



De nombreux jeunes sont en souffrance psychique et/ou relationnelle, avec les diverses manifestations symptomatiques rencontrées en psychiatrie infanto-juvénile. Et il arrive que la situation psychiatrique d'un adolescent se détériore avec l'apparition de comorbidités complexes, quand elle ne sollicite pas la nécessité d'un passage au service d'urgence. Dans ce contexte préoccupant, il apparaît intéressant de s'appuyer sur des balises ou points de référence, des structures de soins éprouvées, faisant autorité dans le sens d'une expérience élaborée et partagée qui, sans être la panacée, offre des accompagnements de qualité dans une temporalité propice à penser et à mobiliser.

UNE THÉRAPIE INSTITUTIONNELLE POUR ADOLESCENTS TOUJOURS D'ACTUALITÉ



**Alexandre Riolo ,
Emmanuel de Becker**
Service de psychiatrie infanto-juvénile,
Clin. Univ. St-Luc, Bruxelles



Introduction

Est-il nécessaire de rappeler combien, depuis 3 ans, notre société est confrontée à un état de crise qui touche de multiples dimensions de nos fonctionnements? Un climat d'incertitudes entretient doutes et angoisses, amenant nombre d'individus à vivre dans l'instantanéité, à éviter la projection dans le futur, à se focaliser dans une pensée opérationnelle ou encore à se réfugier dans des conduites addictives quelles qu'elles soient. Soyons toujours prudents avec les généralisations, étant donné que certains se démarquent, parviennent à mobiliser leur assertivité, à déterminer des voies d'épanouissement personnel.

En ce qui concerne la santé mentale des adolescents, ces 3 dernières années n'ont certainement pas amélioré leur situation. De nombreux jeunes sont en souffrance psychique et/ou relationnelle, avec les diverses manifestations symptomatiques rencontrées en psychiatrie infanto-juvénile. Et il arrive que la situation psychiatrique d'un adolescent se détériore, avec l'apparition de comorbidités complexes, quand elle ne sollicite pas la nécessité d'un passage au service d'urgence. Il est vrai que le nombre de tentatives de suicide et de troubles des conduites alimentaires des jeunes a explosé...

Dans ce contexte préoccupant, il apparaît intéressant de s'appuyer sur des balises ou points de référence, des structures de soins éprouvées, faisant autorité dans le sens d'une expérience élaborée et partagée qui, sans être la panacée, offre des accompagnements de qualité dans une temporalité propice à penser et à mobiliser. C'est ainsi que le Centre Thérapeutique pour Adolescents des Cliniques universitaires Saint-Luc de Bruxelles poursuit depuis 30 ans ses missions tout en évoluant continuellement. La thérapie institutionnelle pour adolescents telle qu'elle est réalisée dans ce centre nous semble toujours d'actualité, et certainement dans les enjeux sociétaux que nous connaissons aujourd'hui.

Contexte sociétal

Notre société dite occidentale est marquée par une levée progressive des diktats sociaux permettant une justice sociale qui élargit l'horizon des possibles. Les progrès réalisés dans de nombreux domaines s'accompagnent cependant d'un coût psychique important (par exemple sous la forme d'anxiété de performance ou de perte de désir). Ils peuvent générer une complexité «confusionnante», non sans susciter diverses interrogations d'ordre éthique. Ces progrès technologiques et

scientifiques soutiennent la prépondérance de la recherche des plaisirs et d'un épanouissement idéal qui semble parfois s'accompagner de la tentation d'évacuer les composantes structurantes du cadre, des limites, du sens... avec les retombées potentiellement dommageables que cela implique (immédiateté dans la réalisation des désirs sous peine d'effondrement, esquive par la démagogie, éprouvé pénible de la frustration avec débordement de l'angoisse). La logique du «tout» alimente les fantasmes de toute-puissance, réduisant le psychisme à un fonctionnement simplifié, faisant fi de l'inconscient; les failles, les conflictualités et ambivalences sont savamment mises de côté. Pour nombre de familles, il n'est guère aisé de se situer par rapport à un discours social omniprésent qui diffuse une idéalisation atteinte grâce à des méthodes infaillibles.

Les progrès actuels de la société occidentale s'accompagnent d'un coût psychique important sous la forme d'anxiété de performance et peuvent générer une complexité «confusionnante».

Comment alors transmettre aux enfants la manière de se construire avec les notions de perte, de manque, inhérentes à toute expérience de vie? Il semble aujourd'hui admis qu'il faut écarter tout sentiment de vulnérabilité. Il est vrai que nous acceptons mal toute limitation, celle-ci étant perçue comme injuste et en conséquence insupportable. Aurions-nous oublié que l'échec est aussi un moyen de se connaître, de se dépasser et de relancer la pulsion de vie? Par ailleurs, une certaine uniformisation, voire une «formatisation» génèrent un monde de sujets semblables où les écarts entre

générations, sexes ou fonctions sont petit à petit gommés, alors qu'ils se révèlent fondamentalement féconds. Ne risquons-nous pas de voir apparaître une société de l'identique, de l'entre-soi, qui alimente la crainte du tiers, de l'autre, entretenant les principes de comparaison, de rivalité et plus loin de revendication?

Considérations générales sur l'adolescence

Les cliniciens d'adolescents perçoivent combien les aspects liés à la construction identitaire constituent les enjeux essentiels de cette période de la vie. Au-delà des métamorphoses somatiques, l'adolescence représente par essence le temps des remaniements psychiques dans ses diverses dimensions, qu'elles soient cognitives, instrumentales, psychoaffectives ou encore relationnelles. Elle caractérise ainsi un tournant dans les réaménagements des

mouvements pulsionnels et des liens d'attachement qui façonnent la destinée identitaire du jeune individu (1).

À la suite d'auteurs tels Le Breton ou Matot, nous considérons la conquête d'une identité personnelle comme l'enjeu premier auquel est confronté l'adolescent (2, 3). Par ses interrogations sur le sens de l'existence, sur ses origines et son avenir, l'adolescent questionne fondamentalement son identité, régulièrement étonné par les restructurations et reconfigurations liées aux multiples projections et identifications qu'il établit. C'est ainsi qu'il peut

connaître une «traversée adolescente» marquée par une succession, voire une juxtaposition d'identités pour aboutir à celle qu'il incarnera à terme. L'adolescent doit également passer par un travail de déconstruction de son passé, de son héritage familial, élaboration à ne pas comprendre comme «un deuil à faire de son enfance». Loin d'être assimilé à un renoncement, ce mouvement permet l'ouverture à la violence transformatrice, à l'élan vital. Tout l'enjeu du clinicien consiste à distinguer déconstruction et destructivité dans le chef du jeune. En effet, la confusion fait émerger la haine. Matot souligne que c'est trop souvent le cas dans nos sociétés occidentales. Il met en cause la manière dont elles empêchent les processus de déconstruction, sollicitant de ce fait la destructivité qui naît de cette impossibilité. On bascule alors dans la pathologie, le sujet tombant sous l'emprise d'un narcissisme mortifère. En corollaire, le mouvement de déconstruction nécessite de disposer d'un autre vecteur psychique pour pouvoir se développer, celui de l'enchantement, qui se manifeste entre autres par le besoin des adolescents de plonger dans des mondes imaginaires, magiques ou virtuels, les autorisant à transformer la toute-puissance, reflet du Moi idéal. Soulignons combien partir à la recherche d'une identité mobilise la tension entre Idéal du Moi et Moi idéal. Sollicitant la balance établie entre recherche de sécurité et stratégies d'exploration, l'adolescent est attendu à se situer sur plusieurs vecteurs comme la mutation des liens, les rapports à la loi et à la mort, les enjeux en lien à la jouissance interdite, les aspects liés à la sexualité et à l'identité.

À la suite de Freud, qui estimait que l'humain ne renonce jamais (mais qu'il échange une chose contre une autre), le jeune individu va explorer, tenter de faire reculer les limites, pousser les bords de ce qui fait autorité, en réinterrogeant le sentiment de toute-puissance

qu'il a plus ou moins vécu antérieurement. Le processus de déconstruction fait écho au désenchantement et à la «désidéalisée». Dans la suite, la construction de l'individu social vise à pouvoir basculer d'une place assignée vers une place idéalisée dans la perspective d'investir une place engagée.

À la suite d'auteurs tels Le Breton ou Matot, nous considérons la conquête d'une identité personnelle comme l'enjeu premier auquel est confronté l'adolescent.

Afin de faciliter cette transformation, le jeune est invité à investir les phénomènes transitionnels. Non sans rappeler les travaux de Winnicott, la «transitionnalité» recouvre les espaces de créativité des paradoxes, puissant facteur d'appropriation et de symbolisation des expériences vécues (3, 4). Dans ses relations, son rapport aux autres et au monde, tout adolescent engage l'abandon d'une certaine individualité par l'invitation à intégrer le groupe des pairs, non sans connaître l'angoisse suscitée par les mécanismes d'incorporation et d'in-séparation. Par ailleurs, soulignons que des défenses psychiques *sui generis* comme les projections persécutives, les identifications adhésives et les mises en acte convoquent des figures issues de l'histoire du jeune, en détournant les enjeux liés à l'ambivalence.

Loin d'être exhaustifs, évoquons encore quelques éléments à propos de l'identité. Cette notion peut être comprise comme un état de permanence constitué de repères fixes qui donnent un sentiment d'unité et de cohésion de la personnalité. Pour Gallard, l'identité, en lien avec le concept de continuité, renvoie au sentiment et à la sensation d'être soi. Elle

traduit «une expérience intérieure, vécue, ressentie plus ou moins intensément selon les personnes, les moments, et les événements de la vie qui se présentent... Elle s'introjecte, et le sujet devenu adulte qui rentre en relation avec une personne qui l'intéresse anime en lui-même les relations primaires inconscientes avec

ses objets intériorisés de la petite enfance» (5). S'appuyant sur l'approche théorique d'Erikson, Lannegrand-Willems estime que «résultant d'un processus de questionnements, l'identité "réalisée" correspond à un engagement flexible mais durable dans les domaines vocationnel et professionnel, qui contribue à l'intégration de l'individu dans la société, permettant un sentiment de bien-être et de confiance à un niveau individuel» (6).

Par ailleurs, l'un des enjeux du passage adolescent concerne l'intégration de la représentation du corps sexué dans ses liens à l'organisation fantasmatique, ce qui ne peut se réaliser sans encombre. À l'adolescence, les changements liés à l'action pubertaire font traumatisme. Au temps adolescent, le lien entre le corps et la psyché peut sembler rompu, le corps étant vécu comme étranger au risque extrême d'une dépersonnalisation. Selon Laufer repris par Matot, «les changements corporels de la puberté sont ressentis non seulement comme une perte de contrôle, mais surtout comme l'effet d'un pouvoir extérieur aux adolescents qui agit sur leur corps, les confrontant à des vécus persécutifs, d'impuissance, de passivation, liés inconsciemment à



La psychothérapie institutionnelle s'est développée dans la période suivant la seconde guerre mondiale, qui présentait aussi son lot d'incertitudes tout comme un potentiel de renouveau.

l'action d'une mauvaise mère omnipotente» (3). L'entrée en adolescence fait aussi bouger toute la construction identitaire mise en place au cours de l'enfance. L'adolescence, dans le mouvement développemental qu'elle induit, provoque un déséquilibre réactivant potentiellement des angoisses, des peurs, des sentiments d'insécurité, de solitude, de colère, de culpabilité, de honte à la mesure du manque de souplesse et de suppléance des mécanismes qui ont été mis en œuvre pendant l'enfance, au niveau intrapsychique et des modes relationnels familiaux et extra-familiaux (3).

Aspects concernant la thérapie institutionnelle

À propos de la psychothérapie institutionnelle, Delion rappelle qu'elle s'est développée dans la période suivant la seconde guerre mondiale, incomparable aux temps que nous connaissons aujourd'hui, mais qui présentait elle aussi son lot d'incertitudes tout comme un potentiel de renouveau (7). L'auteur

reprend le point de vue de Tosquelles qui propose aux patients de participer, moyennant certains aménagements de l'institution de soin, à leur prise en charge par le biais d'une place active dans le quotidien de leur séjour thérapeutique. Il s'agit d'un premier pilier de la psychothérapie institutionnelle qui permet à la fois de s'appuyer sur la «partie saine», les compétences fonctionnelles préservées du soigné, tout en invitant l'équipe de soignants à comprendre les interactions quotidiennes de ce soigné (aussi bien parmi ses pairs qu'avec les soignants) comme une projection transférentielle diffractée de son monde intrapsychique. Ce faisant, une conception humaniste de la maladie mentale et des soins est préservée, puisque chaque patient, selon ses possibilités, est invité à participer à la valorisation du quotidien de l'institution. Par ailleurs, la possibilité d'une diffraction du transfert sur une équipe multidisciplinaire présente au quotidien permet l'accompagnement de troubles

complexes qui ne peuvent trouver un accompagnement suffisant dans des prises en charges ambulatoires ou des séjours hospitaliers courts: troubles psychotiques, troubles de l'attachement, multi-diagnostics psychiatriques... Autant de situations où les manifestations symptomatiques s'impriment dans le quotidien et où le colloque singulier est insuffisant, voire dépassé, comme outil thérapeutique.

La prise en charge de ces affections dans le contexte de la psychothérapie institutionnelle suppose l'organisation de réunions fréquentes permettant le rassemblement des projections diffractées pour en dégager, d'une part, des compréhensions cliniques et, d'autre part, des indications thérapeutiques. Ces temps de réunion, de rassemblement, autour d'un patient sont nécessaires tant pour son accompagnement thérapeutique que pour la bonne santé de l'équipe. On comprend en effet que dans une telle organisation de psychothérapie institutionnelle, l'équipe soignante est constamment confrontée à une mission de portage psychique intense. Il s'agit d'un deuxième pilier de la psychothérapie institutionnelle qui porte une attention particulière à la santé du collectif soignant. Ceci trouve un écho particulier en 2024, dans ce contexte spécifique d'épuisement du monde de soins, notamment en santé mentale.

La symptomatologie adolescente

Abordons la thématique en soulignant combien un malentendu représente une belle opportunité de rencontre d'un jeune en l'invitant à une interprétation correcte des faits, en tenant compte de la place qu'ils occupent dans le fonctionnement psychique et relationnel (8). Dans cette perspective, le thérapeute d'adolescents assure la fonction de «passeur de temps» dans le sens où le jeune retrouve une prise sur sa propre existence...

Au risque de la simplification, nous proposons de regrouper les symptômes manifestés par l'adolescent qui demande un séjour au Centre sous forme de trois tableaux distincts.

1) Nous rencontrons tout d'abord des jeunes en crise proprement dite. Les manifestations critiques sont habituellement aiguës, intenses et spectaculaires. L'agir est au premier plan et peut adopter les multiples facettes de ce que l'on appelle les troubles externalisés du comportement (9). Ce n'est pas toujours le cas et l'attention doit être portée aux crises dites «silencieuses» lorsque le jeune se replie sur lui-même, décroche de ses centres d'intérêt et de ses liens privilégiés. L'absence d'éclats peut erronément rassurer un entourage socio-familial trop préoccupé par d'autres sources de stress patentes. Rappelons combien les représentations sociales de la crise sont variées et variables; pour telle famille, certains événements seront compris comme critiques, alors qu'une autre les intégrera dans le décours des péripéties normales de l'existence.

2) Le deuxième tableau est constitué par ce que nous appelons les «adolescentes empêchées». Ici, le jeune est d'une certaine manière «en panne» dans l'existence, état en lien avec des questions non résolues de l'enfance. Celles-ci correspondent à des traumatismes antérieurs toujours actifs ou à des contextes transgénérationnels pathogènes. L'adolescent manifeste inhibition, phobie ou toute autre déclinaison de l'anxiété. Une comorbidité est fréquente, aggravant la problématique d'origine et favorisant une chronicisation de la symptomatologie (10).

3) Enfin, nous rencontrons les pathologies psychiatriques dites «installées»

depuis l'enfance et qui émergent au cours de l'adolescence. Les jeunes peuvent présenter une décompensation à grand fracas d'un tableau qui préexistait à bas bruit (10). Il n'est pas rare qu'une intervention en urgence soit nécessaire, quand ce n'est pas une mise en observation de quelques semaines. L'anamnèse peut parfois mettre en évidence des signes préexistants qui n'avaient pas spécialement alerté l'entourage familial ou professionnel. Ce n'est alors que dans un temps différé que l'admission dans le Centre se conçoit, lorsque les symptômes se sont stabilisés et que les risques de passage à l'acte, par exemple suicidaire, sont réduits.

À l'adolescence, il est délicat d'attribuer le statut d'une maladie mentale à une présentation symptomatique manifestée à un moment donné.

D'une manière générale, comme nous l'avons discuté par ailleurs, nous avançons avec prudence sur les questions diagnostiques, accordant toute l'importance à la fluctuance des tableaux cliniques présentés à cette période de la vie. Étant donné les transformations continues de l'individu dans son fonctionnement psychique et ses modalités relationnelles à l'adolescence, il est délicat d'attribuer le statut d'une maladie mentale à une présentation symptomatique manifestée à un moment donné. Il n'est d'ailleurs pas rare d'entendre des cliniciens en désaccord au sujet de l'existence d'un trouble précis tant l'adolescent en question se montre méconnaissable, étrange ou rassurant, selon les contextes professionnels (11). L'exception existe évidemment pour les

pathologies psychiatriques installées, déjà présentes durant l'enfance. Quoi qu'il en soit, nous relevons la menace d'une «psychiatisation à outrance», estimant incontournable le temps d'un diagnostic différentiel évolutif, tenant compte des champs de compétences et de ressources à côté de ceux des vulnérabilités. La perspective principale vise habituellement la remise en mouvement des instances psychiques à l'arrêt. Soulignons, à la suite de Winnicott, qu'un remède réel à l'adolescence consiste dans le temps et les processus de maturation graduels qui aboutissent finalement à l'apparition de la personne adulte. On ne peut ni les accélérer ni les ralentir mais, en intervenant, on risque de les interrompre et de les détruire, ou

encore ils peuvent se flétrir de l'intérieur et aboutir à la maladie mentale. Osons d'une certaine manière «suspendre le diagnostic», un temps du moins...

Cadre thérapeutique

Se situant dans un hôpital général, le Centre Thérapeutique pour Adolescents (CTHA) accueille 12 jeunes, garçons et filles, âgés entre 14 et 21 ans, sur la base d'une convention de rééducation. Le séjour est prévu pour une période de 6 mois pouvant être prolongés de 3 mois. Le Centre s'inscrit habituellement dans un troisième temps (ou palier) après des interventions d'abord ambulatoires puis hospitalières auprès du jeune en difficulté. Ainsi, par exemple, dans le décours d'une hospitalisation spécifique après décompensation,

il arrive qu'un retour dans le milieu de vie habituel de l'adolescent s'avère prématuré et qu'un temps intermédiaire soit nécessaire pour permettre au jeune de se reconstruire dans un cadre à la fois protégé et mobilisateur. C'est alors qu'apparaît l'indication d'un séjour au Centre. Le postulat de base consiste en la déconstruction liée à la transformation adolescente et à la déconstruction de la folie telle qu'elle est parfois attribuée à l'adolescent en difficulté.

Concrètement, le Centre ferme ses portes 3 week-ends par mois, ce qui permet un mouvement d'aller-retour avec le milieu de vie du jeune et une collaboration avec son entourage socio-familial. Se déroulant dans un lieu extérieur, le week-end mensuel d'intégration invite le jeune dans une dynamique de groupe quelque peu différente de celle de semaine. Proposant un soin psychothérapeutique communautaire, le CThA soutient les ré-expérimentations des liens à travers les alliances, les ruptures, les trahisons, les drames, les conflits d'une dynamique du quotidien. De l'extérieur, le Centre est décrit telle une ruche. En effet, l'observateur peut percevoir un chaos apparent, un va-et-vient de jeunes et d'adultes. La structure espace-temps répétitive se veut toutefois ferme et souple à la fois. Ce cadre qui tolère l'exception accueille les différents symptômes des jeunes qui sont admis en aménageant l'adaptation individuelle. Les transgressions sont évidemment reprises et traitées mais ne mènent pas automatiquement à l'exclusion. Des temps d'arrêt, de réflexion, de suspension temporaire de séjour sont aménagés en lien avec l'évolution du jeune et/ou de sa famille. La perspective est de rythmer le travail psychique et relationnel en soutenant ou en faisant émerger la crise ou, au contraire, en tentant de retrouver la sérénité afin de remobiliser les forces de reconstruction et d'enchantement. Au cours de la semaine, le jeune participe à

des ateliers assurés, d'une part, par des permanents et, d'autre part, des enseignants. Les permanents constituent la première ligne, qui est composée d'une douzaine d'adultes munis actuellement de diplômes d'éducateur, d'infirmier, de travailleur social, d'assistant en psychologie ou de kinésithérapeute. Les permanents proposent des ateliers permettant de transmettre un savoir-faire susceptible d'éveiller le désir chez le jeune. À côté de ceux-ci, une équipe pédagogique composée d'enseignants spécialisés aborde en des temps particuliers les aspects d'apprentissage et de scolarité sans toutefois «donner cours». L'éveil artistique, culturel, philosophique est privilégié sous des formes attractives. Au sein de l'institution, une deuxième ligne, constituée d'un responsable de maison, de 2 psychologues et de 3 médecins (1 généraliste et 2 pédopsychiatres), assure une fonction de tiercéité en «reprenant, décalant, triangulant»... continuellement. Le quotidien est ainsi scandé par des temps communs et individuels, entre jeunes et adultes, chacun côtoyant l'autre dans des relations nécessairement authentiques.

Conclusion

L'adolescence est marquée par une nécessité de réorganisation des défenses psychiques préexistantes. Les aléas de la construction identitaire viennent notamment bousculer cette organisation psychique. Les remaniements profonds inhérents à la puberté viennent exacerber l'entrelacement corps-psyché, désordre psychique et corporel se répondant mutuellement. La perception d'un corps qui échappe au contrôle du sujet n'est ainsi pas rare. Ces remaniements impliquent de potentiels débordements des manifestations symptomatiques hors de la psyché (12). Par ailleurs, le travail psychique de réorganisation implique une déconstruction dont l'écueil est un recours à la destructivité. Ces débordements, par leur intensité et/ou leur durée, rendent

insuffisant un accompagnement thérapeutique ambulatoire ou hospitalier de court séjour. La difficulté est alors vraisemblablement liée à un manque de portage induit par la discontinuité des rencontres et/ou par l'isolement du soignant qui ne lui permet pas de rassembler les différentes projections du sujet adolescent. Dans les cas les plus complexes, un accueil et un accompagnement au sein d'une unité de psychothérapie institutionnelle restent indiqués. Les principes de la psychothérapie institutionnelle en général, et leurs applications au CThA en particulier, nous semblent en effet suffisamment éprouvés pour rencontrer des adolescents en souffrance et les accompagner dans la perspective d'un travail de «désaliénation psychopathologie et sociale» (pour reprendre la thèse d'Oury, 13). Dans le contexte des mouvements sociétaux actuels, tant ceux qui concernent les aspirations individuelles que les difficultés systémiques qui placent les soins de santé sous pression, la psychothérapie institutionnelle est susceptible de soutenir une forme d'humanisme dans les soins psychiatriques.

Références

1. Marcelli D, Braconnier A, Tandonnet L. Adolescence et psychopathologie. Elsevier Masson, Paris, 2018.
2. Le Breton D. Disparaître de soi. Une tentation contemporaine. Eds Métailié, Paris, 2015.
3. Matot JP. L'enjeu adolescent: Déconstruction, enchantement et appropriation d'un monde à soi. Le Fil rouge, Puf, Paris, 2012.
4. Winnicott DW. Aggressivité, culpabilité et réparation. Payot, Paris, 2004.
5. Gallard M. L'identité incertaine. Cahiers Jungiens de psychanalyse 2010; 2 (132):39-50.
6. Lannegrand-Willems L. Le développement de l'identité à l'adolescence: quels apports des domaines vocationnels et professionnels? Enfance 2012;3(3):313-27.
7. Delion P. La psychothérapie institutionnelle: d'où vient-elle et où va-t-elle? Empan 2014;4(96):104-12.
8. de Becker E. L'adolescent aux diagnostics multiples ou le trouble dissociatif de l'identité à l'adolescence. Annales Médico-Psychologiques 2019;DOI: 10.1016/j.amp.2019.07.001.
9. Dermesropian A, Charlier D, Goffinet S et al. Les scarifications à l'adolescence: Réflexions théorico-cliniques. Enfances/Adolescences 2017;2(32):27-46.
10. de Becker E. Le processus d'admission dans un centre thérapeutique pour adolescents comme temps de créativité et de (re)mobilisation. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence 2018;66(2):122-8.
11. Corcos M, Lamas C. Fonctionnements limites à l'adolescence: psychopathologie et clinique psychodynamique. L'information psychiatrique 2016;92(1):15-22.
12. Le Breton D. Se reconstruire par la peau. Marques corporelles et processus initiatique. Revue Française de Psychosomatique 2010;2(38):85-95.
13. Oury J. Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle. Traces et configurations précaires. Eds Champ social, Nîmes, 2001.