



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mémoire

Questionnement identitaire dans un parcours de vie traumatique à l'adolescence

The questioning of identity in a traumatic life course in adolescence

Alexandres Riolo, Stéphanie Monfort, Emmanuel de Becker*

Cliniques universitaires Saint-Luc, Avenue Hippocrate, 10 à B, 1200 Bruxelles, Belgique

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 28 septembre 2020
Accepté le 2 novembre 2020

Mots clés :
Abus
Adolescence
Identité
Intimité
Résilience
Transgenre
Traumatisme

Keywords:
Abuse
Adolescence
Identity
Intimacy
Resilience
Transgender
Trauma

RÉSUMÉ

Cette contribution nous invite à suivre quelques pans de l'accompagnement thérapeutique d'une adolescente en proie à des interrogations sur son histoire, ses liens, son identité, et à travers ces thématiques sur sa valeur et son estime de soi. Pour notre part, nous questionnons la portée traumatique des événements de vie de cette jeune qui s'énonce petit à petit en fonction des lieux de soins successifs. Dans ce décours, l'adolescente met en exergue différents biais et enjeux de l'identité de genre. À ce propos, nous ouvrons l'hypothèse du vécu transgenre comme modalité de positionnement identitaire à l'adolescence, tout en veillant à démarquer la notion de transidentité du champ pathologique. Nous rappellerons aussi quelques notions autour du trauma infantile, des aspects identitaires à l'adolescence et de l'évolution de la question transgenre au sein de la société et de la psychiatrie.

© 2020 Publié par Elsevier Masson SAS.

ABSTRACT

This contribution invites us to follow some aspects of the therapeutic accompaniment of a teenager prey to questions about her history, her ties, her identity, and through these themes on her value and her self-esteem. For our part, we question the traumatic impact of the life events of this young woman, who speaks out little by little according to the successive places of care. In this ramble, the teenager highlights different biases and issues of gender identity. In this regard, we open the hypothesis of transgender experience as a modality of identity positioning in adolescence, while making sure to distinguish the notion of transidentity from the pathological field. We will also recall some notions around infant trauma, identity aspects in adolescence and the evolution of the transgender issue in society and psychiatry.

© 2020 Published by Elsevier Masson SAS.

1. Introduction

Si on ne peut réduire la construction identitaire individuelle à la seule traversée adolescente, celle-ci constitue un moment critique de remaniements intrapsychiques, relationnels et sociaux. Le double mouvement de confrontation aux assises parentales et de recherche de supports identificatoires extérieurs a été décrit par différentes théories, concernant tantôt des aspects du fonctionnement psycho-affectif, tantôt des aspects plus sociologiques [27]. Cette étape de vie n'est pas à l'abri d'un développement

empêché, pouvant conduire à des états de souffrance psychique voire à des manifestations psychopathologiques. La « bonne santé » du processus adolescent s'étaye ainsi sur une balance entre les expériences infantiles, leurs éventuelles carences (et/ou traumas), et les possibilités de résilience offertes entre autres par la société.

Cette contribution nous invite à suivre quelques pans de l'accompagnement thérapeutique d'une adolescente en proie à des interrogations sur son histoire, ses liens, son identité, et à travers ces thématiques sur sa valeur et son estime de soi. Pour notre part, nous questionnons la portée traumatique des événements de vie de cette jeune qui s'énonce petit à petit en fonction des lieux de soins successifs. Dans ce décours, l'adolescente met en exergue différents biais et enjeux de l'identité de genre. À ce propos, nous

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : emmanuel.debecker@uclouvain.be (E. de Becker).

ouvrons l'hypothèse du vécu transgenre comme modalité de positionnement identitaire à l'adolescence, tout en veillant à démarquer la notion de transidentité du champ pathologique [8,17,28]. En effet, comme nombre de cliniciens, nous estimons que la transidentité est en soi une orientation parmi d'autres quand bien même certains professionnels de la santé considèrent généralement l'existence d'éléments psychopathologiques qui étaient ce choix identitaire [6].

2. Vignette clinique

Sans être paradigmatique, l'illustration clinique montre combien les questions identitaires peuvent s'articuler à des éléments de vie traumatiques d'un sujet. Marie est l'enfant unique d'un couple parental qui se sépare lorsqu'elle a neuf ans. Elle est âgée de quinze ans quand elle se présente en situation de « crise » aux urgences psychiatriques d'un hôpital général. Elle est à chaque fois accompagnée de sa mère. La jeune présente des crises anxieuses avec de nombreuses répercussions somatiques : tachypnée, perte du contact oculaire, symptomatologie qui correspond à une altération de la conscience la rendant inaccessible aux interactions avec l'entourage. Son corps se crispe et elle est alors incapable de bouger, comme tétanisée, ces crises ayant une durée variable (de quelques minutes à une demi-heure). Une fois apaisée, Marie retrouve son état normal et peut rentrer à domicile. Ceci étant, le passage aux urgences se répète, parfois plusieurs jours d'affilée. Il s'agit d'une première phase marquée par une symptomatologie aiguë, émaillée de crises paroxystiques. Devant ce tableau répétitif, les urgentistes décident de l'hospitaliser quelques jours, le temps de saisir les tenants et aboutissants de ces manifestations.

Durant ce premier séjour, elle est rencontrée par un clinicien de psychiatrie de liaison. Se confiant, Marie évoque plusieurs problématiques ; la fréquentation scolaire est à l'arrêt suite à des questions de harcèlement, la séparation parentale reste source de conflits majeurs, la jeune étant principalement hébergée chez sa mère. Celle-ci souffre d'une maladie pulmonaire chronique nécessitant des hospitalisations régulières. Madame est en attente d'une greffe pulmonaire. Notons que son suivi régulier, intense, se déroule dans l'hôpital dans lequel Marie est hospitalisée. Mère et fille partagent donc ce lien, en fréquentant le même hôpital qui assure pour elles deux une double fonction et de soins et de socialisation. Elles se retrouveront d'ailleurs régulièrement à la cafétéria de l'hôpital avec des patients, devenus avec le temps des amis de la mère.

Notons que les contacts entre Marie et son père sont rares et tendus. L'hospitalisation en pédiatrie donnera lieu à une prise en charge spécifique de « psychiatrie de liaison renforcée » à travers le dispositif PIM que nous avons eu l'occasion de décrire par ailleurs [23,31]. Ce dispositif s'appuie sur une équipe multidisciplinaire (un pédopsychiatre, un psychologue, un kinésithérapeute, deux éducateurs) intervenant en général sur une période de deux semaines d'hospitalisation en pédiatrie. Soulignons que des exceptions sur la durée d'intervention existent... La perspective vise à proposer à l'adolescente tout un parcours d'élaboration autour de ses symptômes en vue de leur appropriation permettant à la fois un apaisement et une récupération fonctionnelle. Le cas échéant, la mise en place d'un dispositif psychothérapeutique post-hospitalisation s'avérera pertinente. Les cliniciens du PIM la rencontrent ; Marie est habillée de noir avec des vêtements amples qui peinent à dissimuler son obésité. Elle a de longs cheveux blonds qu'elle noue en une queue-de-cheval. D'emblée, elle évoque ses crises d'angoisse, en notant que les facteurs qui les précipitent échappent à sa conscience. Le dispositif thérapeutique organise des entretiens individuels avec elle, avec les père et mère séparément,

ainsi que des entretiens croisés avec Marie et chacun de ses deux parents. Durant ce séjour, la symptomatologie quitte peu à peu le registre des troubles anxieux avec états de panique pour se rapprocher du domaine des troubles du comportement : passages à l'acte avec fugue, scarification, opposition et agressivité. Ce glissement s'opère à mesure que les questions d'identité ainsi que celles liées aux liens intra et extra-familiaux sont abordées. Marie explique être en souffrance dans les interactions avec ses pairs depuis de nombreuses années. Elle n'a guère expérimenté de vécu positif dans son environnement scolaire depuis longtemps ; à ses écueils relationnels s'ajoutent des difficultés dans le registre des apprentissages. Au niveau familial, elle oscille entre élans de haine et d'amour envers ses parents. Ceux-ci apparaissent donc alternativement comme ressources, soutiens et responsables de ses malheurs. Cependant, les entretiens entre Marie et son père se terminent de manière conflictuelle, au point où l'hébergement chez ce dernier n'est plus envisageable. L'état physique de Madame se dégradant et nécessitant des hospitalisations de plus en plus régulières, il s'avère inadéquat que Marie retourne à son domicile. Différentes orientations sont alors élaborées, Marie se sentant davantage encore isolée, esseulée. Lors des rencontres ciblées sur les alternatives d'hospitalisation, nous constatons une recrudescence des crises. Marie confie à quel point elle identifie l'hôpital tel un refuge, un lieu sûr qui la déleste de nombre de préoccupations. Elle-même pourra les identifier : enjeux relationnels parentaux, interrogations sur l'attachement autant dans la sphère familiale qu'avec ses pairs, mécanisme de parentification... Et c'est à ce moment qu'est verbalisé d'une manière plus formelle son désir de transformation de son identité de genre. C'est au cours de ce séjour de trois mois en pédiatrie que s'ouvre auprès du staff infirmier le vécu transgenre, tenu secret jusqu'alors. Marie aborde la question de son identité et en corollaire son désir d'être reconnue dans son vécu. Un des premiers signes concrets de son évolution transparaît dans sa chevelure. Marie souhaite couper ses longs cheveux blonds. Les infirmières organisent avec elle le passage d'une coiffeuse. Elle portera désormais les cheveux coupés très court et relevés par du gel. Après un mois d'hospitalisation, la question de son identité de genre émerge donc, s'exprimant par le corps, tout comme l'angoisse était véhiculée par des symptômes physiques, d'abord aux urgences puis en pédiatrie. Par la suite et de manière progressive, elle émet l'idée, qui deviendra un besoin essentiel, de ne plus s'appeler Marie, de ne plus être nommée comme telle, choisissant dorénavant le prénom « Ben ».

Pour la suite, différents projets sont élaborés avec elle, le séjour en pédiatrie devant se clôturer ; *in fine*, elle acceptera la poursuite de la prise en charge successivement en service résidentiel de psychiatrie pour adolescents et dans un lieu de psychothérapie institutionnelle, pour une durée globale d'une année. Vu les questions autour de l'attachement, la transition entre un espace de soins et un autre est loin d'être évidente. Quitter un lieu pour en investir un autre ne se fait pas sans une régression symptomatique marquée par des manifestations anxieuses ainsi que des décharges agressives. Quoi qu'il en soit, Marie poursuit son évolution et s'investit dans les lieux thérapeutiques après un temps d'acclimatation. Elle commence entre autres à expérimenter des relations positives avec ses pairs, au sein d'un lieu de psychothérapie institutionnelle dans lequel elle restera neuf mois. Là, forte d'un apaisement individuel et d'un projet scolaire concret envisageable, Marie souhaite s'impliquer dans une psychothérapie individuelle... mais pas avec n'importe quel intervenant ! Elle reprend contact de sa propre initiative avec la psychologue faisant partie du dispositif PIM, rencontrée dans le cadre de son hospitalisation en pédiatrie. Au début du suivi ambulatoire, des idéations suicidaires se manifestent et un partenariat de soin avec un psychiatre est organisé. Mais, à nouveau, elle désire rencontrer l'intervenant qu'elle a connu lors de son long séjour en pédiatrie.

Ces aspects soulignent une fois de plus l'importance pour cette jeune des lieux et personnes connus et reconnus afin de pouvoir s'investir dans un travail individuel centré sur son intimité.

Cette vignette s'appuie sur un matériel clinique dense et complexe, recueilli à différents temps du parcours de soins. Marie, ou plutôt Ben, est ainsi accompagné(e) sur une longue période, dans des dispositifs de soins distincts : service de crise psychiatrique, service de pédiatrie avec psychiatrie de liaison et dispositif PIM, service résidentiel en psychiatrie infanto-juvénile, centre de psychothérapie institutionnelle, psychothérapie individuelle en ambulatoire. Ces différents temps et lieux ont scandé le processus évolutif de la maturation psychique d'un(e) jeune confronté(e) à de multiples aspérités. Le tableau clinique, partant d'une symptomatologie anxieuse et somatique, a évolué vers un tableau d'opposition comportementale puis de questionnement identitaire. En parallèle, on note d'abord une grande proximité à la figure maternelle et à l'environnement qui lui est attribué (l'hôpital général) vers une distanciation progressive et une prise en charge dans des lieux propres.

Aujourd'hui, Ben a dix-huit ans. Le prénom a été officiellement modifié et une première intervention chirurgicale réalisée. Le jeune est aussi exposé aux premières déceptions. Malgré les modifications physiques tant espérées, la problématique identitaire et relationnelle est loin d'être apaisée. Nous y reviendrons plus loin, reprenant des éléments de cette vignette clinique dans la discussion.

3. Points de réflexion

Avant de discuter plus en détail la situation clinique, nous proposons de baliser cette contribution de points de réflexion théorique en lien avec les thématiques qui émergent dans la situation de Marie.

3.1. Construction identitaire et adolescence

Alors que la symptomatologie anxieuse s'apaise progressivement au cours du séjour, l'opposition et les réflexions adolescentes prennent une place proportionnellement plus importante. La construction identitaire à l'adolescence est loin de constituer un processus linéaire et monocausal ; elle se révèle par essence transactionnelle, plusieurs facteurs entrant en interdépendance avec l'état du sujet. Un des grands défis vise à se constituer une intimité propre, une différenciation par une juste prise de distance s'étayant sur de multiples interactions. Comme le souligne Marcelli, « les expressions psychopathologiques observées à cet âge sont sous l'étroite dépendance des remaniements psychiques liés à l'émergence pubertaire » [26, p. 164]. Certains soutiennent la thèse d'une dominante développementale mettant l'accent sur la continuité dans les phénomènes de construction identitaire infantile dans laquelle la psychopathologie de l'adolescence se conçoit comme révélateur des défaillances problématiques restées en suspens dans l'enfance.

Les théories psychodynamiques d'inspiration freudienne ont développé le concept de crise impliquant un processus de (re)construction identitaire tributaire d'un double mouvement. Le premier confronte les parents comme supports de l'identité et dans les places et fonctions qu'ils occupaient durant l'enfance. L'explosion libidinale de la puberté rend en effet leur proximité menaçante, la réactivation du conflit œdipien à l'adolescence plaçant le sujet à la merci d'un inceste désormais réalisable. Les caractéristiques de ce mouvement de distanciation sont liées aux capacités de pare-excitation du Moi et peuvent adopter divers accents (régression infantile, mécanismes propres...). C'est lorsque le Moi est empêché de se réaliser que la crise

adolescentaire risque de devenir pathologique [26]. Le second mouvement de (re)construction identitaire va, quant à lui, s'étayer sur des personnes modèles de la lignée familiale situées plus à distance (les grands-parents par exemple) et/ou sur des instances culturelles ou sociales (groupe de pairs, identification culturelle ou politique...). La pression biologique du réel pubertaire est donc à la source d'une fragilisation constitutive de l'identité à l'adolescence. Le corps en transformation refaçonne l'identité subjective, tout en y insérant du trouble à la place des certitudes infantiles. L'adolescence est un moment de déséquilibre, de troubles passagers, propices à une redéfinition du Moi et de l'Idéal du Moi. Ce moment de redéfinition de l'identité est également tributaire de la solidité des supports fournis pendant l'enfance. Des relations précoces suffisamment satisfaisantes sont nécessaires pour permettre un étayage du narcissisme. C'est à cette condition que des objets d'identification extérieurs sont recherchés lorsque la pression pulsionnelle de la puberté le requiert. Dans le cas contraire, la recherche de relations objectales extra-familiales autorisant une intériorisation puis une identification est entravée par la menace qu'elles constituent face à un narcissisme fragile (chez le parent ou chez le sujet). On comprend ainsi les répercussions ultérieures susceptibles d'être générées par des traumatismes antérieurs infantiles sur la question identitaire à l'adolescence (et ceci d'autant plus que l'événement traumatique est peu ou pas élaboré).

Quant à la lecture systémique proposée entre autres par Neuburger, elle voit la construction de l'identité à travers le lien à l'intimité [29,30]. Il s'agit d'un processus s'activant généralement à l'adolescence. Selon cet auteur, l'intimité se construit à travers l'élaboration de trois territoires (ou espaces) : physique, psychique et celui des compétences. L'espace physique désigne le corps mais aussi toutes ses extensions tels les vêtements, la chambre. L'adolescent s'approprie et construit son intimité physique en faisant l'expérience de tantôt l'ouvrir, tantôt la rendre inaccessible à autrui. Pour Neuburger, c'est sur cette potentialité de pouvoir construire son intimité (et sur la conscience qu'en a le jeune) que se développent l'identité ainsi que le sentiment d'existence [29]. L'espace psychique correspond au monde des pensées et des représentations. Se façonne un lieu d'équilibre entre ce qui a été reçu de sa famille et les apports provenant du monde externe (valeurs, modèles comportementaux...). Le tri opéré entre l'héritage parental, ce que le jeune acquiert progressivement de l'extérieur et ce qu'il garde finalement organise peu à peu un psychisme propre. L'espace des compétences correspond aux choix que l'individu opère en décidant de s'investir dans un domaine d'épanouissement personnel et en choisissant des connaissances spécifiques. Dans les systèmes familiaux enchevêtrés, le positionnement parental que l'on perçoit comme désengagé auprès de l'adolescent entraîne des difficultés dans la construction identitaire tout en constituant une menace pour l'homéostasie du système. La présence d'un tiers, quand elle est acceptée, permet une distanciation physique qui rend alors possible d'amorcer la distanciation psychique et la quête de l'intime. Ce n'est pas tant le nombre de facteurs que leur prépondérance et leur implication dans un modèle transactionnel qui interviennent dans ce processus de construction identitaire à l'adolescence. Y occupant une place privilégiée, le corps représente le creuset des modifications pubertaires, étant fréquemment le lieu électif de la symptomatologie comparativement aux autres âges ; pour l'illustrer, pensons aux automutilations, aux troubles des conduites alimentaires, aux somatisations, aux passages à l'acte sexuels...

Par ailleurs, si Jeammet considère ce corps à l'adolescence comme figure d'objet transitionnel, Matot, s'appuyant sur les travaux de Winnicott, développe la notion de transitionnalité à cette période de la vie [20,27]. Le corps du jeune constitue un point de départ d'un jeu de domino qui bouleverse la psyché et remanie

de facto son identité. Les repères que l'enfant avait établis sont nécessairement perturbés autant sur le plan proprioceptif qu'au niveau des représentations symboliques et plus loin des interactions sociales qu'il tisse avec cette enveloppe charnelle [19]. Faut-il rappeler combien la sociologie des adolescents a mis en exergue l'importance du groupe ainsi que des codes utilisés comme modalités interactives. . .

3.2. L'anxiété post-traumatique

L'anxiété s'exprimant dans le corps est la plainte principale que Marie manifeste au début de sa prise en charge. Une telle charge anxieuse non élaborée nous invite à considérer, à la lumière des éléments de son histoire, la question d'un vécu traumatique. Rappelons que le parcours de vie de tout individu est marqué par des événements plus ou moins douloureux. Pour avoir une portée traumatique, l'événement doit représenter une menace, réelle, hypothétique ou imaginée, pour l'intégrité de la personne, dépasser ses potentialités réactionnelles, adaptatives, survenir de manière soudaine, imprévue. Il s'accompagne de sentiments d'effroi, de terreur, d'impuissance, de solitude, d'abandon. . . [14,15]. L'individu expérimente un vécu où la mort, la sienne ou celle d'un tiers, fait partie du domaine du possible. On distingue différents types de traumatisme. Le type 1, appelé « traumatisme simple », se rapporte à un événement unique, limité dans le temps, induit par un agent stressant aigu. C'est l'exemple de l'accident, d'une catastrophe naturelle ou d'une agression physique. Le traumatisme de type 2 correspond à une situation qui se répète ou qui menace de se reproduire. Il s'agit de contextes stressants chroniques voire abusifs comme les faits de guerre, les violences intrafamiliales, les traumatismes secondaires vécus par les intervenants de l'aide et des soins. . . Le maintien de Marie comme seule personne aidante auprès de sa mère malade l'a ainsi confrontée de manière répétée à une situation de risque vital. Soulignons que, si initialement un traumatisme est toujours de type 1, des mécanismes d'adaptation de plus en plus pathologiques vont apparaître avec le maintien du contexte dysfonctionnel. Solomon et Heide ont spécifié un troisième type pour décrire les conséquences d'événements multiples, envahissants et violents débutant à un âge précoce et présents durant une longue période [33,34]. L'inceste et les diverses maltraitances infligées aux enfants en sont des illustrations paradigmatiques [21]. On décrit également le « traumatisme complexe » résultant d'une victimisation chronique, d'un assujettissement d'un sujet, tel un enfant, sous l'emprise d'un auteur d'actes traumatogènes.

En se référant à une lecture psychodynamique, on considère que l'individu victime d'un événement traumatisant n'a pas la capacité de rattacher celui-ci à une chaîne signifiante. Lors du traumatisme, le « réel de la mort », en d'autres termes une image de sa propre mort jusque-là inimaginable, fait effraction dans le psychisme. Au-delà de l'acte lui-même, l'image traumatique traverse le pare-excitation et se fixe au niveau du refoulement originaire. Le trauma repousse les représentations, les signifiants et les émotions qui y sont associées. L'expérience de victimisation corollaire au vécu d'effraction, de « chosification », est d'autant intense que le jeune enfant ne dispose pas encore des mécanismes de sauvegarde psychique pour faire face et métaboliser l'événement traumatique. On retrouve différentes notions rattachées à la maltraitance comme celles de destructivité et de traumatisations primaire et secondaire. Ce dernier terme nous semble inapproprié car il ne définit que la chronologie. On devrait utiliser celui de traumatisation seconde, étant donné qu'elle survient après la cessation des faits transgressifs dans l'ordre du temps, sans être nécessairement d'importance secondaire. En soi, elle correspond à une charge de souffrance morale, de perturbations intrapsychiques

et relationnelles que l'enfant subit de par les multiples retentissements socio-familiaux apparaissant après l'arrêt de la maltraitance. Elle peut prendre des proportions plus puissantes et plus durables que les déséquilibres provoqués directement par l'agression première. Aujourd'hui plus que jamais, la maltraitance sexuelle infantile représente l'agression traumatogène la plus socialement inacceptable. Ceci étant, la maltraitance n'engendre pas toujours de perturbations visibles à court ou à long terme ; nous rencontrons autant de trajectoires individuelles à l'issue de la transgression qu'il existe d'individus dans leur singularité. Certains connaîtront la résilience tandis que d'autres seront affectés par le trauma. Soulignons combien les effets de celui-ci peuvent être différés dans le temps voire « sauter » les générations.

Quoi qu'il en soit et comme le rappellent des auteurs comme Laplanche, l'immaturité infantile implique une non-préparation rendant arbitraire l'événement subi [24]. Pour comprendre les retentissements sur l'enfant, la théorie analytique a mis en exergue trois aspects. Le premier, temporel, souligne l'importance de l'après-coup ; ainsi, le potentiel traumatique se déploie *a posteriori*, succédant à une période d'effroi. L'aspect topique met en exergue la portée traumatogène amorcée par un souvenir interne et ravivée par un élément externe, *a priori* sans lien causal. Le dernier aspect est langagier ; ce qui n'est pas assimilé, réinscrit et traduit psychiquement (par exemple les scènes violentes) sera refoulé dans l'inconscient. L'impréparation de l'enfant le renvoie à son état d'*hilflosigkeit*, dépendance inéluctable à un autre « secourable » (*nebenmensch*), condition constitutive de l'humain en tant qu'être social. Celle-ci est entachée par ce que Ferenczi nomme une « confusion des langues » ; émerge dès lors une confusion entre un registre de tendresse et un registre pulsionnel mature. Confronté à ces mouvements, l'enfant se retrouve dans une position passive, caractéristique du pouvoir traumatogène de l'événement. Rappelons que l'expérience de passivité et la possibilité de se réapproprier une part d'activité subjective sont déterminantes dans la trajectoire de vie d'un enfant. Nous avons développé par ailleurs certains retentissements post-traumatiques de la maltraitance sur l'enfant [12,13]. Quoi qu'il en soit, les traumatismes affectent l'identité de tout sujet en devenir.

3.3. L'identité de genre

Dans la suite, intéressons-nous aux aspects de l'identité de genre, à l'évolution du concept sur le plan psychiatrique et plus largement sur celui de la santé mentale. En effet, dans la vignette clinique, l'adolescente questionne cette thématique, considérant que son attribution de genre ne correspond pas à son vécu. Pour Gauld, l'incongruence de genre traduit l'éprouvé du sujet de ne pas posséder le sexe correspondant à son genre tandis que la dysphorie de genre reflète la souffrance liée au sentiment d'incongruence [18]. Comme le souligne Chambry, le transsexualisme traduit le fait de ne pas se reconnaître dans son corps sexué. Il apparaît alors un conflit entre la représentation de soi sexué qui est en opposition avec la réalité biologique [6]. Longtemps considérée comme l'expression d'un fonctionnement psychotique, la notion de transsexualisme est petit à petit abandonnée au profit de celle de dysphorie de genre. En effet, ce n'est plus la construction identitaire qui est l'objet des préoccupations des soignants mais la souffrance que suscite le conflit interne entre le vécu subjectif et le corps de la réalité. Cette problématique se révèle être source d'une détresse majeure à l'adolescence.

Sans être exhaustifs, évoquons quelques autres auteurs qui se sont intéressés à ces aspects. Intégrant le « transsexualisme » dans le registre médical, Benjamin a décrit cette singularité par la dyade d'une conviction d'appartenir au sexe opposé et d'une souffrance découlant de celle-ci [4]. Endocrinologue et sexologue, l'auteur a

identifié cette entité clinique comme distincte du « transvestisme », qui qualifie l'adoption des mœurs et des comportements du sexe opposé. Benjamin a proposé une pharmacothérapie hormonale et une chirurgie correctrice dans la perspective de trouver l'équilibre personnel recherché par ces patients. Introduisant la distinction entre sexe et genre, Stoller considère qu'une force biologique agit sur les comportements de genre d'un individu dès son jeune âge, indépendamment du sexe assigné à sa naissance [35]. Sur le plan psychopathologique, il émet l'hypothèse d'une symbiose entre la mère et son fils combinée à une absence paternelle pouvant conduire à une extrême féminité chez le garçon. Pour Ayouche, une compréhension consensuelle de la transsexualité est issue principalement de la description d'un concept médical qui lui donne sa réalité en la « pathologisant » d'emblée [3]. Rappelons qu'il existe un développement conjoint d'un comportementalisme proche de l'endocrinologie et d'une théorisation s'étayant principalement sur la psychanalyse, dont les racines concernant un genre binaire « homme-femme » relèvent davantage de convictions subjectives que d'une vérité scientifique. Philosophe connue pour ses études des mouvements féministes et LGBT, Butler souligne ce double mouvement d'une « normation » de l'identité de genre et d'une pathologisation d'un vécu « trans » [4,5]. Ainsi, pour les cliniciens d'inspiration lacanienne, il existerait une confusion entre le pénis réel et le phallus symbolique tandis que Safouan y voit un signe de fonctionnement psychotique en lien avec une forclusion du nom-du-père [32]. Chiland prend en compte un trouble narcissique proche des états-limite avec élaboration identitaire du self sur le sexe opposé [7-9]. Pour Dor, la question se situe à la lisière entre psychose et perversion, zone où la castration symbolique impossible est substituée par une castration réelle [16]. Ces approches montrent combien le vécu transsexuel peut être lu tel un symptôme s'inscrivant dans un (dys)fonctionnement voire un trouble plus large et pour lequel la réponse opportune devrait être moins l'application d'un traitement symptomatologie (le traitement hormonal et/ou la chirurgie) que l'invitation à une cure psychanalytique. Faut-il rappeler que l'empreinte de la psychanalyse, certes indéniable sur la psychiatrie, est toutefois variable dans le temps et certainement à notre époque.

La psychiatrie actuelle retient une position ambivalente à l'égard des individus plongés dans ces situations singulières. Se distançant désormais des théories psychodynamiques, elle semble vouloir conserver un rapprochement avec la lecture endocrinologique. Alors que la place des psychiatres dans le protocole de soin (hormonal ou chirurgical) ou dans un processus juridique (changement officiel de sexe ou de prénom) reste prépondérante, leur activité diagnostique est réduite, se résumant à l'exclusion d'une comorbidité. La démarche psychiatrique d'une dysphorie de genre se rapproche d'un diagnostic d'exclusion. Sur le « terrain », la place des psychiatres demeure importante « par la force des choses » étant donné que certains chirurgiens n'opèrent que si en parallèle existe un suivi psychiatrique ; or ce n'est pas une obligation, disposition perçue comme un refus de soins par le milieu associatif.

L'évolution sémantique du « trouble de l'identité sexuelle » vers la « dysphorie de genre » survenue dans le DSM en 2013 est le signe d'une transformation sociale corollaire à la disparition, en 2017, de la nécessité d'une attestation psychiatrique pour un changement légal de sexe. Le vécu transgenre ne fait plus intervenir le psychiatre comme expert ou garant d'une norme mais tel un spécialiste pour identifier des signes de détresse inhérents à la situation, ceux-ci formant désormais l'essence exclusive de son intervention. Selon Alessandrini, Gallarda, Bouchard, les motifs de consultation d'une personne transgenre auprès d'un psychiatre sont désormais variables, tantôt limités à un aspect précis (par exemple le vécu face au rejet de l'entourage), tantôt ciblés à la demande d'un accompagnement plus thérapeutique (par exemple

un questionnement d'ordre existentiel) [1,2]. Si le vécu transgenre s'extrait aujourd'hui du champ de la maladie mentale, la fonction du psychiatre se réduisant dans ses finalités, les personnes transgenres ne sont cependant pas plus protégées que d'autres face à la souffrance psychique. Soulignons encore l'existence de situations où la question identitaire ne se résume pas à la seule assignation sexuelle, et d'autres marquées par la souffrance psychique voire la maladie mentale concomitante sans être directement liées au vécu transgenre. C'est certainement l'attention que nous portons à Marie dans le cadre de son accompagnement thérapeutique. Ainsi, à nos yeux, les rencontres avec les cliniciens de la santé mentale gardent leur pertinence quand bien même les structures ou les associations de soutien au vécu transgenre ne soutiennent pas l'idée de telles démarches.

4. Discussion

À la lumière de ces considérations et sur la base de l'illustration clinique, nous proposons d'explorer le questionnement identitaire à l'adolescence sous le prisme de la résilience. Renvoyant à la capacité de pouvoir rebondir après un traumatisme, le processus de résilience voit différents temps se succéder. Proche temporellement de l'événement traumatique, émerge la nécessité de se remettre à vivre. Peut toutefois se manifester un gel des affects qui entrave ce processus et participe possiblement à la mise en place d'un PTSD¹. Différents mécanismes peuvent apparaître tel le déni, mécanisme défensif permettant de faire face aux émotions massives engendrées par l'épreuve (éviter de trop penser à la blessure). Dans un deuxième temps, la charge du vécu émotionnel liée au trauma est petit à petit réduite, laissant la place aux représentations. Selon Cyrulnik, la représentation du trauma se construit à partir du récit intime, de l'historisation que l'individu aménage à partir de l'événement traumatique [10,11]. L'auteur précise que « le temps adoucit la mémoire et les récits métamorphosent les sentiments. À force de chercher à comprendre, trouver les mots pour convaincre et faire des images qui évoquent la réalité, le blessé parvient à panser la blessure et à remanier la représentation du trauma... Le recul du temps nous invite à quitter le monde des perceptions immédiates pour habiter celui des représentations durables » ([11], p. 224). Ainsi, le processus résiliant se base sur deux aspects : l'environnement affectif et l'historisation.

Replongeons dans la vignette clinique ; qu'en est-il chez Marie/Ben² ? Ses parents se séparent lorsqu'elle a neuf ans. Un hébergement alterné égalitaire est établi dans un premier temps. Elle confie avoir été exposée à de la violence verbale ainsi qu'à des pratiques sexuelles entre adultes lorsqu'elle était hébergée chez son père. Elle nous dit : « Ils étaient trop pris par leurs besoins pour prendre soin de moi. » La famille de son père n'ayant guère défini de frontière entre les sous-systèmes, Marie explique avoir assisté à des scènes sexuelles, les adultes se souciant peu de sa présence. Par la suite, nous apprendrons que le grand-père maternel a été incarcéré pour des abus commis sur les deux filles de sa compagne. Marie précise encore qu'elle n'a jamais aimé se rendre chez cet homme chez qui son père l'obligeait pourtant à se rendre. Lorsqu'elle est âgée de douze ans, devant l'habitation paternelle, un groupe de garçons l'agresse, commettant des attouchements sexuels. Son intimité bafouée, Marie a la force d'en parler ; une plainte judiciaire est déposée sans que des poursuites permettent l'arrestation des auteurs. En entretiens individuels, elle confie combien elle vit sa révélation comme un piège, une trahison,

¹ PTSD pour Post Traumatic Stress Disorder (ou Syndrome de Stress Post-Traumatique).

² Tout en respectant la subjectivité du sujet dans ses choix, nous utiliserons dans la suite du texte le prénom de Marie par simplification.

affectant davantage encore sa confiance envers le monde des adultes. À l'âge de 13 ans, elle subit des attouchements de la part d'un cousin, fils d'un oncle maternel. Ce même oncle aurait abusé durant plusieurs années de la mère de Marie. De ces différents épisodes traumatiques, elle nous dit : « Tout ça a brisé ma confiance en moi, ma confiance en les autres. . . Et ça a brisé mon rapport avec mon corps. »

Pour Neuberger, un traumatisme apparaît lorsque la dignité humaine est ébranlée [29,30]. L'auteur décrit un volet individuel et un autre centré sur l'appartenance communautaire. Si la dignité individuelle consiste en cette possibilité de pouvoir se penser et s'autodéterminer, le second volet met l'accent sur le fait de pouvoir être reconnu comme faisant partie de groupes. Les groupes d'appartenance sont divers et variés, en commençant par celui de la famille d'origine. Lorsque ces dignités, qu'elles soient individuelles ou d'appartenance, sont compromises, une menace potentielle de traumatisme apparaît. Nous avons décrit par ailleurs le travail psychothérapeutique sur les différents cercles d'appartenance de l'individu [22].

Poursuivons la discussion à la lumière de la résilience. Marie, lors de sa première hospitalisation en pédiatrie pour somatisations, parvient à co-construire avec l'équipe thérapeutique deux hypothèses de compréhension. Une première concerne l'appel à l'aide proprement dit et une seconde en lien avec un mécanisme de déni. Ces hypothèses renvoient au clivage qui, s'il est reconnu et aménagé, pourrait permettre à la jeune adolescente une reconnexion avec elle-même. L'appel à l'aide de Marie peut être appréhendé telle une tentative d'échapper à l'ambiance mortifère alimentée par les problèmes de santé de la mère ainsi qu'une démarche de remobilisation du père. Les entretiens familiaux mettent en évidence une dépression sévère chez Madame, en lien avec une maladie chronique évolutive nécessitant une greffe pulmonaire. Les affects dépressifs sont ainsi associés à une angoisse de mort, alimentant une angoisse d'abandon dans l'éventualité du décès de la mère. L'ambiance mortifère est entretenue par l'isolement social, le quotidien marqué par l'ennui, le vide et un avenir inabordable ; l'ensemble de ces éléments semble avoir figé le temps qui passe. Prenant soin de sa mère, assumant différentes tâches, Marie évolue dans un mécanisme de parentification. Quant au père, l'appel à l'aide pour le remobiliser conduit à un effet paradoxal ; après plusieurs mois d'absence de contact, il se présente à l'hôpital avec la finalité de se faire entendre dans sa légitimité de père. En effet, il estime avoir été suffisamment présent auprès de sa fille dans les années antérieures mais souhaite aujourd'hui vivre pour son propre épanouissement. Sa mobilisation acte sa démobilité. Après deux entretiens, il disparaît totalement de la vie de Marie, ne donnant aucune suite aux diverses sollicitations des professionnels. Quant au clivage, Marie accepte de l'aborder dans la perspective de se reconnecter à elle-même, élabore et s'approprie les symptômes anxieux. Au début de la prise en charge, Marie nous semble coupée d'elle-même, de son vécu émotionnel. Démunie et perdue, elle se retrouve confrontée au trauma. Lors des entretiens, de sévères crises anxieuses surviennent à chaque évocation d'émotions douloureuses, maintenant de la sorte à distance psychique la charge émotionnelle négative. Avec le temps, les crises anxieuses s'espacent tant pendant qu'en dehors des entretiens. En demande de rencontre, Marie reconnaît, nomme et élabore son parcours de vie dans un processus d'historisation. L'environnement hospitalier sert de contenant rassurant dans lequel elle apaise ses angoisses, le cadre assurant une fonction de pare-angoisse. Elle le qualifie de « refuge », s'appuyant sur les professionnels qui prennent soin d'elle tant sur le plan physique que psychique. Soulignons aussi que la première hospitalisation tout comme la dernière s'établiront dans l'hôpital qui assure la prise en charge de l'affection chronique de la mère.

L'hôpital, et surtout les infirmières dans leur fonction d'intervenants au plus près du corps, après sa fonction de refuge, de pare-angoisse, voire de tuteur de résilience post-traumatique, soutiennent la jeune fille dans son cheminement vers l'avènement d'une identité adolescente propre. Le staff infirmier organise avec Marie le passage d'un coiffeur pour lui couper les cheveux « façon garçon ». Ce moment apparaît comme un temps fort, déplaçant le vécu transgenre de Marie dans la sphère publique. Soulignons toutefois que la mère réagit avec colère quand elle découvre par surprise la nouvelle coupe de Marie. Si elle accueille relativement favorablement la question de la transidentité lors des entretiens mère-fille, la confrontation dans le réel de la nouvelle coupe de cheveux de son enfant conduit Madame à réagir avec violence. Elle quitte la chambre de l'hôpital en criant « non ! » et en claquant la porte. Discuter de l'identité sexuelle peut être envisagé ; réaliser que Marie amorce dans son corps des changements radicaux vient souligner le décalage de temps psychique. Pour elle, ce basculement lui permet d'aborder pleinement, individuellement puis ultérieurement avec sa mère, les événements traumatiques. Madame découvre la succession de transgression subie par Marie. Celle-ci aborde les abus sexuels et son rapport particulier à son corps : « Je le déteste. . . je l'ai toujours subi ! Les agressions sexuelles ont brisé mon rapport avec mon corps. . . ma confiance en moi et dans les autres. »

Loin d'une compréhension causale linéaire entre les abus subis dans l'enfance et l'expression d'un vécu transgenre concomitant à l'historisation traumatique, émerge le postulat d'une lecture dynamique. Marie était une adolescente « en panne », où le réel de la mort, l'isolement dans le milieu familial empêchaient toute ouverture vers l'extérieur. Son rapport au corps était marqué par des événements traumatiques qui entravaient une réalisation identitaire tandis qu'un trouble anxieux sévère compromettrait gravement son fonctionnement. Lors de ses séjours hospitaliers et de son suivi thérapeutique, s'est amorcé le double mouvement de séparation-individuation propre au processus adolescent tout en autorisant un début d'historisation post-traumatique. Dans une situation marquée par des bases infantiles particulièrement fragiles, la capacité à endosser petit à petit son identité adulte, impliquant l'identité genrée, se révèle remarquable. Si aujourd'hui, d'un point de vue sociétal et juridique, l'identité de genre s'ouvre à d'autres champs que la dualité biologique « homme-femme », les enjeux de cette conquête intime dans le processus identitaire des adolescents semblent inchangés dans leur finalité. Subsistent, dans cette période charnière de transition, les possibilités d'une restauration de sa propre image, de sa confiance en soi et en les autres. Marie, puis Ben, a ainsi apporté du sens, construit une représentation des traumas, de son vécu, afin de parvenir à une réappropriation du corps et de son histoire. L'environnement sûr, en milieu hospitalier et dans le cadre du suivi thérapeutique individuel, a constitué une des conditions nécessaires à ce processus. Par ailleurs, une lecture circulaire peut être ajoutée ; le phénomène de construction identitaire constitue à la fois un facteur de résilience post-traumatique et à la fois le processus résilient permet l'avènement de l'identité du sujet.

5. Conclusion

La construction identitaire à l'adolescence est un processus complexe, théorisé tantôt sur un mode de « crise » où l'accent est mis sur la réorganisation identitaire, tantôt sur celui d'une continuité des phénomènes infantiles. Si les événements, notamment traumatiques, de l'enfance ne peuvent être ignorés, le moment adolescent apparaît telle une période particulièrement propice à adopter une position thérapeutique permettant au sujet de se sentir soutenu dans une trajectoire identitaire qui ne l'enferme pas dans les déterminismes de son histoire.

Les réflexions sur l'identité et l'évolution sociétale sur la notion du genre nous invitent à réviser nos positions, nos croyances et à envisager ces aspects sous d'autres angles, permettant ainsi d'aborder ces adolescents dans une dynamique positive. Les modalités de parcours dans la construction de la sexuation de chacun sont à respecter en acceptant de ne pas se limiter à une vision normative, tout en accompagnant le patient au plus près de sa vérité et de sa subjectivité.

Enfin, les professionnels de l'enfance et de l'adolescence, aussi bien dans le champ social, scolaire, médical, psychologique, sont de plus en plus confrontés à des problématiques engageant les notions d'identité sexuée et de genre [6,25]. La complexité de chaque cas, avec toutes ses singularités, nous amène à respecter plus que jamais une réflexion à plusieurs. La perspective vise à accompagner et à soigner de manière pertinente, en veillant à ouvrir de manière multidirectionnelle les hypothèses de travail.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Alessandrin A. Le transsexualisme : une catégorie nosographique obsolète. *Santé Publique* 2012;24:263–8.
- [2] Alessandrin A, Gallarda T, Bouchard JP. Transidentités et changement de sexe : le point de vue du sociologue – le rôle du psychiatre. *Ann Med Psychol* 2019;177:853–60.
- [3] Ayouch T. Psychanalyse et transidentités : hétérotopies. *Evol Psychiatr (Paris)* 2015;80:303–16 [ff10.1016/j.evopsy.2015.01.004ff. fhal-01452862f].
- [4] Benjamin H. *The Transsexual Phenomenon*. Ace Pub. Co; 1966.
- [5] Butler J. *Défaire le Genre*. Paris: Amsterdam; 2012.
- [6] Chambry J. La dysphorie de genre : un nouveau concept chez l'enfant et l'adolescent ? Conférence à Strasbourg le 17/01/2018.
- [7] Chiland C. *Changer de sexe*. Paris: Odile Jacob; 1997.
- [8] Chiland C. *Le transsexualisme*. Paris: PUF; 2003.
- [9] Chiland C. Problèmes posés par les transsexuels aux psychanalystes. *Rev Fr Psychanal* 2005;69:563–77.
- [10] Cyrulnik B. *Les Vilains Petits Canards*. Paris: Odile Jacob; 2001.
- [11] Cyrulnik B. *Les âmes blessées*. Paris: Odile Jacob; 2014.
- [12] de Becker E. La maltraitance sur le jeune enfant, *Neurone* (à paraître).
- [13] de Becker E, Maertens MA. Le devenir de l'enfant victime de maltraitance sexuelle. *Ann Med Psychol* 2015;173:805–14.
- [14] de Becker E. Discussion des notions de victimes et de traumatisme en lien aux situations de maltraitance d'enfants. *Psychothérapies* 2016;36:111–22.
- [15] de Becker E. Le malentendu dans les activités sexuelles à l'adolescence : un signe de sexualité préoccupante ? *Ann Med Psychol* 2019;177:648–54.
- [16] Dor J. *Structure et perversion*. Paris: Denoël; 1987.
- [17] Frignet H. *Le transsexualisme*. Bruxelles: Desclée de Brower; 2000.
- [18] Gauld C. Dysphorie de genre de l'adolescent : un appel à la prudence. *Psychiatr Enfant* 2020;63:115–22.
- [19] Golse B, Braconnier A. Introduction. In: Braconnier A, editor. Winnicott et la création humaine. Toulouse: Erès, « Le Carnet psy »; 2012. p. 7–15.
- [20] Jeammet P. *Paradoxes et dépendances à l'adolescence*. Bruxelles: Temps d'arrêt; 2009.
- [21] Josse E. *Le traumatisme complexe*. Paris: Dunod; 2017.
- [22] Kabangu O, de Becker E. L'approche médico-psycho-sociale systémique de la violence. *Louvain Médical*; 2020 [accepté].
- [23] Lamoureux I, de Becker E, Nassogne MC, Symann S. Un dispositif de travail original intégrant les soins du corps et de l'esprit chez l'enfant et l'adolescent. *Enfance Adolesc* 2012;2:22.
- [24] Laplanche J. *La sexualité élargie au sens freudien*. Paris: PUF; 2003.
- [25] Leibowitz S, de Vries AL. Gender dysphoria in adolescence. *Int Rev Psychiatry* 2016;28:21–35. <http://dx.doi.org/10.3109/09540261.2015.1124844> [Epub 2016 Feb 1. PMID: 26828376].
- [26] Marcelli D, Braconnier A, Tandonnet L, editors. *Adolescence et psychopathologie*. Paris: Masson; 2018.
- [27] Matot JP. *L'enjeu adolescent*. Paris: PUF; 2012.
- [28] Morel G. *Ambiguïtés sexuelles*. Paris: Anthropos; 2004.
- [29] Neuberger R. Les territoires de l'intime. Paris: Odile Jacob; 2000.
- [30] Neuberger R. Traumatisme individuel et traumatisme familial. « Un train peut en cacher un autre ». In: Coutanceau R, editor. *Souffrances familiales et résilience. Filiation, couple et parentalité*. Paris: Dunod; 2015. p. 1–18.
- [31] Riolo A, Jacobs D, Monfort S, Symann S, de Becker E. À la rencontre concomitante des dimensions somatique, affective, cognitive, contextuelle du jeune patient hospitalisé. *Acta Psychiatrica Belgica* (accepté).
- [32] Safouan M. Contribution à la psychanalyse du transsexualisme. In: Safouan M, editor. *Études sur l'Œdipe : introduction à une théorie du sujet*. Paris: Seuil; 1974.
- [33] Solomon EP, Heide KM. Type III Trauma: Toward a More Effective Conceptualization of Psychological Trauma; 1999. <http://dx.doi.org/10.1177/0306624X99432007>.
- [34] Solomon EP, Heide KM. The biology of trauma: implications for treatment; 2005. <http://dx.doi.org/10.1177/0886260504268119>.
- [35] Stoller R. *Recherches sur l'identité sexuelle à partir du transsexualisme*. Paris: Gallimard; 1978.