

Symptômes adolescents, symptômes contemporains

Alexandre Beine

Ligue Wallonne pour la Santé Mentale, Ottignies, 22/02/18

Je remercie la Ligue Wallonne de Santé Mentale de me donner aujourd'hui l'occasion de partager la clinique qui fait mon quotidien professionnel et les interrogations qu'elle suscite. Si j'ai répondu positivement à cette invitation, c'est pour à mon tour vous inviter à vous intéresser et à discuter de plusieurs questions qui sont ramassées dans ce titre, que j'ai voulu complexe : symptômes adolescents, symptômes contemporains. Je veux dire par là que l'intitulé de mon exposé d'aujourd'hui tente de résumer un ensemble de questions, que je vais commencer par rapidement énumérer. Ces questions concernent chacun de ses termes, ainsi que leur articulation. Si elles peuvent vous paraître abstraites, je vous rassure d'emblée : je vais les développer et les expliciter, à partir d'exemples concrets issus de ma pratique clinique.

D'abord, il s'agit de préciser ce que recouvre le terme de symptômes, de ce qu'il cache. Les symptômes sont-ils à considérer comme les conséquences d'un processus pathologique, d'une maladie, conséquences qui sont exprimées par le malade et donc déformées par sa subjectivité ? Ou sont-ils l'expression même du sujet qui fait ainsi entendre sa singularité lorsqu'il se confronte à la souffrance et à l'énigme de son existence, l'énigme d'être sexué et mortel ? Et, en ce cas, peut-on aussi parler de symptômes, non pas d'un sujet ou d'un individu isolé, mais d'une société dans son ensemble, notre société contemporaine par exemple, qui énoncerait ainsi sa manière culturelle singulière de soutenir ses membres face au paradoxe de leur condition humaine, le paradoxe qui pousse à faire vivre la société tout en acceptant leur propre mortalité ?

Ensuite, il faut préciser ce que l'on entend par l'adolescent, ou plutôt l'adolescence. Est-ce une manière de désigner une période de la vie, une tranche d'âge, et par extension métonymique l'ensemble des individus dont l'âge correspond à cette tranche ? Ou l'adolescence correspond-elle à une nouvelle classe socio-culturelle, à une conséquence de l'évolution de la société contemporaine ? Ou encore, l'adolescence peut-elle être pensée comme un temps subjectif de passage entre l'enfant et l'adulte, un ensemble d'opérations psychiques menant à la subjectivation et à la construction de nouveaux symptômes ?

Enfin, il s'agit de préciser les limites de ce que l'on nomme contemporain. Est-ce ce qui se passe au temps présent, qui se différencie du passé par le simple fait d'être en cours et qui, plus tard, nous apparaîtra comme une répétition de ce passé, avec quelques évolutions dont nous pourrions retracer la continuité ? Ou peut-on considérer que le contemporain d'aujourd'hui, c'est-à-dire de la société occidentale de la fin du 20^e siècle et du début du 21^e, opère une rupture avec le passé dans l'organisation et le fonctionnement socio-culturels ? Si oui, peut-on alors faire le lien entre un tel bouleversement socio-culturel et l'émergence de l'adolescence comme classe sociale ? Y aurait-il aussi un lien pensable entre cette réorganisation socio-culturelle et le fait de penser le passage de l'enfance à l'âge adulte comme un temps subjectif ? Pourrait-on alors faire l'hypothèse d'un lien entre l'apparition de nouveaux symptômes psychopathologiques, qui seraient donc liés à l'articulation entre la subjectivité du malade et la société dans laquelle il vit ? Enfin, ces nouveaux symptômes sont-ils à envisager comme une nouvelle manière de manifester ou d'exprimer la même souffrance face à l'énigme de l'existence ? Ou sont-ils l'expression d'une nouvelle énigme, c'est-à-dire d'une impasse de cette société contemporaine ?

Vous saisissez que les questions qui vont orienter mon propos déboucheront sur des hypothèses que je ne compte pas démontrer ni démonter de façon définitive. Il me semble que nous nous confrontons à une impossibilité logique quand nous tentons de décrire un changement alors que nous participons à celui-ci. Pour saisir cette impossibilité, je vous donne une image : un voyageur qui utilise un moyen de transport, comme un train par exemple, ne ressent pas le déplacement du véhicule, car il est porté par celui-ci et se déplace donc à la même vitesse. Il lui faut des repères extérieurs, les poteaux électriques le long du chemin de fer ou les arbres et les vaches le long des voies, pour percevoir le mouvement du train et donc le sien. Mais dans l'évolution d'une société, il est parfois difficile de distinguer les éléments évolutifs, qui sont en mouvement, et les éléments fixes, qui peuvent servir de repères. De plus, un mouvement ne peut être appréhendé et mesuré que si un certain laps de temps s'écoule. Il faut donc dépasser l'immédiat, prendre du temps et accepter que la conclusion n'arrive qu'après-coup. Surtout, ces questions et leurs hypothèses, je ne souhaite pas les épuiser ; autrement dit je veux qu'elles restent vivantes, pour qu'elles continuent à m'interroger et à m'intéresser à la clinique psychique.

Symptômes médicaux et symptômes psychiques

Je commencerai par les questions relatives à la définition des symptômes. Et je vous fais remarquer que de cette définition découle immanquablement une orientation éthique¹, un positionnement que chaque clinicien doit s'approprier et qui va déterminer sa manière de pratiquer les soins psychiques.

Pour la médecine moderne, un symptôme, c'est la description subjective de la manifestation d'une maladie par le malade. L'approche moderne de la médecine s'appuie sur la méthodologie scientifique qui fonde le savoir sur l'expérimentation : l'expérience vise à mettre des hypothèses à l'épreuve de la réalité et doit être reproductible, pour aboutir à des conclusions universelles, c'est-à-dire qui valent pour tous les individus. Cette méthode a fait ses preuves et a permis d'indéniables avancées dans de nombreux champs du savoir, ainsi que le développement de techniques dont nous jouissons quotidiennement des bienfaits. En médecine et en psychologie, cette démarche scientifique amène donc à objectiver la souffrance exprimée par un sujet, en débarrassant le symptôme de son style particulier. Le symptôme objectif, c'est-à-dire la manifestation pathologique observée par le praticien ou mesurée par un instrument, devient un signe clinique. Ainsi, le travail diagnostique du praticien éclairé par la science moderne, impose d'élaguer tout caractère ressortissant à la subjectivité du malade, pour isoler un ensemble d'éléments déjà répertoriés, à partir duquel il pourra déduire la présence d'une lésion ou d'un dysfonctionnement organiques. Si l'état des connaissances scientifiques permet d'en connaître les causes, il pourra alors prescrire un traitement qui les éradique. Si ces causes disparaissent et que le patient guérit de sa maladie, le symptôme doit logiquement disparaître. La disparition des symptômes est finalement un signe indirect de la guérison.

Cependant, si elle aboutit à des conclusions généralisables à tous, la méthode scientifique ne permet pas pour autant d'être appliquée à tous les problèmes ni à toutes les questions. Ce sont précisément les symptômes résistants à la médecine scientifique moderne qui ont provoqué l'invention de la psychanalyse par un médecin, Sigmund Freud². Ces symptômes résistants

¹ On peut lire à ce sujet le chapitre « Les deux logiques de la psychiatrie » dans : Lebrun, Jean-Pierre. *De la maladie au malade*, Toulouse, érès, 2017.

² Un résumé clair de ces théories est proposé dans : Stryckman, Nicole. « Symptômes, maladie et santé mentale », *Cahiers de psychologie clinique*, vol. 17, no. 2, 2001, pp. 19-30.

furent appelés symptômes névrotiques et Freud a proposé, à partir de l'écoute de ses patients, une nouvelle compréhension de ceux-ci. Il a envisagé ces symptômes comme une solution à un conflit inconscient entre des représentations psychiques, des motions refoulées d'une part, qui cherche à échapper au refoulement pour assouvir une pulsion, et des instances refoulantes d'autre part, qui tendent à maintenir ce refoulement. Le symptôme névrotique est ainsi considéré comme un compromis permettant de supporter une contradiction interne, c'est-à-dire une division subjective. Le symptôme devient ainsi l'expression subjective d'une difficulté subjective, en même temps qu'il est une tentative de traiter cette difficulté. Freud allait jusqu'à affirmer que tous les humains étaient malades psychiquement, c'est-à-dire névrosés, car les conditions amenant à la formation de symptômes existent chez tout un chacun³. Pour élargir cette définition au-delà du champ des névroses, on peut dire du symptôme psychique qu'il est la manière singulière qu'un sujet trouve pour se débrouiller avec ce qui lui fait intérieurement défaut. Dans une telle perspective, le symptôme renseigne donc à la fois sur le problème qui le cause et sur la façon dont un sujet procède pour tenter de le résoudre.

Je vous donne un exemple clinique. C'est celui d'une jeune fille de 13 ans qui souffrait d'une hémétophobie : elle évitait toutes situations qui la confrontaient à la possibilité d'être seule en présence de quelqu'un souffrant de vomissements ou pouvant lui transmettre une maladie qui en causerait. Elle considérait sa mère comme la seule personne à pouvoir la soigner en pareil cas et elle refusait donc de passer une nuit en dehors de chez elle depuis plusieurs mois. Elle ne s'opposait pas à l'obligation d'aller à l'école, mais elle disait y souffrir des mêmes angoisses et elle n'investissait que très peu les relations amicales, uniquement avec quelques filles de son âge et jamais avec un garçon. Ses parents étaient séparés depuis quelques années et sa mère avait eu un autre enfant avec son nouveau mari. Malgré la garde alternée, la jeune ne voyait plus son père que quelques heures par-ci par-là, à cause de sa phobie expliquait-elle. Mais cette situation devenait intolérable pour sa mère, que ce symptôme phobique tyrannisait puisqu'il entraînait l'exigence de sa présence constante. C'est elle qui fut à l'origine de la demande de soins. Et l'événement qui précipita l'accord de la jeune fille fut un projet scolaire de classes vertes, prévu quelques mois après le début de nos entretiens, qui forçait cette jeune adolescente à préparer une distanciation particulièrement anxiogène. Or il s'avéra que cette fille avait beaucoup de choses à dire, sans qu'elle fasse pour autant le lien entre ses préoccupations et son symptôme. Elle s'était aperçue avec perspicacité de l'amour persistant de son père pour sa mère, alors que celle-ci refaisait sa vie avec un homme que la jeune n'aimait guère. Et elle en voulait à son père de ne pas parler de lui, de ne pas échanger ses points de vue et ses expériences, de se vouer entièrement à la femme qu'il avait perdue et d'ignorer sa fille. En bref, elle lui reprochait implicitement d'être décevant, de ne pas s'énoncer comme sujet, divisé par le désir pour une femme qu'il ne pouvait avoir, et de ne pas reconnaître sa fille comme digne d'être à son tour une interlocutrice, un sujet, une femme peut-être. Des entretiens avec chacun de ses parents permirent de questionner la place des uns et des autres, de clarifier aussi les représentations de chacun sur la séparation du couple et l'avenir de leurs amours. La jeune fille partit en classes vertes puis continua les séances, à raison de deux fois par semaine. Elle put aborder progressivement la potentialité de tomber elle-même amoureuse d'un garçon, ce qu'elle évitait de penser jusqu'alors. Elle se mit à fréquenter des amies en dehors de l'école. Et elle dut finalement affronter des nausées à l'occasion d'une infection virale bénigne. Elle mit fin à nos rencontres quelques semaines plus tard, après 10 mois d'entretiens bimensuels. Le travail psychique qu'elle a effectué lui a permis un passage, là où son symptôme signifiait une impasse. Ce travail était rythmé par nos séances, basées davantage sur la production d'associations et l'interrogation des thèmes

³ Freud, Sigmund. *Introduction à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1992.

qu'elle gardait sous silence. Ce travail n'a pas épuisé la signification de son symptôme et je serais bien en peine de vous en révéler le sens. Je pense que l'on n'épuise jamais cette signification, c'est-à-dire la dimension imaginaire du symptôme, le sens qui permettrait de le comprendre et de l'expliquer. Ici l'hémétophobie permet un compromis en affirmant à la fois le souhait d'éviter l'objet anxigène, mais aussi d'organiser entièrement l'existence autour de lui, de manière à ce qu'il soit toujours présent. Cet objet d'angoisse, le regard sur une personne vomissant, peut renvoyer à la maladie et à la perte de sa mère, mais aussi à la grossesse et à l'enfantement, au bébé que sa mère avait fait avec son beau-père, ainsi qu'à la perspective de pouvoir elle-même devenir mère etc. Il semble que nos entretiens ont plutôt soutenu la dimension symbolique du symptôme. Le symbole représente quelque chose d'absent et permet d'organiser les représentations autour de cette absence, autour d'un vide. L'objet qui organise le symptôme phobique est insaisissable, mais il oriente toute l'existence du sujet. Cet objet est impossible à représenter tout à fait, il résiste à l'imaginarisation ou à la symbolisation, ce qui révèle la dimension réelle du symptôme. Le symptôme en tant que chose, *res*, permet aussi au sujet d'en jouir, la jouissance étant à entendre au sens juridique de l'usage d'un bien, que le sujet ne lâche pas toujours facilement. J'insiste sur la distinction entre ces différentes dimensions psychiques décrites par Jacques Lacan – l'imaginaire, le symbolique et le réel – pour vous indiquer comment je tente d'orienter le traitement et mes interventions. Il ne s'agit pas de trouver la signification dernière, le sens ultime du symptôme à travers une interprétation parfaite, mais plutôt de permettre au sujet de jouer avec ce sens, avec ces différentes interprétations pour lui permettre de repérer sur quoi il pourrait s'appuyer, qui ne se réduit pas à une explication causale, mais plutôt au trajet entre la cause et l'objet, entre l'origine de sa division et l'objectif qu'il poursuit. Ceci ne peut s'appréhender que par une énonciation, par l'acte de parler qui fait de la personne un sujet. Sans oublier tout ce qui échappe au traitement, tout ce que le symptôme garde d'énigmatique et avec quoi le sujet doit s'arranger. L'abandon de son symptôme phobique a donc nécessité un déplacement subjectif de la part de cette jeune fille, qui a renoncé à la maîtrise sur sa mère pour investir des relations avec ses pairs, au risque d'être déçue comme l'avait été son père.

Adolescence : tranche d'âge, groupe social ou temps psychique ?

À partir de cette histoire clinique, je vous introduis à ma deuxième série de questions, celles relatives à l'adolescence. On peut se demander en effet si ce symptôme n'est pas le même que celui qu'un enfant ou un adulte pourraient présenter. Autrement dit, le symptôme adolescent pourrait ne pas avoir d'autre spécificité que d'être un symptôme dont souffre un individu dont l'âge correspond à ce que nous définirions comme une période de croissance, entre l'enfance et l'état adulte. *Adolescens* est le participe présent du verbe latin *adolescere* qui signifie croître ou grandir : l'adolescence est entendue ainsi comme la période où l'on est en train de grandir, de passer du petit au grand. Elle est alors le synonyme de la jeunesse qui commence à 12 ans, âge moyen de la puberté, et se termine *grosso modo* à 25 ans, si l'on se réfère à nos habitudes socio-culturelles qui prévoient une telle durée pour des études supérieures. Cette limite des 25 ans correspond aussi à des observations neuroscientifiques concernant le développement cérébral. Cette période est donc limitée par le début de la puberté, d'une part, et par l'autonomisation de la famille d'origine, d'autre part. L'apparition corporelle des capacités de production inaugure donc la préparation à l'autonomisation et celle-ci aboutit finalement à une prise d'indépendance financière, au départ du foyer familial et à l'investissement dans une relation de couple. Des facteurs socio-économiques expliqueraient ainsi la prolongation de la période d'adolescence, au point que certains parlent maintenant « d'adulescence ».

Mais l'adolescence est plus qu'un âge, car l'ensemble des adolescents forme aussi une classe sociale, avec ses particularités langagières, ses codes vestimentaires, ses loisirs et ses idoles. Cette classe sociale adolescente ne semble pas exister en dehors de notre société contemporaine et une hypothèse anthropologique soutient qu'elle serait le fruit d'une évolution socio-culturelle récente, débutée seulement au 19^e siècle⁴. Cette jeunesse est en même temps un âge adulé par la société contemporaine, qui promeut l'esthétique de corps sveltes et jouvenceaux, qui encense la faculté de faire des découvertes et des progrès et qui envie la possibilité de jouir des nouveaux plaisirs sans retenue. Le progrès et l'hédonisme sont aujourd'hui des qualités associées au jeunisme. Le néologisme « adulescence » peut s'entendre alors comme l'adulation que porte les adultes aux qualités qu'ils prêtent à l'adolescence. Et l'adolescence comme symptôme de la société contemporaine implique que cette classe sociale soit le produit de la société, mais aussi qu'elle en soit l'étendard, le représentant de sa visée idéale.

Mais pour la jeune fille de mon exemple, il était manifeste qu'elle ne s'identifiait pas encore à cette classe adolescente, ni par l'image qu'elle donnait ni par ses préoccupations intimes. Ce n'est qu'au fil du suivi qu'elle s'est progressivement ouverte aux relations avec ses pairs, pour ne citer qu'un aspect des priorités adolescentes. Je pense qu'elle se trouvait donc dans une impasse, au moment d'entrer dans l'adolescence. Ceci pousse donc à soutenir l'hypothèse psychanalytique de l'adolescence⁵ comme un ensemble d'opérations psychiques amenant à une subjectivation, c'est-à-dire une réappropriation de son corps, quand celui-ci se transforme avec l'accès à la sexualité et à la sexuation. Le sujet en adolescence voit son corps se transformer et s'animer de pulsions génitales jusqu'alors inconnues. Son corps devient semblable à celui du parent du même sexe. Le sujet est alors transporté dans un nouveau monde, où ses parents deviennent ses semblables, avec leurs failles et leur désir, mais aussi avec leur caractère mortel qui se révèle plus clairement encore que dans l'enfance. Le corps du sujet en adolescence lui apparaît aussi, parfois subitement et de manière traumatique, comme sexuellement désirable pour les adultes. Dans l'enfance, l'altérité, ce qui permet de fonder la différence, est celle des générations : l'Autre pour l'enfant c'est l'adulte. Avec la puberté, la relation avec un partenaire du même âge permet d'envisager une altérité fondée non plus uniquement par la différence générationnelle, mais par la différence des sexes. Le corps du partenaire est alors simultanément celui d'un autre semblable, un objet de désir, mais aussi un représentant de l'altérité. La sexuation fait ainsi apparaître une différence radicale, où les places ne peuvent pas être échangées.

Et ce passage ne se fait pas sans une certaine participation du monde adulte, sans une certaine reconnaissance de la difficulté que cela a pu aussi représenter pour l'adulte. C'est ce que je vais essayer de vous faire entendre avec une deuxième histoire clinique. Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans, enfant unique d'un couple divorcé, qui avait décroché de l'école depuis quelques mois. Elle inquiétait sa mère par des coupures superficielles qu'elle s'infligeait de plus en plus souvent, ainsi que par une consommation quotidienne de cannabis. Après une hospitalisation dans un service de psychiatrie juvénile où elle a répété ces comportements, elle a demandé à me rencontrer en consultation ambulatoire. Elle a pu enfin parler de sa consommation de cannabis avec sincérité, me relatant qu'elle lui permettait surtout de dormir. Elle a accepté ensuite de me parler de ses insomnies, qui remontaient à son enfance et à la période du divorce de ses parents, mais qui se sont nettement aggravées quand elle avait 12 ans. C'est à cette époque qu'elle a décidé de moins voir son père, après qu'il eut

⁴ Un ouvrage détaillant cette hypothèse fait référence depuis une vingtaine d'années : Huerre, Patrice, Pagan-Reymond, Martine, Reymond, Jean-Michel. *L'adolescence n'existe pas*, Paris, Odile Jacob, 1997.

⁵ Le livre de J.-J. Rassial est une excellente introduction à cette approche : Rassial, Jean-Jacques. *L'adolescent et le psychanalyste*, Paris, Rivages, 1990.

consommé de la cocaïne sous ses yeux. Et son sommeil fut encore fragilisé par des cauchemars, quand elle fut abusée à 14 ans par un ami de son père. Les somnifères n'avaient jamais été efficaces, mais quand elle put parler de ce symptôme insomniaque et qu'elle commença à discuter de ses souhaits contradictoires à l'égard de ses parents, qu'elle souhaitait disponibles mais à qui elle ne voulait plus se soumettre pour ce qui concernait sa vie intime, elle recommença à dormir sans cannabis. Par la suite, c'est sa relation amoureuse avec un garçon plus âgé et l'inquiétude de sa mère face à cette séduction qui fut l'objet de ses préoccupations, qu'elle put questionner aussi à partir de l'expérience traumatisante de l'abus dont elle avait été victime. Sans rentrer dans certains détails, notamment la dimension post-traumatique de ces insomnies, je voudrais dire un mot du problème de l'addiction à l'adolescence. D'abord, je tiens à souligner que ce n'est pas un symptôme, du moins au sens psychanalytique du terme, et que cette conduite addictive vise au contraire à masquer tout symptôme. L'addiction est une figure du déni, d'un déni double d'ailleurs : le sujet *addict* dénie que son addiction soit un problème et la consommation du produit lui permet aussi de dénier avoir un quelconque problème. C'est manifeste dans certains cas assez fréquents, quand une personne finit par reconnaître souffrir de sa consommation, mais qu'elle signale par ailleurs que la dépendance n'est causée que par le produit. Elle affirme alors souffrir du manque, mais seulement du manque du produit et certainement pas d'un manque d'autre chose, car un autre manque pourrait ne pas trouver d'objet pour le combler. Certains professionnels eux-mêmes participent implicitement à cette logique du déni, quand ils estiment qu'une personne ne souffre pas seulement d'addiction mais aussi d'un autre trouble psychique, et qu'ils parlent alors de « double diagnostic ». L'addiction s'accompagne toujours d'un autre manque, car elle est un déni de ce manque. Comme je l'ai rappelé précédemment, le symptôme est quant à lui une tentative de faire avec un manque, puisqu'il est un compromis entre des tendances contradictoires qui ne peuvent être assouvies simultanément, empêchant donc une satisfaction totale. Le symptôme est aussi l'expression subjective d'une souffrance. L'addiction se situe donc à l'opposé, puisqu'elle est un refus d'admettre la nécessité d'un compromis et de fonder la subjectivité sur l'expression singulière d'un manque. A l'adolescence, le sujet se confronte brutalement au manque de certitude et à l'absence d'une réponse totalement satisfaisante concernant le nouveau rapport qu'il doit aménager avec son corps, avec les autres, avec le sexe et avec la mort⁶. La tentation peut être grande alors pour certains d'éluder ces questions en évitant la peine qu'entraînent la construction de nouvelles représentations, l'organisation de celles-ci à partir de nouvelles références et l'acceptation de leur incertitude. Dans mon exemple, ma patiente n'a pu énoncer un symptôme qu'après avoir reconnu l'addiction au cannabis comme une tentative de solution ratée. Son symptôme insomniaque était par ailleurs évolutif : il existait déjà dans l'enfance, mais il s'est modifié à l'occasion de plusieurs événements où se nouaient des enjeux propres au processus adolescent, notamment le changement de son corps et la séduction qu'il pouvait opérer sur les hommes adultes, mais aussi la déception face aux failles des figures parentales et particulièrement face à leur jouissance intime.

Symptômes actuels de l'adolescence

Cette histoire montre aussi combien les manifestations symptomatiques peuvent être changeantes à l'adolescence. Les symptômes peuvent se multiplier, apparaître en dépit de toute cohérence, et particulièrement en dépit de la classification nosographique que les cliniciens ont laborieusement construite à partir de la clinique plus stable des adultes. Cette

⁶ Pour plus de détails, je ne peux que conseiller la lecture de : Douville, Olivier. *De l'adolescence errante*, Paris, Éditions Pleins Feux, 2007.

instabilité complique donc le diagnostic et peut être comprise comme découlant du processus adolescent de recherche d'une solution psychique face à ses problèmes nouveaux. Le symptôme étant en cours de construction, en train d'être élaboré, il ne peut être clairement caractérisé. L'état-limite serait donc constitutif de l'adolescence : c'est un temps de passage, se situant donc à la limite de nos catégories diagnostiques, qu'il traverse de manière dynamique. Mais cette instabilité peut aussi être envisagée autrement : elle pourrait être liée au vacillement de celui (ou de celle) qui tient lieu de référence pour le sujet. Cet autre humain qui incarne l'altérité, l'Autre avec un grand A, donne une reconnaissance au sujet nécessaire à la stabilisation de son identité subjective. Pour faire fonctionner cette altérité qui fait référence pour le sujet, elle doit être incarnée par une personne, par un être humain. Pour illustrer les effets de ce vacillement, je vous propose d'envisager un problème qui me semble particulièrement toucher les sujets en adolescence et qui concerne les agirs. Les scarifications de la jeune patiente dont je viens de vous parler en sont un exemple. Vous savez qu'à la suite de Lacan⁷, les psychanalystes distinguent deux agirs qui peuvent survenir en cours de traitement : l'*acting out* et le passage à l'acte. L'*acting out* est une mise en scène, c'est une représentation agie de ce qui n'est pas entendu par le psychanalyste et cette représentation, tout comme la représentation théâtrale de l'acteur, s'adresse à un public. Elle est ainsi un appel à l'interprétation de l'analyste. Le passage à l'acte est quant à lui une sortie de scène, qui ne représente rien et ne s'adresse à personne. C'est un pur acte de rupture qui vise à dégager le sujet d'un lieu où il lui est impossible de se faire entendre. Les scarifications, comme un certain nombre d'agirs de plus en plus fréquents à l'adolescence aujourd'hui, ne peuvent pas toujours être clairement rangées dans l'une ou l'autre de ces définitions. Elles semblent parfois correspondre aux deux, elles sont adressées à un public qu'on ne peut distinguer et elles n'induisent aucune rupture claire. Dans le doute, je les appelle des mises en acte. Elles ressemblent à du théâtre de rue : soit les badauds peuvent s'arrêter pour le regarder, leur attroupement différenciant alors un espace de scène et un espace de jeu, soit ils passent leur chemin, ignorant le spectacle et donc l'excluant. C'est aux adultes à qui il reviendrait ainsi de constituer le public, c'est-à-dire d'incarner un lieu pour lequel l'acte serait joué, et de lui donner ainsi le statut d'un texte à interpréter. L'adulte auquel il semble premièrement destiné, souvent une figure parentale, peut négliger la valeur signifiante de cet acte, soit en l'ignorant soit en cherchant à l'arrêter sans l'interroger. Ce fut le cas de cette jeune fille qui se scarifiait : son père se désintéressait de ses actes, tandis que sa mère voulait surtout qu'elle arrête de se faire du mal. C'est donc au psy que revient alors la responsabilité de proposer de l'entendre comme une représentation du sujet. Si l'adulte qui constate une mise en acte prête attention au sujet de cet acte, il peut faire entendre qu'il occupe cette place, à laquelle le sujet peut s'adresser. Il institue pour lui un lieu auquel une parole peut être adressée. Cette parole peut alors proposer un texte qui permette d'interpréter ce qui a été mis en jeu. En pratique, ceci nécessite d'interroger le sujet sur sa mise en acte, à partir de ce qu'elle lui apporte, des conséquences qu'elle peut avoir pour lui...

Les mises en danger sexuel sont d'autres mises en acte qui peuvent s'avérer plus complexes à déchiffrer. Elles semblent aujourd'hui plus fréquentes qu'auparavant parmi les jeunes, tant les garçons que les filles. D'abord, les relations sexuelles multiples peuvent être envisagées comme des expérimentations. Cédant à une curiosité bien compréhensible, les jeunes cherchent à utiliser leurs organes métamorphosés et à ressentir ce plaisir nouveau qu'est l'orgasme, jusque-là réservé aux adultes. Cette curiosité peut d'ailleurs aussi toucher d'autres plaisirs interdits aux enfants, allant de la nuit blanche à la prise de substances psychotropes. Par ailleurs, cette sexualité à risque peut se présenter comme une mise en acte. Ainsi, j'ai eu

⁷ Ceci est développé de manière fouillée dans : Lacan, Jacques. *Le séminaire, livre 10 : L'angoisse (1962-63)*, Paris, Seuil, 2004.

l'occasion de suivre à l'hôpital puis en consultation une jeune fille, de l'âge de 13 à 16 ans. Elle m'a confié avoir été violée à l'âge de 12 ans, à la sortie de l'école, par un homme d'une vingtaine d'années. Quelques mois plus tard, après avoir été repoussée par son premier amoureux, elle fut traitée de « pute » par d'autres jeunes. Elle s'est alors prostituée, poussée par un jeune homme qui la valorisait pour sa beauté tout en l'isolant de ses autres relations. Il est apparu qu'elle acceptait des relations sexuelles pour s'assurer une consistance existentielle, pour s'assurer une image lui permettant d'exister aux yeux d'un autre qui lui reconnaisse une valeur. Elle considérait son corps comme un objet, selon ses propres mots, et ne pouvait l'investir comme l'incarnation de sa subjectivité. Nous apprîmes par la suite, que sa mère avait elle-même été victime d'un abus sexuel durant sa jeunesse, ce qu'elle ne révéla qu'après les mises en danger de sa fille. Le silence de sa mère concernant cet aspect dangereux de la sexualité permit d'éclairer la naïveté totale de sa fille, qui n'avait aucune conscience du danger encouru quand elle est sortie de l'école à 12 ans avec un homme de 10 ans son aîné, étrangement intéressé par cette toute jeune fille. Après-coup, ces mises en danger sexuel se sont donc révélées comme interrogeant sa mère sur son rapport problématique et énigmatique à la sexualité. Une autre histoire de ce genre m'a été racontée par un garçon de 17 ans, qui s'est découvert homosexuel environ deux ans plus tôt, mais qui ne parvenait pas à en parler à ses parents. Il a multiplié les relations sexuelles d'un soir, jusqu'à se prostituer sur des aires d'autoroute. Et il se plaignait que ses parents ne s'inquiètent pas de ses absences. Son hypersexualité semblait à la fois une manière d'affirmer son orientation homosexuelle, en la confirmant par la répétition de ses expériences, et un moyen de convoquer ses parents pour pouvoir le leur révéler. Enfin, les relations sexuelles multiples peuvent être un moyen pour les jeunes filles de trouver une autre identité, en devenant mère. Une jeune femme de presque 18 ans que j'ai rencontrée à l'occasion d'un placement par le juge de la jeunesse m'a ainsi avouée éviter toute contraception et multiplier les relations non protégées pour avoir un enfant. Adoptée et orpheline d'un de ses parents adoptifs, elle vivait depuis quelques années loin de l'autre : il ne supportait plus cette enfant dont l'adoption avait été un projet de couple, qu'il ne pouvait plus assumer seul. Accueillie dans un autre foyer pendant plusieurs mois, elle y avait connu une vie de famille nombreuse. Mais elle en était partie après avoir eu une relation avec le père. Elle cherchait donc à créer une famille monoparentale, qui ne serait pas tributaire des aléas d'un couple et où elle serait assurée de recevoir l'amour d'un enfant. Cette perspective devait selon elle lui fournir une valeur et une identité, sans qu'elle ait à chercher un compromis entre son désir et celui d'autrui. Mais elle déniait les difficultés concrètes que la naissance d'un enfant et son éducation pouvaient entraîner, de même qu'elle déniait la subjectivité même de cet enfant. Elle ne l'envisageait pas comme un sujet séparé d'elle mais comme un pur objet d'amour, sans anticiper le poids qu'elle lui ferait porter en faisant de lui la seule justification de son existence. L'enfantement est alors envisagé comme une solution à un manque subjectif, permettant d'assurer une complétude. Et il est souvent exigé comme un droit que la société contemporaine doit assurer.

Quel contemporain ?

Cette société contemporaine peut n'être considérée que comme le fruit d'une énième révolution, qui ne fait que répéter des bouleversements déjà vus dans l'histoire. À tout le moins, on s'accorde à reconnaître que notre société profite de progrès importants dans les savoirs scientifiques et dans leurs applications techniques, qui transforment notre quotidien. Mais certains auteurs, comme Marcel Gauchet⁸, voient dans les évolutions sociétales

⁸ Pour une brève introduction à la pensée de M. Gauchet, on peut se reporter à : Gauchet, Marcel. « Crise dans la démocratie », *La revue lacanienne*, vol. 2, no. 2, 2008, pp.59-72. Les livres de J.-P. Lebrun proposent

contemporaines un changement radical par rapport aux organisations socio-culturelles antérieures. La démocratie libérale romprait ainsi avec un système socio-culturel religieux. Ce nouveau modèle socio-culturel serait l'aboutissement récent d'un changement entamé depuis au moins cinq siècles et qui aurait fait passer les peuples occidentaux du modèle social religieux, c'est-à-dire organisé par une référence à une extériorité divine, à un modèle actuel, qui se réfère à un individualisme autonome. La société contemporaine se caractérise donc comme une démocratie libérale, qui n'est plus structurée de manière hétéronome par une loi extérieure d'origine transcendante, mais qui est devenue laïque, passée à une structuration autonome, centrée par le droit immanent qui fonde l'individu et défend ses libertés. La science est partie prenante de cette évolution, car elle a contribué à détrôner Dieu comme lieu du savoir ultime. Avec la science moderne, le savoir n'est plus le fruit d'une révélation, mais d'une objectivation par l'expérimentation. En parallèle, les applications techniques de la science ont aussi offert de plus en plus d'outils permettant de produire de nouveaux objets, de nouveaux biens. Ceux-ci, dans le cadre de l'économie néo-libérale, celle du libre-marché dépassant les nations, sont proposés à l'usage de tous, l'offre cherchant à susciter la demande.

À partir de cette rapide description de ce que l'on peut considérer comme la « révolution moderne », comme l'appelle M. Gauchet, je vous propose d'isoler quatre principes qui me semblent résulter des caractéristiques de la société démocratique libérale contemporaine. Ces quatre principes guident les décisions de nos contemporains, tant pour leur vie privée que pour la vie collective, et de leur application résultent quatre visées idéales. Le premier de ces principes est celui de *l'auto-détermination*. Le gouvernement démocratique du peuple par le peuple est étendu à l'individu lui-même : chaque individu a le droit et même le devoir de déterminer lui-même son destin, en s'opposant à toute détermination externe. Un exemple évident est celui du droit à décider soi-même de son identité de genre. Mais le fait de penser l'adolescence comme un temps de subjectivation autonome en regard des figures parentales pourrait aussi être considéré comme une conséquence de ce principe. L'auto-détermination entraîne cependant une récusation de l'altérité comme référence extérieure symbolique pour fonder son existence et son identité. Chaque être humain est pourtant le fruit du désir d'autres humains, ses parents, et il a pour caractère essentiel l'usage du langage, qui lui est donné par d'autres, en général ces mêmes parents. L'altérité est donc au fondement de l'existence humaine, mais elle est battue en brèche par l'auto-détermination. Ceci a comme effet de promouvoir *un idéal universaliste*, un universalisme qui entraîne la mondialisation de ce principe. En effet, l'auto-détermination doit être étendue à toute l'humanité, car une communauté qui continuerait à se référer à une détermination extérieure représenterait justement une altérité, entrant en contradiction avec le principe de liberté individuelle.

Le deuxième principe est celui de *la possession par chaque individu de son image* et de son identité. Elle provoque une recherche identitaire passionnée, comme certains adolescents – mais aussi bon nombre d'adultes – peuvent le montrer à travers l'usage des réseaux sociaux sur internet. L'identité n'est plus définie que par l'image et elle ne s'appuie que sur la reconnaissance par des semblables, soit qu'ils partagent la même image soit qu'ils s'y opposent. L'identité a pourtant un double sens : elle désigne le caractère identique de deux objets distincts, mais elle est aussi ce qui est identique à soi, ce qui est permanent chez un individu et qui en fait la singularité. La recherche identitaire imaginaire ne s'occupe que de la première acception du terme. Elle ignore la reconnaissance qui viendrait d'un autre humain en position d'altérité et qui donne un soutien à une identification en la reconnaissant comme différente et singulière, comme dans une relation filiale ou une relation de couple, marquées

d'envisager les effets de cette évolution sociale sur la manière dont le sujet se structure, notamment dans :
Lebrun, Jean-Pierre. *Un monde sans limite*, Toulouse, érès, 2017 ; *La perversion ordinaire Etc.*

par la différence des générations ou des sexes. L'identité imaginaire est instable au contraire, car elle dépend entièrement du partage d'images identiques par ceux qui la reconnaissent. Actuellement, cette passion de l'image amène à l'*idéal de jeunisme*, le culte de la jeunesse et de ses attributs supposés, comme la beauté, la minceur, la performance etc. Ceci se traduit par l'investissement effréné des techniques qui favoriseraient l'obtention de ces attributs : p. ex. la chirurgie esthétique, les régimes alimentaires aminçissants ou les activités physiques parfois extrêmes.

Le troisième principe est celui de *la transparence*, qui veut que l'on sache ce que l'on veut et qui promeut la communication, excluant l'implicite et la polysémie, qui sont pourtant des caractères inhérents au langage. Cette transparence me semble prendre appui sur le statut social de la science expérimentale, qui a été promue comme référence des savoirs. On attend maintenant de la science et de ses représentants, les experts, qu'ils disent la vérité ultime sur chaque chose, permettant alors de prendre la bonne décision. Mais en la considérant ainsi, on dénie l'impossibilité de la science de venir à bout du réel, d'en tout savoir. Depuis que l'omniscience n'est plus la prérogative de Dieu – ce qu'exprimaient certains adages : « Dieu seul le sait » ou « Les voies du Seigneur sont impénétrables » – on suppose que plus aucune part de connaissance ne pourrait échapper à l'humain. Ceci s'oppose pourtant à certaines démonstrations des sciences expérimentales elles-mêmes, comme par exemple le théorème d'indétermination (ou principe d'incertitude de Heisenberg, qui énonce l'impossibilité fondamentale de déterminer précisément deux propriétés physiques d'une même particule). Cet idéal envisageant que la science vienne un jour à bout de l'ignorance est la définition même du *scientisme*.

Enfin, le quatrième principe qui vectorise nos décisions individuelles et collectives est celui du *libre marché*. L'offre doit pouvoir suivre la demande, y compris dans les nouvelles politiques de santé, où elle n'est d'ailleurs plus appelée « demande », mais où elle prend le caractère impératif du « besoin ». On suppose donc qu'aucun besoin ne puisse trouver son objet pour être satisfait. L'*idéal hédoniste* en est donc la visée extrême, avec un impératif de jouissance sans limite des objets marchands. C'est un argument courant que j'entends chez les jeunes à qui leurs parents reprochent leur consommation de psychotropes ou leur usage des réseaux sociaux et autres jeux vidéo : ils refusent de se priver de ce qui est à portée de main et qui procure du plaisir sans effort, se demandant même pourquoi on leur demande quelque chose d'aussi saugrenu.

L'histoire d'un jeune homme de 17 ans est éclairante à ce propos. Elle montre aussi combien ces principes sont entremêlés et s'appuient l'un sur l'autre dans leur application logique. Ce garçon me fut amené par sa mère, qui ne supportait plus son isolement à domicile et qui craignait que sa passion pour les réseaux sociaux et les jeux vidéo en ligne ne l'amène à décrocher de l'école. Il avait par ailleurs des difficultés d'apprentissage : il avait doublé une ou deux années dans le secondaire et avait dû être réorientée vers un enseignement moins exigeant. Il a tout de suite accepté les entretiens à ma consultation et a commencé à me parler de sa collection d'amis virtuels, qui se comptaient par milliers et qu'il cherchait encore à gonfler en enrichissant son profil de remarques outrancières ou de liens vers des vidéos choquantes. Cette manière provocatrice d'attirer l'attention s'accompagnait de propos mythomaniaques, le jeune homme se vantant de bagarres homériques où il aurait tabassé d'autres garçons. Il a fallu plusieurs mois et une déception amoureuse, avec une fille rencontrée trop vite sur un réseau, pour qu'il commence à reconnaître la vacuité de l'image qui s'affiche sur internet. Il a expérimenté à cette occasion, non plus dans l'espace virtuel des réseaux sociaux, mais dans la réalité des corps, qu'il ne savait quoi dire pour séduire sa petite amie. Il faisait ainsi l'expérience de l'altérité et de l'incomplétude dans une relation de désir. Et c'est à partir de cette incomplétude qu'il a entamé un questionnement sur sa singularité

propre, s'interrogeant sur ce qu'il avait à dire de personnel et comment l'énoncer à quelqu'un d'autre. Simultanément, il s'est investi dans des entraînements sportifs, visant à améliorer l'image de son corps pour mieux se l'approprier. Ce changement subjectif, déclenché par une expérience réelle où il s'est trouvé face à un impossible, l'a ainsi fait passer d'une recherche identitaire purement imaginaire à une construction singulière nouant l'imaginaire et l'expérience réelle par une prise de parole symbolique. Ce que ses parents ont appelé son « addiction à internet » se révélait surtout un évitement de la subjectivation et de l'embarras causé par le corps, une réduction du virtuel à l'imaginaire permettant l'auto-détermination (par la création d'avatars ou de profils), ainsi qu'une duperie concernant la soi-disant transparence d'internet (anonyme, fallacieux, répétitif et sans rencontre réelle).

Un autre exemple clinique des conséquences du principe d'auto-détermination est celui des perturbations de l'identité de genre. Jusqu'il y a encore quelques années, une personne affirmant avec certitude être de l'autre sexe que celui correspondant à son anatomie était considérée comme délirante, souffrant d'un délire transsexualiste. Aujourd'hui encore, certains des patients que je rencontre développent de telles idées, dans le décours d'un épisode psychotique, bien souvent marqué par une désorganisation de type schizophrénique et par l'émergence de plusieurs idées délirantes. Leurs propos transsexualistes apparaissent alors comme une tentative de solution pour traiter leur incapacité à exister dans un corps qu'ils perçoivent comme morcelé, l'ablation de leur sexe leur apparaissant comme une manière de réorganiser leur être. Aujourd'hui, « l'identité de genre » se définit comme le sentiment de l'identité sexuelle⁹ et elle peut s'opposer au sexe, défini de manière réductrice comme les attributs anatomiques organisant la différence entre mâle et femelle. En vertu du principe d'auto-détermination, le droit belge permet à présent (depuis 2017) de faire enregistrer par l'administration une identité de genre qui ne corresponde pas au sexe anatomique. Et les progrès techniques de la chirurgie permettent, pour ceux qui le souhaitent et qui en ont les moyens, de procéder à une opération de réassignation sexuelle, c'est-à-dire à un changement de sexe anatomique. Les interrogations des adolescents concernant leur caractère féminin ou masculin prennent, dans ce contexte, une importance parfois alarmante, pour peu qu'ils rencontrent un adulte les poussant dans un choix radical. Le clinicien doit veiller à conserver une prudence avisée quant aux conseils à prodiguer (particulièrement pour une telle concrétisation chirurgicale) et un tact certain quant à l'interprétation ou au jugement émis à l'égard d'une perturbation de l'identité de genre. J'ai ainsi accompagné un garçon d'une quinzaine d'années qui était rejeté par d'autres jeunes de son école et qui y avait réagi par plusieurs tentatives de suicide. Il s'était vanté de son homosexualité, fier du courage que son *coming-out* révélait, mais il n'avait reçu que des moqueries en retour. Lors d'un entretien, il me dit un jour : « je veux être une femme ». Et il m'expliqua qu'il s'était renseigné sur la procédure pour obtenir une hormonothérapie et une chirurgie de réassignation sexuelle. Mais il accepta de réfléchir avec moi sur l'origine de ce souhait de féminisation. Progressivement, il s'aperçut que devenir une femme représentait une solution pour continuer à aimer les hommes, sans plus souffrir de son identité d'homosexuel. Ceci représente un cas particulier bien sûr et le symptôme transgenre est parfois bien plus difficile à éclairer. Cela m'est d'ailleurs apparu plusieurs fois comme impossible, quand le ou la jeune concernés refusaient définitivement de remettre en question cette décision, affirmant que ce n'était pas un choix mais une évidence. En pareille situation, le principe d'auto-détermination empêche de discuter la décision, le principe de transparence s'oppose à l'hypothèse de déterminations inconscientes, la possession par chacun de son identité réduit le changement de sexe à l'acquisition d'une nouvelle image et le libre marché met à disposition les moyens techniques

⁹ Pour une brève introduction aux polémiques touchant à cette question, on peut consulter : Roudinesco, Elisabeth. « De quoi la théorie du genre est-elle le fantasme ? », Huffpost.fr, 03/02/2014.

nécessaires pour satisfaire ce qui se définit comme un besoin. Ces principes enlèvent toute possibilité de faire entrevoir une autre dimension au symptôme. Dans ces cas, j'ai été dans l'impossibilité de proposer un diagnostic, fut-ce même en tant qu'hypothèse.

Conclusion : du symptôme de l'adolescence à l'adolescence du symptôme

Brièvement, pour terminer, je vous propose de retourner la proposition d'un symptôme de l'adolescence en insistant sur l'adolescence du symptôme. Ceci implique que le processus adolescent de subjectivation, qui mène à un nouvel aménagement de la structure subjective, s'accompagne toujours de la constitution d'un symptôme. L'adolescence serait cette nécessaire construction symptomatique, que l'on définit dès lors comme la manière singulière que chaque humain trouve pour se débrouiller avec son humanité, c'est-à-dire son statut d'être parlant sexué et mortel. Cette appropriation ne se fait pas sans mal, la différence des sexes et l'asymétrie des positions dans les relations de désir provoquant inmanquablement une difficulté chez chaque être humain. Nous avons donc chacun notre manière d'exprimer la souffrance qui y est liée. Mais en récusant l'altérité comme référence, en promouvant la communication transparente, l'hédonisme et le jeunisme, la société contemporaine complique encore cette tâche aux sujets en adolescence d'aujourd'hui. Je vous invite donc à prendre vos responsabilités et à les accompagner dans ce cheminement subjectif, en éclairant les impasses où ils peuvent parfois se fourvoyer.