance. L'interdit du toucher étant en vigueur dans les psychothérapies d'inspiration analytique, c'est, en dehors des poignées de main rituelles qui scandent les débuts et fin de séance, principalement au travers du regard et de la voix que le thérapeute peut remplir cette fonction de contenance.

Je perçois ainsi un faible intérêt pour le langage durant les séances avec Lucie où le sens des mots se perd mais où elle insiste néanmoins pour que je continue de lui parler. Selon Anzieu, « l'espace sonore est le premier espace psychique » [9], l'« enveloppe sonore » préfigurant la construction du Moi-Peau. L'existence de cette enveloppe sonore, formée à la fois par les sons du bébé et de son environnement est un pré-requis pour envisager dans un second temps un espace commun de communication. Anzieu explique que la plus efficace des réponses au cri de détresse du bébé est d'abord la voix maternelle, qui rassure et contient avant même la présence de l'être prenant soin ou l'action spécifique atténuant la souffrance à l'origine de ce cri.

Comme elle parle peu et me reproche mes silences, qui semblent générer chez elle une angoisse insupportable, je me retrouve à lui poser des questions, à lui proposer des hypothèses et à lui décrire ce que je ressens moi-même. Si mes mots n'ont que peu d'importance (elle

oubliera d'ailleurs mes paroles d'une séance à l'autre), le ton de ma voix et mon regard sur elle la contiennent et la rassurent. Durant une séance, alors que je parle depuis plusieurs minutes (je serai incapable de me souvenir de mes paroles à la fin de la séance), elle finit ainsi par enlever son manteau, décroiser les bras, elle se redresse et son regard croise le mien. Il me semble que la sonorité de ma voix et mon regard font office de contenant et de limite face au sentiment d'un corps qui ne tient pas, se délite et s'affaisse.

Les scarifications de Lucie ne sont pas un support de discussion, une pratique autour de laquelle des mots et un sens pourraient se tisser. Son insistance sur l'importance de la douleur et de la vue du sang coulant sur ses bras me met sur la voie de la formation d'une « enveloppe de souffrance » [9] utilisée pour pallier le défaut de contenance et révélatrice de sa difficulté à s'appuyer sur d'autres sensorialités que la douleur. Lucie n'aime en effet ni sa voix, ni son image dans le miroir et se considère incapable de « bien s'habiller » ou de se maquiller. Les sensations provoquées par la douleur de la coupure et l'investissement du regard sur son corps mutilé lui permettent de s'assurer d'un sentiment d'existence à minima et d'une enveloppe contenant qui la distingue du monde extérieur, la maintient éveillée et évite à son corps de disparaître. Nous pouvons ici rappeler que la peau établit une ligne de démarcation entre l'extérieur et soi-même, tandis que l'action musculaire est le test indiquant de quel côté de la ligne on se trouve (comme le rappelle Fanny Dargent en s'appuyant sur Freud [11]). Les scarifications peuvent alors être une tentative de retracer une frontière vacillante et, en ayant une position active, de lutter contre une expérience de passivation extrême provoquée par les modifications corporelles pubertaires, ce qui explique en partie la forte prévalence, estimée à 17% [12], de ces pratiques à l'adolescence.

En début de thérapie, j'analyse ainsi les scarifications de Lucie comme des pratiques sensorielles qui n'ont d'autre visée que de lui procurer une fonction contenant à minima,

contenance rehaussée par un regard et une voix extérieure que ses pratiques lui permettent de convoquer. Je considère que ces pratiques ne me sont pas adressées, qu'elles ne sont pas une tentative de représentation de motions pulsionnelles refoulées et en conséquence, je ne leur cherche pas un sens caché. Le début de la thérapie est ainsi marqué par des séances laborieuses où mes paroles semblent diminuer l'angoisse et permettre à Lucie de progressivement prendre le risque d'entrer en relation, de croiser mon regard et parfois, de me répondre.

3. Brouiller les représentations, forcer le regard

3.1. Léthargie de l'environnement et passage à l'acte suicidaire

Deux mois après le début de la thérapie, Lucie avale une quantité importante de somnifère avant de s'endormir. Elle se réveillera néanmoins le lendemain et ira au lycée, mais, incapable de se concentrer pendant les cours, elle parlera de cette ingestion excessive de médicaments à son amie en utilisant le terme « tentative de suicide » et, après un passage auprès de l'infirmière scolaire, retournera chez elle pour se reposer.

La séance suivante, elle manifeste une vive colère envers ses parents qui, selon elle, agissent « *comme avant* », lui demandent de continuer à aller à l'école même si elle se sent mal, et expliquent que ses scarifications et ses crises d'angoisse « *ne sont pas une raison d'avoir de moins bonnes notes* ». Elle insiste notamment sur le fait que les couteaux dont elle se sert pour se scarifier restent à disposition dans la cuisine et que l'armoire à pharmacie n'est « *même pas verrouillée* ». J'échoue alors à entendre ce qui m'est adressé, le manque d'inquiétude et d'affolement qui m'est aussi reproché et j'interviens seulement pour lui demander comment elle souhaiterait que ses parents réagissent.

Le soir même, elle avale l'ensemble des médicaments de la pharmacie et s'évanouit

ensuite devant la chambre de ses parents. Ces derniers l'emmènent à l'hôpital où elle sombrera dans le coma quelques minutes avant d'être réanimée. Cette fois bien inquiété, je lui rends visite quelques jours plus tard à l'hôpital, où un bureau m'est prêté pour faire une séance de psychothérapie. Elle a l'air contente de me voir, semble pour sa part très peu inquiète, me raconte avec beaucoup de détail cette deuxième tentative de suicide et m'explique ensuite qu'elle a un copain depuis un mois mais qu'elle n'avait pas « *osé en parler avant* ».

3.2. Une entrée dans la puberté invisibilisée

Je suis surpris par cette tentative de suicide plus sérieuse mais plus encore par mon incapacité à anticiper cette dernière, malgré tous les signes avant-coureur. Je prends conscience que depuis le début de la thérapie, je me représente Lucie comme une petite fille ayant besoin d'être protégée, rassurée et contenue. Je nie toute dimension sexuelle et agressive de sa relation à elle-même et aux autres, comme le font ses parents à qui elle reproche de la voir toujours comme « *une petite fille sage et modèle* ». Sa deuxième tentative de suicide m'oblige à m'interroger sur cette représentation et sur mon incapacité à anticiper son acte. En m'inquiétant et en faisant voler en éclat la représentation figée que j'avais d'elle, elle peut dans un second temps se permettre de proposer autre chose et d'évoquer un corps sexualisé, désirable et désirant. Je réalise que ses pratiques de scarification cherchent non seulement à assurer une fonction de contenance mais probablement aussi à attirer le regard des autres sur son corps mutilé, dans une visée à la fois excitatrice et agressive.

A partir de cet évènement, elle parlera de plus en plus pendant les séances et décrira notamment la sensation d'avoir été kidnappée et violée pendant son enfance. Elle a en parlé à ses parents qui lui ont assuré qu'un évènement de ce type ne s'était jamais produit. Elle évoque aussi une puberté précoce, avec un début de menstruation à onze ans, qu'elle a très

mal vécue, ayant l'impression d'être toujours considérée exactement de la même manière, comme une enfant, alors même qu'elle subissait de nombreux changements corporels et pulsionnels qu'elle était incapable de comprendre et de maîtriser. Il me semble que l'entrée dans la sexualité adolescente a été particulièrement traumatique pour Lucie et se cristallise autour de cette sensation d'avoir été kidnappée et violée, traumatisme d'autant plus fort qu'il a été dénié par son entourage. J'ai moi-même reproduit ce déni au début de la thérapie et ce n'est que dans un second temps qu'elle s'autorisera à me parler de ses relations amoureuses et de ce fantasme sexuel. Je serai aussi en mesure de reconnaître et d'accueillir de timide tentatives de séduction de sa part au cours de la thérapie, Lucie arrivant de plus en plus maquillée et apprêtée aux séances, et croisant bien plus souvent mon regard en souriant. Il ne me semble alors pas qu'elle attende de réponse de ma part mais plutôt qu'elle expérimente la possibilité de séduire dans un cadre sécurisé, cette séduction pouvant être reconnue et accueillie sans mettre en danger ni la relation thérapeutique ni l'intégrité des protagonistes. Je me permets donc de remarquer à voix haute ces changements entre sa présentation lors des premières séances et celle qu'elle montre depuis sa sortie d'hospitalisation. Elle me répond *« oui, je crois que je suis en train de grandir »*.

A la fin de cette séance, je me dis que la fonction de contenance que j'assurais en début de thérapie était probablement plus ambivalente que je ne le pensais. En effet, si je m'efforçais de combler les silences qu'elle jugeait insupportables, c'était peut-être aussi dans l'objectif d'étouffer certains mouvements pulsionnels qui nous semblaient, à elle comme à moi, trop dangereux. Autrement dit, plutôt que de laisser se déployer, de manière contenue et encadrée, certaines manifestations et représentations de pulsions agressives et érotiques, j'ai plutôt choisi de leur barrer l'accès, me laissant happer par les propres angoisses de Lucie et celles de ses parents, le père de Lucie déclarant notamment en entretien familial qu'il avait *« très peur de ce que Lucie pourrait faire »*. Ce n'est qu'après sa tentative de suicide que je mesure alors la nécessité non seulement de continuer à contenir ces mouvements pulsionnels

mais surtout de leur laisser une porte d'entrée. Mon rôle de thérapeute consiste alors à rassurer Lucie sur ma propre capacité à contenir ses mouvements pulsionnels, lui indiquant ainsi que ces derniers sont supportables, et qu'elle pourra elle-même, dans un second temps, leur laisser une place dans sa propre dynamique pulsionnelle.

Cet épisode m'évoque un article de Jacques Laget qui a travaillé deux ans avec Benoit, un adolescent se scarifiant, qui réalise au cours de sa thérapie une peinture au/avec son sang. L'évocation de celle-ci en séance permet de faire émerger des problématiques liées au regard de l'autre et aux rapports que Benoit, entretien avec sa jumelle et ses parents. Jacques Laget écrit alors à propos de la créativité adolescente et de ses formes morbides qu'« au-delà des fantasmes d'omnipotence voire d'auto-engendrement qu'elle sous-tend, cette créativité reste aussi potentiellement vivante pour peu qu'elle achoppe à un point de rencontre – un point de mise au point au sens photographique, peut-être ! » [13], la question de l'autre et de son regard étant ici centrale. Dans ce cas, la capacité de Jacques Laget à accueillir les fantasmes de Benoît mis en image de façon assez crue permet à ce dernier, en passant par le regard du thérapeute et sa capacité à contenir et à supporter la brusque émergence pulsionnelle, de poursuivre une élaboration fantasmatique douloureuse. A l'inverse, Vered Bar-On décrit avec beaucoup de courage son incapacité à supporter la vision de photos de scarifications que lui montre une patiente lors d'une séance. L'impossibilité de se connecter à ses éprouvés lors de cette vision et la barrière émotionnelle qu'il dresse entre lui et la patiente se manifestent par une tendance à sur-interpréter et à « trop parler » pour se protéger des motions pulsionnelles agressives et érotiques provoquées par cette vision [14].

4. Les scarifications pour tracer des frontières

4.1. Frontières corporelles, temporelles et relationnelles

Je souhaite maintenant revenir sur cette notion de changement et de différenciation qui éclaire fortement les scarifications de Lucie. En effet, ces pratiques visent à établir une distinction à même le corps de Lucie sous plusieurs aspects.

Tout d'abord, comme je l'avais noté dans la première partie de cet article, les scarifications, au travers de la sensation douloureuse et de la vue du sang, renforcent la capacité contenante de la peau et donc la distinction entre l'extérieur et l'intérieur. Pour éviter de disparaître et de se répandre dans le monde et pour maintenir un sentiment vacillant d'existence corporelle, les coupures tracent et retracent la ligne de démarcation entre intérieur et extérieur [15,16].

Par ailleurs, ces marques effectuées par Lucie elle-même permettent de distinguer le corps de l'enfance du corps de l'adolescence, distinction qui avait été ressentie et subie à même le corps lors de la puberté mais n'avait pu être ni reconnue par d'autres, ni intégrée psychiquement. Les processus pubertaires [10], en tant que transformations psychiques qui accompagnent la puberté, avaient été entravés puisqu'aucune parole, aucun changement d'attitude significatif n'avaient, selon Lucie, accompagné ses modifications corporelles. Vers la fin de la thérapie, elle sera aussi capable d'exprimer clairement qu'elle a commencé à se scarifier pour que ses parents se rendent compte qu'elle allait mal car elle n'arrivait pas à leur faire comprendre autrement qu'elle « *n'étais[t] plus la même* ». Elle avait en effet l'impression de n'être « *ni vue ni entendue* » par ses parents tout en reconnaissant qu'ils se préoccupaient d'elle et effectuaient de nombreuses démarches matérielles. Ses parents écoutaient et voyaient bien quelqu'un mais il s'agissait de la « *petite fille sage et modèle* » dans laquelle elle ne se reconnaissaient plus. Elle raconte ainsi avec un grand sourire au cours d'une séance que ses grands parents l'ont vu après qu'elle se soit scarifiée et « *ne [l]'ont pas reconnue* ». On rejoint ici les réflexions de Catherine Matha selon qui les scarifications permettent notamment de « mourir au passé pour accéder à un statut plus enviable » [17], en détruisant

fantasmatiquement le corps dépendant de l'enfance pour advenir au corps de l'adolescence.

Enfin, Lucie a une sœur jumelle, avec laquelle la relation est très conflictuelle. Elle explique que lorsqu'elles étaient enfants, sa sœur faisait beaucoup de bêtise et nécessitait beaucoup d'attention de la part de ses parents. Elle a ainsi souvent reproché à ses parents d'avoir une préférence envers sa sœur jumelle, ses parents de rétorquer qu'ils « *ne font pas de différence* » et elle alors d'affirmer en séance avec colère qu'« *il y a forcément une différence* ». Durant la thérapie, elle exprime une forte angoisse que sa sœur « *fasse comme [elle]* », c'est-à-dire se scarifie aussi et insiste sur le fait que ses marques permettent maintenant à leurs amis de bien les distinguer. Elle s'appuie aussi sur ses scarifications pour exiger une chambre séparée de celle de sa sœur jumelle et l'obtiendra. Nous rejoignons ici les travaux de Matthew Nock selon qui les scarifications proviennent souvent d'une frontière diffuse entre soi et l'autre [18].

4.2. Une reconnaissance nécessaire

Néanmoins, ces tentatives de créer une distinction entre l'intérieur et l'extérieur, entre son corps d'enfant et son corps d'adolescent et entre sa sœur et elle-même ne peuvent s'inscrire de manière durable que si elles sont reconnues par son entourage. Elle semble en effet incapable de s'identifier elle-même à un corps d'adolescent et a donc besoin que la fin de l'enfance et le passage à l'adolescence soient reconnus par l'entourage. Elle raconte ainsi un rêve qu'elle fait durant son hospitalisation où elle est maquillée, coiffée et bien habillée mais où tout le monde la trouve ridicule et se moque d'elle. Elle déclare ensuite qu'elle ne se sent pas légitime quand elle se maquille, que ça lui paraît faux et qu'elle a donc besoin que ce changement soit d'abord validé par un regard extérieur pour y croire ensuite elle-même.

Ses scarifications et ses tentatives de suicide servent à forcer le changement de regard. Elle se protège d'un éventuel refus ou d'une éventuelle agressivité en réaction à ce passage en

force en plaçant ce changement hors de sa volonté, hors de son contrôle puisque ces pratiques se font malgré elle (« *c'est plus fort que moi* », « *je ne sais pas ce qui m'est arrivée* »).

Le corps et plus particulièrement la cicatrice deviennent alors témoins « historiques de l'évènement psychique traversé » [11] : *support de discussion* entre le sujet et l'autre, qui atteste de la souffrance vécue sans que le sujet doive se risquer à une adresse directe. Catherine Matha explique ainsi comment les scarifications peuvent être un moyen de forcer l'empathie de l'autre et de situer en dehors de soi la demande de lien : c'est l'autre qui s'inquiète et se rapproche, l'autre qui désire et devient dépendant du lien mais absolument pas le sujet scarificateur. Lorsque l'angoisse d'être sous l'emprise de l'objet est trop forte, l'entame force le lien en contournant la terreur d'être rejetée, la réaction faisant alors partie intégrante du processus scarificatoire et paradoxalement aussi du processus suicidaire où la « dimension ordalique équivaut à un appel à l'objet humain qui a fait défaut, plus qu'à une divinité arbitraire ou au hasard » [19]. En effet, le spectateur donne sens à l'entame et celle-ci ne peut être comprise indépendamment de son adresse, comme si la charge affective suscitée par le recours au corps était trop lourde, trop chargée de sens pour être appréhendée par un seul individu et nécessitait forcément un appoint externe d'élaboration psychique. Si les scarifications sont une manière de rejouer un épisode traumatique, l'aboutissement de cette scène est modifié par la présence d'un autre contenant et capable de remplacer une simple répétition par une élaboration potentielle. Ainsi « l'automutilation prend un autre sens du moment où quelqu'un s'émeut, et contient, répond à l'acte » [20]. En faisant voler en éclat l'image d'enfant à laquelle elle était associée Lucie peut dans un second temps s'autoriser à occuper d'autres positions. Elle oblige son entourage à réfléchir avec elle à ce qui lui arrive, à l'accompagner dans ce cheminement identitaire douloureux et angoissant. Ses parents acceptent finalement de participer à une thérapie familiale qu'ils avaient jusque-là refusée et du côté institutionnel, plusieurs réunions de synthèse s'articulent autour de sa situation. Si nous partageons avec Nathalie de Kernier l'idée que « le devenir à moyen terme du

fonctionnement psychique de l'adolescent est probablement tributaire [...] de la réponse de l'autre à qui le geste a été adressé » [21], nous insistons néanmoins sur la capacité des adolescents à provoquer la réponse désirée et à être ainsi acteurs de cette réponse plutôt qu'à la merci des réponses ou non réponses de leur environnement.

5. Conclusion

En conclusion, les pratiques de scarification servent bien à assurer à leur auteur une enveloppe sensorielle visuelle et tactile lorsque les interactions précoces n'ont pas permis l'introjection d'une séparation nette entre l'extérieur et l'intérieur [16,22,23]. Elles forment une enveloppe de souffrance qui assure un sentiment d'existence minimum et évite une dissolution du corps dont les limites semblent inexistantes. Elles tentent aussi d'instaurer une distinction entre soi et l'autre et de remettre en route une temporalité qui a pu se figer à la suite d'un évènement traumatique. Pour Lucie, ses coupures visent ainsi à établir une séparation nette avec sa sœur tout en montrant la douleur de cette séparation et aussi à se réapproprier un corps malmené par des changements pubertaires précoces et vécus sur un mode traumatique.

Néanmoins, ces opérations de coupure entre le monde extérieur et le monde intérieur d'une part et entre soi et l'autre d'autre part ne peuvent s'inscrire dans la durée que si elles passent par un regard extérieur. Ce que montre ce cas clinique est qu'un des objectifs principaux des scarifications et des tentatives de suicide de Lucie est bien de convoquer ce regard et que la coupure de la peau vise ici à transformer le lien à l'autre parental (et aussi au thérapeute qui en accueille la projection). Le choix de pratiques transgressives et générant des sentiments particulièrement difficiles à supporter par l'entourage [24,25] est loin d'être anodin et permet de s'assurer d'une réaction et d'une remise en mouvement des relations et des

représentations existantes. Les scarifications et les tentatives de suicide à l'adolescence peuvent alors être comprises comme des tentatives, souvent efficaces, de forcer le changement de regard, notamment lorsque l'adolescent se sent cantonné à une place d'enfant qui désavoue ses éprouvés corporels.

Dans ce contexte, l'élaboration de la fonction contenant d'un patient qui se scarifie passe en partie par la capacité du thérapeute à laisser émerger et à supporter l'émergence de motions pulsionnelles agressives et érotiques. Si le thérapeute se représente le patient principalement sur un mode déficitaire, comme un individu dont il faudrait « réparer » la fonction contenant pour diminuer les angoisses et prévenir les agirs auto-agressifs, il échoue alors à voir ce qui lui est adressé. Les agirs auto-agressifs peuvent alors devenir une façon de convoquer le spectateur, d'exiger son attention et de mettre sur le devant de la scène des motions pulsionnelles que l'environnement peine à supporter mais qui n'en existent pas moins pour le sujet.

Déclaration d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Freud S. Projet d'une psychologie. (1887-1904). In: Lettres à Wilhelm Fliess, 1887-1904. 3e édition, Paris: PUF; 2015.
- [2] Winnicott DW. La mère suffisamment bonne. (1953). Paris: Payot & Rivage; 2007.
- [3] Bion W-R. Aux sources de l'expérience. (1962). Paris: PUF; 2003.
- [4] Bick E. The Experience of the Skin in Early Object-Relations. Int J Psycho-Anal 1968;49:484–6.
- [5] Freud S. Le moi et le ça. (1923). In: Essais de psychanalyse, Paris: Petite bibliothèque Payot; 1981, p. 219–75.
- [6] Winnicott DW. Intégration du moi au cours du développement de l'enfant. (1962). In: Processus de maturation chez l'enfant: développement affectif et environnement, Payot; 1970, p. 9–18.

- [7] Winnicott DW. La capacité d'être seul. In: De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris: Payot; 1989, p. 325–33.
- [8] Abraham N, Torok M, Rand N. L'écorce et le noyau. (1978). Paris: Flammarion; 2009.
- [9] Anzieu D. Le moi-peau. Paris: Dunod; 1995.
- [10] Gutton P. Le pubertaire. Presses universitaires de France; 2003.
- [11] Dargent F, Matha C. Blessures de l'adolescence. Presses universitaires de France; 2011.
- [12] Swannell SV, Martin GE, Page A, Hasking P, St John NJ. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2014;44:273–303.
- [13] Laget J. Coupure, peinture au sang, regard du thérapeute. *Adolescence* 2011;76:339–53.
- [14] Bar-On V. It Cuts Both Ways: An Analysis of the Psychological Discourse on Self-Injury from a Linguistic Point of View. *Psychoanalytic Review* 2014;101:701–34.
- [15] Le Breton D. La peau et la trace. Paris: Metailié; 2003.
- [16] Lamotte F, Malka J, Duverger P. Apport de la théorie des enveloppes psychiques à la compréhension des conduites de scarifications à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2009;57:146–53.
- [17] Matha C. De l'inscription à la représentation. *La psychiatrie de l'enfant* 2010;53:255–83.
- [18] Nock MK. Why do People Hurt Themselves? New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury. *Current Directions in Psychological Science* 2009;18:78–83.
- [19] Corcos M, Jeammet P. Conduites à risque et de dépendance à l'adolescence : la force et le sens. *Psychotropes* 2006;12:71–91.
- [20] Douville O. L'automutilation, mise en perspectives de quelques questions. *Champ psy* 2004;36:7–24.
- [21] de Kernier N, Chambry J, Alvin P. Penser le geste suicidaire à l'adolescence et observer l'évolution à moyen-terme du fonctionnement psychique. *Cahiers de psychologie clinique* 2009;33:43–58.
- [22] Perret-Catipovic M. Blessures auto-infligées à l'adolescence : un survol de la littérature. *Adolescence* 2005;52:447–56.
- [23] Gaspard J-L, Hamon R, Da Silva Junior N, Doucet C. Marques corporelles, tatouages et solutions subjectives à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2014;62:168–76.
- [24] Frances A. Introduction (to the section on self-mutilation). *J Personality Disorders* 1987;1:316.
- [25] Votadoro P. Clinique du pouvoir à l'adolescence. *Enfances & Psy* 2007;36:154–64.