

Ces adolescents qui évitent de penser

Pour une théorie du soin avec médiation

Ces adolescents qui évitent de penser

Pour une théorie du soin avec médiation

Ces adolescents qui évitent de penser

Pour une théorie du soin avec médiation

Ces adolescents qui évitent de penser

Pour une théorie du soin avec médiation

Nicole CATHELINÉ a publié

Psychopathologie de la scolarité : de la maternelle à l'université, Masson, 3^e éd., 2011.

Harcèlement à l'école, Albin Michel, 2008.

Les années collège. Le grand malentendu (avec Véronique Bedin), Albin Michel, 2004.

Daniel MARCELLI a publié

Il est permis d'obéir : l'obéissance n'est pas la soumission, Albin Michel, 2009.

Les yeux dans les yeux : l'énigme du regard, Albin Michel, 2006.

La surprise : chatouille de l'âme, Albin Michel, 2006.

L'enfant, chef de la famille : l'autorité infantile, Albin Michel, 2003.

Tracas d'ados, souci de parents, Albin Michel, 2002.

Enfance et psychopathologie, Masson, 1999.

Nicole CATHELINÉ a publié

Psychopathologie de la scolarité : de la maternelle à l'université, Masson, 3^e éd., 2011.

Harcèlement à l'école, Albin Michel, 2008.

Les années collège. Le grand malentendu (avec Véronique Bedin), Albin Michel, 2004.

Daniel MARCELLI a publié

Il est permis d'obéir : l'obéissance n'est pas la soumission, Albin Michel, 2009.

Les yeux dans les yeux : l'énigme du regard, Albin Michel, 2006.

La surprise : chatouille de l'âme, Albin Michel, 2006.

L'enfant, chef de la famille : l'autorité infantile, Albin Michel, 2003.

Tracas d'ados, souci de parents, Albin Michel, 2002.

Enfance et psychopathologie, Masson, 1999.

Nicole CATHELINÉ a publié

Psychopathologie de la scolarité : de la maternelle à l'université, Masson, 3^e éd., 2011.

Harcèlement à l'école, Albin Michel, 2008.

Les années collège. Le grand malentendu (avec Véronique Bedin), Albin Michel, 2004.

Daniel MARCELLI a publié

Il est permis d'obéir : l'obéissance n'est pas la soumission, Albin Michel, 2009.

Les yeux dans les yeux : l'énigme du regard, Albin Michel, 2006.

La surprise : chatouille de l'âme, Albin Michel, 2006.

L'enfant, chef de la famille : l'autorité infantile, Albin Michel, 2003.

Tracas d'ados, souci de parents, Albin Michel, 2002.

Enfance et psychopathologie, Masson, 1999.

Nicole CATHELINÉ a publié

Psychopathologie de la scolarité : de la maternelle à l'université, Masson, 3^e éd., 2011.

Harcèlement à l'école, Albin Michel, 2008.

Les années collège. Le grand malentendu (avec Véronique Bedin), Albin Michel, 2004.

Daniel MARCELLI a publié

Il est permis d'obéir : l'obéissance n'est pas la soumission, Albin Michel, 2009.

Les yeux dans les yeux : l'énigme du regard, Albin Michel, 2006.

La surprise : chatouille de l'âme, Albin Michel, 2006.

L'enfant, chef de la famille : l'autorité infantile, Albin Michel, 2003.

Tracas d'ados, souci de parents, Albin Michel, 2002.

Enfance et psychopathologie, Masson, 1999.

Nicole Catheline, Daniel Marcelli

Ces adolescents qui évitent de penser

Pour une théorie du soin avec médiation

 *la vie devant eux*

Nicole Catheline, Daniel Marcelli

Ces adolescents qui évitent de penser

Pour une théorie du soin avec médiation

 *la vie devant eux*

Nicole Catheline, Daniel Marcelli

Ces adolescents qui évitent de penser

Pour une théorie du soin avec médiation

 *la vie devant eux*

Nicole Catheline, Daniel Marcelli

Ces adolescents qui évitent de penser

Pour une théorie du soin avec médiation

 *la vie devant eux*

Conception de la couverture :
Anne Hébert
d'après une idée originale de Per Abasolo

Version PDF © Éditions érès 2012
CF - ISBN PDF : 978-2-7492-3044-3
Première édition © Éditions érès 2011
33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France
www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. 01 44 07 47 70, fax 01 46 34 67 19.

Conception de la couverture :
Anne Hébert
d'après une idée originale de Per Abasolo

Version PDF © Éditions érès 2012
CF - ISBN PDF : 978-2-7492-3044-3
Première édition © Éditions érès 2011
33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France
www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. 01 44 07 47 70, fax 01 46 34 67 19.

Conception de la couverture :
Anne Hébert
d'après une idée originale de Per Abasolo

Version PDF © Éditions érès 2012
CF - ISBN PDF : 978-2-7492-3044-3
Première édition © Éditions érès 2011
33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France
www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. 01 44 07 47 70, fax 01 46 34 67 19.

Conception de la couverture :
Anne Hébert
d'après une idée originale de Per Abasolo

Version PDF © Éditions érès 2012
CF - ISBN PDF : 978-2-7492-3044-3
Première édition © Éditions érès 2011
33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France
www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. 01 44 07 47 70, fax 01 46 34 67 19.

Table des matières

Soigner l'adolescent, un travail de médiation... ..	7
---	---

LA MÉDIATION DANS LE SOIN PROPOSITIONS THÉORIQUES

1. La médiation éclairée	
par les travaux de D.W. Winnicott	21
La médiation : un espace transitionnel ?	21
Objet transitionnel et phénomène transitionnel : les textes initiaux.....	26
La vie et l'œuvre de D.W. Winnicott : une aire transitionnelle ?	33
2. L'aire transitionnelle, un espace hors conflit ?	43
Les processus psychiques de médiation : travaux de l'école lyonnaise.....	43
Le conflit dans le fonctionnement psychique.....	49
L'aire transitionnelle : un espace hors conflit ?	55
L'émergence du psychisme : une scène conflictuelle ou transitionnelle ?.....	62
La transsubjectivité : l'espace intercalaire, au milieu d'eux.....	67
3. Transsubjectivité et partage de regard :	
l'étayage initial de la pulsion	83
La question de la pulsion	86
L'origine psychique de la pulsion : le partage de regards	90
Et le sexuel ?	102
4. Propositions pour une théorie du soin	
dans la médiation	115
La question de la créativité et du « vrai-self »	116
La médiation dans le soin : une fonction « réfléchissante » ?	126

Table des matières

Soigner l'adolescent, un travail de médiation... ..	7
---	---

LA MÉDIATION DANS LE SOIN PROPOSITIONS THÉORIQUES

1. La médiation éclairée	
par les travaux de D.W. Winnicott	21
La médiation : un espace transitionnel ?	21
Objet transitionnel et phénomène transitionnel : les textes initiaux.....	26
La vie et l'œuvre de D.W. Winnicott : une aire transitionnelle ?	33
2. L'aire transitionnelle, un espace hors conflit ?	43
Les processus psychiques de médiation : travaux de l'école lyonnaise.....	43
Le conflit dans le fonctionnement psychique.....	49
L'aire transitionnelle : un espace hors conflit ?	55
L'émergence du psychisme : une scène conflictuelle ou transitionnelle ?.....	62
La transsubjectivité : l'espace intercalaire, au milieu d'eux.....	67
3. Transsubjectivité et partage de regard :	
l'étayage initial de la pulsion	83
La question de la pulsion	86
L'origine psychique de la pulsion : le partage de regards	90
Et le sexuel ?	102
4. Propositions pour une théorie du soin	
dans la médiation	115
La question de la créativité et du « vrai-self »	116
La médiation dans le soin : une fonction « réfléchissante » ?	126

Table des matières

Soigner l'adolescent, un travail de médiation... ..	7
---	---

LA MÉDIATION DANS LE SOIN PROPOSITIONS THÉORIQUES

1. La médiation éclairée	
par les travaux de D.W. Winnicott	21
La médiation : un espace transitionnel ?	21
Objet transitionnel et phénomène transitionnel : les textes initiaux.....	26
La vie et l'œuvre de D.W. Winnicott : une aire transitionnelle ?	33
2. L'aire transitionnelle, un espace hors conflit ?	43
Les processus psychiques de médiation : travaux de l'école lyonnaise.....	43
Le conflit dans le fonctionnement psychique.....	49
L'aire transitionnelle : un espace hors conflit ?	55
L'émergence du psychisme : une scène conflictuelle ou transitionnelle ?.....	62
La transsubjectivité : l'espace intercalaire, au milieu d'eux.....	67
3. Transsubjectivité et partage de regard :	
l'étayage initial de la pulsion	83
La question de la pulsion	86
L'origine psychique de la pulsion : le partage de regards	90
Et le sexuel ?	102
4. Propositions pour une théorie du soin	
dans la médiation	115
La question de la créativité et du « vrai-self »	116
La médiation dans le soin : une fonction « réfléchissante » ?	126

Table des matières

Soigner l'adolescent, un travail de médiation... ..	7
---	---

LA MÉDIATION DANS LE SOIN PROPOSITIONS THÉORIQUES

1. La médiation éclairée	
par les travaux de D.W. Winnicott	21
La médiation : un espace transitionnel ?	21
Objet transitionnel et phénomène transitionnel : les textes initiaux.....	26
La vie et l'œuvre de D.W. Winnicott : une aire transitionnelle ?	33
2. L'aire transitionnelle, un espace hors conflit ?	43
Les processus psychiques de médiation : travaux de l'école lyonnaise.....	43
Le conflit dans le fonctionnement psychique.....	49
L'aire transitionnelle : un espace hors conflit ?	55
L'émergence du psychisme : une scène conflictuelle ou transitionnelle ?.....	62
La transsubjectivité : l'espace intercalaire, au milieu d'eux.....	67
3. Transsubjectivité et partage de regard :	
l'étayage initial de la pulsion	83
La question de la pulsion	86
L'origine psychique de la pulsion : le partage de regards	90
Et le sexuel ?	102
4. Propositions pour une théorie du soin	
dans la médiation	115
La question de la créativité et du « vrai-self »	116
La médiation dans le soin : une fonction « réfléchissante » ?	126

La médiation dans le soin :	
une aire de recouvrement et d'effacement	130
Les activités de soin avec objet de médiation :	
une attention conjointe.....	134

LA MÉDIATION DANS LE SOIN ILLUSTRATIONS CLINIQUES

5. La médiation : une réponse aux enjeux identitaires-narcissiques	141
L'adolescence, rupture ou transformation ?	141
L'adolescence : entre ressemblance et différenciation	144
Adolescence et créativité : l'issue au dilemme ?	148
Le remaniement cognitif : un arrière-plan silencieux mais indispensable	150
Du refus de penser au plaisir de penser	156
6. La place des pairs et des adultes dans le soin	161
Les groupes thérapeutiques à médiation.....	163
Les soins médiatisés en groupe.....	164
L'expérience de Mosäique	166
7. L'utilisation de la médiation.	
Que se passe-t-il à l'intérieur des ateliers ?	193
Médiation corporelle	198
Médiations créatives et expressives	206
Médiation culturelle	214
En conclusion.....	231
8. Un exemple de jeu de médiation :	
la « 8^e dimension »	233
Présentation du jeu.....	235
Déroulement du jeu	235
La finalité du jeu	237
Vignette clinique	241
Conclusion.....	245
Bibliographie	251

La médiation dans le soin :	
une aire de recouvrement et d'effacement	130
Les activités de soin avec objet de médiation :	
une attention conjointe.....	134

LA MÉDIATION DANS LE SOIN ILLUSTRATIONS CLINIQUES

5. La médiation : une réponse aux enjeux identitaires-narcissiques	141
L'adolescence, rupture ou transformation ?	141
L'adolescence : entre ressemblance et différenciation	144
Adolescence et créativité : l'issue au dilemme ?	148
Le remaniement cognitif : un arrière-plan silencieux mais indispensable	150
Du refus de penser au plaisir de penser	156
6. La place des pairs et des adultes dans le soin	161
Les groupes thérapeutiques à médiation.....	163
Les soins médiatisés en groupe.....	164
L'expérience de Mosäique	166
7. L'utilisation de la médiation.	
Que se passe-t-il à l'intérieur des ateliers ?	193
Médiation corporelle	198
Médiations créatives et expressives	206
Médiation culturelle	214
En conclusion.....	231
8. Un exemple de jeu de médiation :	
la « 8^e dimension »	233
Présentation du jeu.....	235
Déroulement du jeu	235
La finalité du jeu	237
Vignette clinique	241
Conclusion.....	245
Bibliographie	251

La médiation dans le soin :	
une aire de recouvrement et d'effacement	130
Les activités de soin avec objet de médiation :	
une attention conjointe.....	134

LA MÉDIATION DANS LE SOIN ILLUSTRATIONS CLINIQUES

5. La médiation : une réponse aux enjeux identitaires-narcissiques	141
L'adolescence, rupture ou transformation ?	141
L'adolescence : entre ressemblance et différenciation.....	144
Adolescence et créativité : l'issue au dilemme ?	148
Le remaniement cognitif : un arrière-plan silencieux mais indispensable.....	150
Du refus de penser au plaisir de penser	156
6. La place des pairs et des adultes dans le soin	161
Les groupes thérapeutiques à médiation.....	163
Les soins médiatisés en groupe.....	164
L'expérience de Mosäique	166
7. L'utilisation de la médiation.	
Que se passe-t-il à l'intérieur des ateliers ?.....	193
Médiation corporelle	198
Médiations créatives et expressives.....	206
Médiation culturelle	214
En conclusion.....	231
8. Un exemple de jeu de médiation :	
la « 8^e dimension »	233
Présentation du jeu.....	235
Déroulement du jeu	235
La finalité du jeu	237
Vignette clinique	241
Conclusion.....	245
Bibliographie	251

La médiation dans le soin :	
une aire de recouvrement et d'effacement	130
Les activités de soin avec objet de médiation :	
une attention conjointe.....	134

LA MÉDIATION DANS LE SOIN ILLUSTRATIONS CLINIQUES

5. La médiation : une réponse aux enjeux identitaires-narcissiques	141
L'adolescence, rupture ou transformation ?	141
L'adolescence : entre ressemblance et différenciation.....	144
Adolescence et créativité : l'issue au dilemme ?	148
Le remaniement cognitif : un arrière-plan silencieux mais indispensable.....	150
Du refus de penser au plaisir de penser	156
6. La place des pairs et des adultes dans le soin	161
Les groupes thérapeutiques à médiation.....	163
Les soins médiatisés en groupe.....	164
L'expérience de Mosäique	166
7. L'utilisation de la médiation.	
Que se passe-t-il à l'intérieur des ateliers ?.....	193
Médiation corporelle	198
Médiations créatives et expressives.....	206
Médiation culturelle	214
En conclusion.....	231
8. Un exemple de jeu de médiation :	
la « 8^e dimension »	233
Présentation du jeu.....	235
Déroulement du jeu	235
La finalité du jeu	237
Vignette clinique	241
Conclusion.....	245
Bibliographie	251

Soigner l'adolescent, un travail de médiation...

Adolescence, soin, médiation, trois brins qui nous serviront à construire cet ouvrage dont la texture trouvera sa cohérence, du moins l'espérons-nous, dans leurs entrelacs, chaque brin venant conforter les deux autres pour garantir à ce tissage une qualité suffisamment souple, enveloppante, permettant à chaque brin de s'adapter aux deux autres, mais offrant aussi une résistance suffisamment forte pour éviter les ruptures, déchirures et effractions diverses.

Adolescence, soin, médiation, trois brins qui n'ont pas de forme propre, rigoureusement définie, trois formes qu'on pourrait dire encore informes, en cours de formation, trois processus dont la souplesse, la fluidité, la flexibilité, la plasticité constituent l'essence même, s'opposant en cela à l'idée de structure, et qui tirent leur efficacité d'une indispensable malléabilité témoignant de la persistance d'un en-cours, de quelque chose qui est encore inachevé.

Adolescence, soin, médiation, trois brins qui ont besoin de durée, profondément inscrits dans l'épaisseur du temps, rebelles à l'urgence, même si, du moins pour l'adolescence, ils s'en réclament, ils ont entre eux une connivence certaine,

Soigner l'adolescent, un travail de médiation...

Adolescence, soin, médiation, trois brins qui nous serviront à construire cet ouvrage dont la texture trouvera sa cohérence, du moins l'espérons-nous, dans leurs entrelacs, chaque brin venant conforter les deux autres pour garantir à ce tissage une qualité suffisamment souple, enveloppante, permettant à chaque brin de s'adapter aux deux autres, mais offrant aussi une résistance suffisamment forte pour éviter les ruptures, déchirures et effractions diverses.

Adolescence, soin, médiation, trois brins qui n'ont pas de forme propre, rigoureusement définie, trois formes qu'on pourrait dire encore informes, en cours de formation, trois processus dont la souplesse, la fluidité, la flexibilité, la plasticité constituent l'essence même, s'opposant en cela à l'idée de structure, et qui tirent leur efficacité d'une indispensable malléabilité témoignant de la persistance d'un en-cours, de quelque chose qui est encore inachevé.

Adolescence, soin, médiation, trois brins qui ont besoin de durée, profondément inscrits dans l'épaisseur du temps, rebelles à l'urgence, même si, du moins pour l'adolescence, ils s'en réclament, ils ont entre eux une connivence certaine,

Soigner l'adolescent, un travail de médiation...

Adolescence, soin, médiation, trois brins qui nous serviront à construire cet ouvrage dont la texture trouvera sa cohérence, du moins l'espérons-nous, dans leurs entrelacs, chaque brin venant conforter les deux autres pour garantir à ce tissage une qualité suffisamment souple, enveloppante, permettant à chaque brin de s'adapter aux deux autres, mais offrant aussi une résistance suffisamment forte pour éviter les ruptures, déchirures et effractions diverses.

Adolescence, soin, médiation, trois brins qui n'ont pas de forme propre, rigoureusement définie, trois formes qu'on pourrait dire encore informes, en cours de formation, trois processus dont la souplesse, la fluidité, la flexibilité, la plasticité constituent l'essence même, s'opposant en cela à l'idée de structure, et qui tirent leur efficacité d'une indispensable malléabilité témoignant de la persistance d'un en-cours, de quelque chose qui est encore inachevé.

Adolescence, soin, médiation, trois brins qui ont besoin de durée, profondément inscrits dans l'épaisseur du temps, rebelles à l'urgence, même si, du moins pour l'adolescence, ils s'en réclament, ils ont entre eux une connivence certaine,

Soigner l'adolescent, un travail de médiation...

Adolescence, soin, médiation, trois brins qui nous serviront à construire cet ouvrage dont la texture trouvera sa cohérence, du moins l'espérons-nous, dans leurs entrelacs, chaque brin venant conforter les deux autres pour garantir à ce tissage une qualité suffisamment souple, enveloppante, permettant à chaque brin de s'adapter aux deux autres, mais offrant aussi une résistance suffisamment forte pour éviter les ruptures, déchirures et effractions diverses.

Adolescence, soin, médiation, trois brins qui n'ont pas de forme propre, rigoureusement définie, trois formes qu'on pourrait dire encore informes, en cours de formation, trois processus dont la souplesse, la fluidité, la flexibilité, la plasticité constituent l'essence même, s'opposant en cela à l'idée de structure, et qui tirent leur efficacité d'une indispensable malléabilité témoignant de la persistance d'un en-cours, de quelque chose qui est encore inachevé.

Adolescence, soin, médiation, trois brins qui ont besoin de durée, profondément inscrits dans l'épaisseur du temps, rebelles à l'urgence, même si, du moins pour l'adolescence, ils s'en réclament, ils ont entre eux une connivence certaine,

ce que nous essaierons de montrer. Quelques mots pour les décrire...

L'adolescence est une période de changement(s), nul aujourd'hui n'en disconvient ! Corps et psyché sont l'un et l'autre engagés dans une profonde transformation dont on oublie trop souvent de dire que non seulement elle s'opère inéluctablement sans que le sujet ait son mot à dire, mais qu'en outre son terme, le résultat final, reste ignoré de ce même sujet au moment où il en subit les effets : l'adolescent est l'otage d'un processus qui le traverse, qu'il ne maîtrise pas et dont il ignore l'état d'achèvement. Quel adulte accepterait de s'engager dans un changement sans que, jamais auparavant, on en ait avec lui discuté le terme ? Le processus d'adolescence constitue un véritable attentat au sentiment d'identité ! La transformation pubertaire confronte de ce fait le sujet au paradoxe fondamental du développement : comment changer tout en restant le même ? Comment changer sans que soit altéré à l'excès le sentiment d'ipséité, ou pour reprendre les termes de P. Ricoeur, de « mêmété » ? Pouvoir se reconnaître soi-même impose une comparaison mettant en balance ce qui procède de la ressemblance et ce qui témoigne d'une dissemblance : entre la quête des indices supports d'identification et le besoin de marques pour la différenciation, le processus pubertaire fait tanguer l'adolescent. Ainsi, l'irruption de la puberté, autant par les transformations qu'elle impose que par le flot des émotions qu'elle provoque, fait violence à l'enfant, violence à sa personne, violence à son corps, et seul un mouvement de sollicitude minimum, une capacité à se soucier de soi, peut protéger ce jeune pubère d'un besoin parfois frénétique d'évacuer ce malaise, de le projeter sur l'extérieur avec le risque d'être emporté par la violence du mouvement. L'adolescent ne pourra se protéger que s'il parvient un tant soit peu à se soucier de lui-même ! La question du soin est au cœur de l'adolescence !

ce que nous essaierons de montrer. Quelques mots pour les décrire...

L'adolescence est une période de changement(s), nul aujourd'hui n'en disconvient ! Corps et psyché sont l'un et l'autre engagés dans une profonde transformation dont on oublie trop souvent de dire que non seulement elle s'opère inéluctablement sans que le sujet ait son mot à dire, mais qu'en outre son terme, le résultat final, reste ignoré de ce même sujet au moment où il en subit les effets : l'adolescent est l'otage d'un processus qui le traverse, qu'il ne maîtrise pas et dont il ignore l'état d'achèvement. Quel adulte accepterait de s'engager dans un changement sans que, jamais auparavant, on en ait avec lui discuté le terme ? Le processus d'adolescence constitue un véritable attentat au sentiment d'identité ! La transformation pubertaire confronte de ce fait le sujet au paradoxe fondamental du développement : comment changer tout en restant le même ? Comment changer sans que soit altéré à l'excès le sentiment d'ipséité, ou pour reprendre les termes de P. Ricoeur, de « mêmété » ? Pouvoir se reconnaître soi-même impose une comparaison mettant en balance ce qui procède de la ressemblance et ce qui témoigne d'une dissemblance : entre la quête des indices supports d'identification et le besoin de marques pour la différenciation, le processus pubertaire fait tanguer l'adolescent. Ainsi, l'irruption de la puberté, autant par les transformations qu'elle impose que par le flot des émotions qu'elle provoque, fait violence à l'enfant, violence à sa personne, violence à son corps, et seul un mouvement de sollicitude minimum, une capacité à se soucier de soi, peut protéger ce jeune pubère d'un besoin parfois frénétique d'évacuer ce malaise, de le projeter sur l'extérieur avec le risque d'être emporté par la violence du mouvement. L'adolescent ne pourra se protéger que s'il parvient un tant soit peu à se soucier de lui-même ! La question du soin est au cœur de l'adolescence !

ce que nous essaierons de montrer. Quelques mots pour les décrire...

L'adolescence est une période de changement(s), nul aujourd'hui n'en disconvient ! Corps et psyché sont l'un et l'autre engagés dans une profonde transformation dont on oublie trop souvent de dire que non seulement elle s'opère inéluctablement sans que le sujet ait son mot à dire, mais qu'en outre son terme, le résultat final, reste ignoré de ce même sujet au moment où il en subit les effets : l'adolescent est l'otage d'un processus qui le traverse, qu'il ne maîtrise pas et dont il ignore l'état d'achèvement. Quel adulte accepterait de s'engager dans un changement sans que, jamais auparavant, on en ait avec lui discuté le terme ? Le processus d'adolescence constitue un véritable attentat au sentiment d'identité ! La transformation pubertaire confronte de ce fait le sujet au paradoxe fondamental du développement : comment changer tout en restant le même ? Comment changer sans que soit altéré à l'excès le sentiment d'ipséité, ou pour reprendre les termes de P. Ricoeur, de « mêmété » ? Pouvoir se reconnaître soi-même impose une comparaison mettant en balance ce qui procède de la ressemblance et ce qui témoigne d'une dissemblance : entre la quête des indices supports d'identification et le besoin de marques pour la différenciation, le processus pubertaire fait tanguer l'adolescent. Ainsi, l'irruption de la puberté, autant par les transformations qu'elle impose que par le flot des émotions qu'elle provoque, fait violence à l'enfant, violence à sa personne, violence à son corps, et seul un mouvement de sollicitude minimum, une capacité à se soucier de soi, peut protéger ce jeune pubère d'un besoin parfois frénétique d'évacuer ce malaise, de le projeter sur l'extérieur avec le risque d'être emporté par la violence du mouvement. L'adolescent ne pourra se protéger que s'il parvient un tant soit peu à se soucier de lui-même ! La question du soin est au cœur de l'adolescence !

ce que nous essaierons de montrer. Quelques mots pour les décrire...

L'adolescence est une période de changement(s), nul aujourd'hui n'en disconvient ! Corps et psyché sont l'un et l'autre engagés dans une profonde transformation dont on oublie trop souvent de dire que non seulement elle s'opère inéluctablement sans que le sujet ait son mot à dire, mais qu'en outre son terme, le résultat final, reste ignoré de ce même sujet au moment où il en subit les effets : l'adolescent est l'otage d'un processus qui le traverse, qu'il ne maîtrise pas et dont il ignore l'état d'achèvement. Quel adulte accepterait de s'engager dans un changement sans que, jamais auparavant, on en ait avec lui discuté le terme ? Le processus d'adolescence constitue un véritable attentat au sentiment d'identité ! La transformation pubertaire confronte de ce fait le sujet au paradoxe fondamental du développement : comment changer tout en restant le même ? Comment changer sans que soit altéré à l'excès le sentiment d'ipséité, ou pour reprendre les termes de P. Ricoeur, de « mêmété » ? Pouvoir se reconnaître soi-même impose une comparaison mettant en balance ce qui procède de la ressemblance et ce qui témoigne d'une dissemblance : entre la quête des indices supports d'identification et le besoin de marques pour la différenciation, le processus pubertaire fait tanguer l'adolescent. Ainsi, l'irruption de la puberté, autant par les transformations qu'elle impose que par le flot des émotions qu'elle provoque, fait violence à l'enfant, violence à sa personne, violence à son corps, et seul un mouvement de sollicitude minimum, une capacité à se soucier de soi, peut protéger ce jeune pubère d'un besoin parfois frénétique d'évacuer ce malaise, de le projeter sur l'extérieur avec le risque d'être emporté par la violence du mouvement. L'adolescent ne pourra se protéger que s'il parvient un tant soit peu à se soucier de lui-même ! La question du soin est au cœur de l'adolescence !

Car le soin doit être « soigneusement » distingué du traitement. Le *soin* et l'action de *soigner* ne prirent le sens médical qu'on réserve actuellement à ces termes que très tardivement dans la langue française, courant du XVII^e et début du XVIII^e siècle. Auparavant, *soin* avait principalement le sens de « se soucier de, s'intéresser à ». Le *Dictionnaire historique de la langue française*¹ en donne deux origines proches, *soign*, dans le sens de « souci, chagrin », et *songne*, dans le sens de « pensée qui occupe l'esprit », les deux termes étant des dérivés latins d'anciennes racines franciques (*°sun(n)i* et *°sunnja*). Pendant longtemps, *soin* renvoyait principalement à l'idée de « s'occuper ou se préoccuper de... », *le soin* désignant la charge qu'a une personne de veiller sur quelque chose ou quelqu'un. *Soin* était alors proche de souci, inquiétude, témoignant donc d'une disposition mentale, d'un état d'esprit. Au XVII^e siècle, *soin* s'est même temporairement spécialisé dans un sens galant pour décrire les actions destinées à faire plaisir à quelqu'un ! Il en reste une trace dans l'expression encore usitée, « être aux petits soins ». On est loin de l'idée de traitement. Cependant, la forme verbale prit, dès le XVII^e siècle, le sens connu aujourd'hui, « s'occuper de rétablir la santé de quelqu'un » ; le substantif, en revanche, ne se spécialisa dans l'action proprement médicale de soigner qu'assez tardivement, vers la fin du XVIII^e siècle, début du XIX^e siècle. Encore aujourd'hui, l'idée du soin est foncièrement différente de l'idée de traitement. Contrairement à celle du soin, l'origine étymologique de *traitement* s'appuie beaucoup plus sur une notion de violence puisque le terme dérive de *tractare*, *tractum*, *trahere*, initialement employé au sens de « traîner violemment, mener difficilement » ! Si le traitement reste la manière de traiter quelqu'un, si par métonymie il a pris le sens de la rémunération (d'un fonctionnaire), le sens médical s'est relativement spécialisé et restreint aux actions destinées à faire disparaître

1. *Le Robert*, 1992, p. 1961-1962.

Car le soin doit être « soigneusement » distingué du traitement. Le *soin* et l'action de *soigner* ne prirent le sens médical qu'on réserve actuellement à ces termes que très tardivement dans la langue française, courant du XVII^e et début du XVIII^e siècle. Auparavant, *soin* avait principalement le sens de « se soucier de, s'intéresser à ». Le *Dictionnaire historique de la langue française*¹ en donne deux origines proches, *soign*, dans le sens de « souci, chagrin », et *songne*, dans le sens de « pensée qui occupe l'esprit », les deux termes étant des dérivés latins d'anciennes racines franciques (*°sun(n)i* et *°sunnja*). Pendant longtemps, *soin* renvoyait principalement à l'idée de « s'occuper ou se préoccuper de... », *le soin* désignant la charge qu'a une personne de veiller sur quelque chose ou quelqu'un. *Soin* était alors proche de souci, inquiétude, témoignant donc d'une disposition mentale, d'un état d'esprit. Au XVII^e siècle, *soin* s'est même temporairement spécialisé dans un sens galant pour décrire les actions destinées à faire plaisir à quelqu'un ! Il en reste une trace dans l'expression encore usitée, « être aux petits soins ». On est loin de l'idée de traitement. Cependant, la forme verbale prit, dès le XVII^e siècle, le sens connu aujourd'hui, « s'occuper de rétablir la santé de quelqu'un » ; le substantif, en revanche, ne se spécialisa dans l'action proprement médicale de soigner qu'assez tardivement, vers la fin du XVIII^e siècle, début du XIX^e siècle. Encore aujourd'hui, l'idée du soin est foncièrement différente de l'idée de traitement. Contrairement à celle du soin, l'origine étymologique de *traitement* s'appuie beaucoup plus sur une notion de violence puisque le terme dérive de *tractare*, *tractum*, *trahere*, initialement employé au sens de « traîner violemment, mener difficilement » ! Si le traitement reste la manière de traiter quelqu'un, si par métonymie il a pris le sens de la rémunération (d'un fonctionnaire), le sens médical s'est relativement spécialisé et restreint aux actions destinées à faire disparaître

1. *Le Robert*, 1992, p. 1961-1962.

Car le soin doit être « soigneusement » distingué du traitement. Le *soin* et l'action de *soigner* ne prirent le sens médical qu'on réserve actuellement à ces termes que très tardivement dans la langue française, courant du XVII^e et début du XVIII^e siècle. Auparavant, *soin* avait principalement le sens de « se soucier de, s'intéresser à ». Le *Dictionnaire historique de la langue française*¹ en donne deux origines proches, *soign*, dans le sens de « souci, chagrin », et *songne*, dans le sens de « pensée qui occupe l'esprit », les deux termes étant des dérivés latins d'anciennes racines franciques (*°sun(n)i* et *°sunnja*). Pendant longtemps, *soin* renvoyait principalement à l'idée de « s'occuper ou se préoccuper de... », *le soin* désignant la charge qu'a une personne de veiller sur quelque chose ou quelqu'un. *Soin* était alors proche de souci, inquiétude, témoignant donc d'une disposition mentale, d'un état d'esprit. Au XVII^e siècle, *soin* s'est même temporairement spécialisé dans un sens galant pour décrire les actions destinées à faire plaisir à quelqu'un ! Il en reste une trace dans l'expression encore usitée, « être aux petits soins ». On est loin de l'idée de traitement. Cependant, la forme verbale prit, dès le XVII^e siècle, le sens connu aujourd'hui, « s'occuper de rétablir la santé de quelqu'un » ; le substantif, en revanche, ne se spécialisa dans l'action proprement médicale de soigner qu'assez tardivement, vers la fin du XVIII^e siècle, début du XIX^e siècle. Encore aujourd'hui, l'idée du soin est foncièrement différente de l'idée de traitement. Contrairement à celle du soin, l'origine étymologique de *traitement* s'appuie beaucoup plus sur une notion de violence puisque le terme dérive de *tractare*, *tractum*, *trahere*, initialement employé au sens de « traîner violemment, mener difficilement » ! Si le traitement reste la manière de traiter quelqu'un, si par métonymie il a pris le sens de la rémunération (d'un fonctionnaire), le sens médical s'est relativement spécialisé et restreint aux actions destinées à faire disparaître

1. *Le Robert*, 1992, p. 1961-1962.

Car le soin doit être « soigneusement » distingué du traitement. Le *soin* et l'action de *soigner* ne prirent le sens médical qu'on réserve actuellement à ces termes que très tardivement dans la langue française, courant du XVII^e et début du XVIII^e siècle. Auparavant, *soin* avait principalement le sens de « se soucier de, s'intéresser à ». Le *Dictionnaire historique de la langue française*¹ en donne deux origines proches, *soign*, dans le sens de « souci, chagrin », et *songne*, dans le sens de « pensée qui occupe l'esprit », les deux termes étant des dérivés latins d'anciennes racines franciques (*°sun(n)i* et *°sunnja*). Pendant longtemps, *soin* renvoyait principalement à l'idée de « s'occuper ou se préoccuper de... », *le soin* désignant la charge qu'a une personne de veiller sur quelque chose ou quelqu'un. *Soin* était alors proche de souci, inquiétude, témoignant donc d'une disposition mentale, d'un état d'esprit. Au XVII^e siècle, *soin* s'est même temporairement spécialisé dans un sens galant pour décrire les actions destinées à faire plaisir à quelqu'un ! Il en reste une trace dans l'expression encore usitée, « être aux petits soins ». On est loin de l'idée de traitement. Cependant, la forme verbale prit, dès le XVII^e siècle, le sens connu aujourd'hui, « s'occuper de rétablir la santé de quelqu'un » ; le substantif, en revanche, ne se spécialisa dans l'action proprement médicale de soigner qu'assez tardivement, vers la fin du XVIII^e siècle, début du XIX^e siècle. Encore aujourd'hui, l'idée du soin est foncièrement différente de l'idée de traitement. Contrairement à celle du soin, l'origine étymologique de *traitement* s'appuie beaucoup plus sur une notion de violence puisque le terme dérive de *tractare*, *tractum*, *trahere*, initialement employé au sens de « traîner violemment, mener difficilement » ! Si le traitement reste la manière de traiter quelqu'un, si par métonymie il a pris le sens de la rémunération (d'un fonctionnaire), le sens médical s'est relativement spécialisé et restreint aux actions destinées à faire disparaître

1. *Le Robert*, 1992, p. 1961-1962.

la maladie, supprimer la cause du mal. Dans le traitement, il y a l'idée d'éradiquer ce mal, au minimum en supprimant le symptôme (traitement symptomatique), au mieux en faisant disparaître la cause pathogène (traitement étiologique). Le traitement s'adresse essentiellement au mal, à la partie malade de la personne, et se préoccupe peu du sujet lui-même. Dans tout traitement, il y a une volonté d'*éradication*, d'*extraction* : extraire le mal de la personne, extraire la pierre de la folie. En cela, le traitement s'oppose au soin qui s'adresse à la personne dans sa globalité. Plus qu'une action de disparition, le soin ambitionne un effet de rétablissement, de restauration, une reprise du processus de santé. Le soin vise à restituer au sujet sa capacité à se prendre lui-même comme « objet de soin », à développer à son propre égard « un souci de soin », proche en cela de ce que Heidegger a appelé une « sollicitude devançante² », préservant ainsi la capacité de transformation propre à chacun. Quand le traitement parvient à *extraire* le mal, il n'est pas rare qu'il laisse comme un trou dans le sujet, un « en moins », creux possiblement persécuteur : le soin s'attache alors à un véritable « travail de guérison³ » indispensable pour rendre à la dépouille du malade, ou à ce malade dépouillé, son statut de sujet.

La médiation, enfin, campe au milieu..., comme l'indique l'étymologie : *médius*. La médiation est un processus qui toujours s'interpose : entre l'un et l'autre, entre soi et soi, entre un avant et un après, entre ici et là, qui donne du jeu, de l'entre je(u), pour reprendre l'expression de R. Roussillon.

2. M. Heidegger, *Être et temps*, Paris, Gallimard, 1986, p. 122. Par opposition à la « sollicitude substitutive » qui, pour le médecin, consiste à « prendre en charge » lui-même le souci de la maladie pour en décharger le malade, la sollicitude devançante agit « non point pour lui ôter son souci, mais au contraire pour le lui restituer ».

3. C'est ce qu'on observe après la guérison d'une maladie potentiellement mortelle, telle que certains cancers. Voir sur ce thème l'ouvrage de D. Brun, *L'enfant donné pour mort. Enjeux psychiques de la guérison*, Paris, Dunod, 1989.

la maladie, supprimer la cause du mal. Dans le traitement, il y a l'idée d'éradiquer ce mal, au minimum en supprimant le symptôme (traitement symptomatique), au mieux en faisant disparaître la cause pathogène (traitement étiologique). Le traitement s'adresse essentiellement au mal, à la partie malade de la personne, et se préoccupe peu du sujet lui-même. Dans tout traitement, il y a une volonté d'*éradication*, d'*extraction* : extraire le mal de la personne, extraire la pierre de la folie. En cela, le traitement s'oppose au soin qui s'adresse à la personne dans sa globalité. Plus qu'une action de disparition, le soin ambitionne un effet de rétablissement, de restauration, une reprise du processus de santé. Le soin vise à restituer au sujet sa capacité à se prendre lui-même comme « objet de soin », à développer à son propre égard « un souci de soin », proche en cela de ce que Heidegger a appelé une « sollicitude devançante² », préservant ainsi la capacité de transformation propre à chacun. Quand le traitement parvient à *extraire* le mal, il n'est pas rare qu'il laisse comme un trou dans le sujet, un « en moins », creux possiblement persécuteur : le soin s'attache alors à un véritable « travail de guérison³ » indispensable pour rendre à la dépouille du malade, ou à ce malade dépouillé, son statut de sujet.

La médiation, enfin, campe au milieu..., comme l'indique l'étymologie : *médius*. La médiation est un processus qui toujours s'interpose : entre l'un et l'autre, entre soi et soi, entre un avant et un après, entre ici et là, qui donne du jeu, de l'entre je(u), pour reprendre l'expression de R. Roussillon.

2. M. Heidegger, *Être et temps*, Paris, Gallimard, 1986, p. 122. Par opposition à la « sollicitude substitutive » qui, pour le médecin, consiste à « prendre en charge » lui-même le souci de la maladie pour en décharger le malade, la sollicitude devançante agit « non point pour lui ôter son souci, mais au contraire pour le lui restituer ».

3. C'est ce qu'on observe après la guérison d'une maladie potentiellement mortelle, telle que certains cancers. Voir sur ce thème l'ouvrage de D. Brun, *L'enfant donné pour mort. Enjeux psychiques de la guérison*, Paris, Dunod, 1989.

la maladie, supprimer la cause du mal. Dans le traitement, il y a l'idée d'éradiquer ce mal, au minimum en supprimant le symptôme (traitement symptomatique), au mieux en faisant disparaître la cause pathogène (traitement étiologique). Le traitement s'adresse essentiellement au mal, à la partie malade de la personne, et se préoccupe peu du sujet lui-même. Dans tout traitement, il y a une volonté d'*éradication*, d'*extraction* : extraire le mal de la personne, extraire la pierre de la folie. En cela, le traitement s'oppose au soin qui s'adresse à la personne dans sa globalité. Plus qu'une action de disparition, le soin ambitionne un effet de rétablissement, de restauration, une reprise du processus de santé. Le soin vise à restituer au sujet sa capacité à se prendre lui-même comme « objet de soin », à développer à son propre égard « un souci de soin », proche en cela de ce que Heidegger a appelé une « sollicitude devançante² », préservant ainsi la capacité de transformation propre à chacun. Quand le traitement parvient à *extraire* le mal, il n'est pas rare qu'il laisse comme un trou dans le sujet, un « en moins », creux possiblement persécuteur : le soin s'attache alors à un véritable « travail de guérison³ » indispensable pour rendre à la dépouille du malade, ou à ce malade dépouillé, son statut de sujet.

La médiation, enfin, campe au milieu..., comme l'indique l'étymologie : *médius*. La médiation est un processus qui toujours s'interpose : entre l'un et l'autre, entre soi et soi, entre un avant et un après, entre ici et là, qui donne du jeu, de l'entre je(u), pour reprendre l'expression de R. Roussillon.

2. M. Heidegger, *Être et temps*, Paris, Gallimard, 1986, p. 122. Par opposition à la « sollicitude substitutive » qui, pour le médecin, consiste à « prendre en charge » lui-même le souci de la maladie pour en décharger le malade, la sollicitude devançante agit « non point pour lui ôter son souci, mais au contraire pour le lui restituer ».

3. C'est ce qu'on observe après la guérison d'une maladie potentiellement mortelle, telle que certains cancers. Voir sur ce thème l'ouvrage de D. Brun, *L'enfant donné pour mort. Enjeux psychiques de la guérison*, Paris, Dunod, 1989.

la maladie, supprimer la cause du mal. Dans le traitement, il y a l'idée d'éradiquer ce mal, au minimum en supprimant le symptôme (traitement symptomatique), au mieux en faisant disparaître la cause pathogène (traitement étiologique). Le traitement s'adresse essentiellement au mal, à la partie malade de la personne, et se préoccupe peu du sujet lui-même. Dans tout traitement, il y a une volonté d'*éradication*, d'*extraction* : extraire le mal de la personne, extraire la pierre de la folie. En cela, le traitement s'oppose au soin qui s'adresse à la personne dans sa globalité. Plus qu'une action de disparition, le soin ambitionne un effet de rétablissement, de restauration, une reprise du processus de santé. Le soin vise à restituer au sujet sa capacité à se prendre lui-même comme « objet de soin », à développer à son propre égard « un souci de soin », proche en cela de ce que Heidegger a appelé une « sollicitude devançante² », préservant ainsi la capacité de transformation propre à chacun. Quand le traitement parvient à *extraire* le mal, il n'est pas rare qu'il laisse comme un trou dans le sujet, un « en moins », creux possiblement persécuteur : le soin s'attache alors à un véritable « travail de guérison³ » indispensable pour rendre à la dépouille du malade, ou à ce malade dépouillé, son statut de sujet.

La médiation, enfin, campe au milieu..., comme l'indique l'étymologie : *médius*. La médiation est un processus qui toujours s'interpose : entre l'un et l'autre, entre soi et soi, entre un avant et un après, entre ici et là, qui donne du jeu, de l'entre je(u), pour reprendre l'expression de R. Roussillon.

2. M. Heidegger, *Être et temps*, Paris, Gallimard, 1986, p. 122. Par opposition à la « sollicitude substitutive » qui, pour le médecin, consiste à « prendre en charge » lui-même le souci de la maladie pour en décharger le malade, la sollicitude devançante agit « non point pour lui ôter son souci, mais au contraire pour le lui restituer ».

3. C'est ce qu'on observe après la guérison d'une maladie potentiellement mortelle, telle que certains cancers. Voir sur ce thème l'ouvrage de D. Brun, *L'enfant donné pour mort. Enjeux psychiques de la guérison*, Paris, Dunod, 1989.

La médiation n'est pas un état constitué, une fin. C'est un moyen, un temps ou un lieu de passage, de transit, zone d'entre-deux qu'on peut aussi dire « antre-d'eux », zone obscure, indéterminée, aux limites floues, amiboïde, antre ténébreux d'où pourrait secondairement émerger un corps constitué, bien limité, aux contours précis. La médiation est difficile à saisir, car à l'instant de sa saisie elle disparaît, se collapse sur elle-même. Elle n'a pas de forme propre, d'où la difficulté à la définir, à l'objectiver. Elle ne peut être chosifiée. Ainsi que le précise C. Malabou, « on voit bien la valeur incontournable de la médiation, [car] se regarder soi-même n'est possible que grâce à un troisième terme, il n'y a jamais de réflexion directe, immédiate, du soi sur lui-même⁴ ». Nous aurons l'occasion de revenir à plusieurs reprises sur cette fonction réfléchissante de la médiation qui ne se réduit pas au seul reflet dans le miroir, comme on pourrait trop vite le déduire, mais qui, pour opérer cette réflexion, doit en passer par un écart, une transformation différenciatrice : l'altérité est nécessaire au processus de reconnaissance de soi. La médiation n'est pas seulement « entre », au-delà de la transition, elle est aussi processus de transposition, de transfert, de transfiguration, essentiellement de transformation. La médiation est « trans », ce préfixe, très utilisé dans la langue, venant du latin *trans* qui signifie non seulement « au-delà, par-delà » mais aussi « de part en part », et qu'on retrouve sous forme atténuée dans *tra(s)*, tel que *traduire*, *traverser*. La médiation, par sa fonction de *trans-formation*, œuvre au changement. Cependant, la médiation ne procède pas par effet de rupture, de césure, de cassure ; elle évite l'affrontement, les à-coups, déteste le combat, le conflit, la violence, même si elle peut à l'occasion montrer sa force, sa pugnacité, sa ténacité. Si elle vise le changement, c'est toujours un changement qui puisse

4. C. Malabou, *La chambre du milieu. De Hegel aux neurosciences*, Paris, Hermann, 2009, p. 17-18.

La médiation n'est pas un état constitué, une fin. C'est un moyen, un temps ou un lieu de passage, de transit, zone d'entre-deux qu'on peut aussi dire « antre-d'eux », zone obscure, indéterminée, aux limites floues, amiboïde, antre ténébreux d'où pourrait secondairement émerger un corps constitué, bien limité, aux contours précis. La médiation est difficile à saisir, car à l'instant de sa saisie elle disparaît, se collapse sur elle-même. Elle n'a pas de forme propre, d'où la difficulté à la définir, à l'objectiver. Elle ne peut être chosifiée. Ainsi que le précise C. Malabou, « on voit bien la valeur incontournable de la médiation, [car] se regarder soi-même n'est possible que grâce à un troisième terme, il n'y a jamais de réflexion directe, immédiate, du soi sur lui-même⁴ ». Nous aurons l'occasion de revenir à plusieurs reprises sur cette fonction réfléchissante de la médiation qui ne se réduit pas au seul reflet dans le miroir, comme on pourrait trop vite le déduire, mais qui, pour opérer cette réflexion, doit en passer par un écart, une transformation différenciatrice : l'altérité est nécessaire au processus de reconnaissance de soi. La médiation n'est pas seulement « entre », au-delà de la transition, elle est aussi processus de transposition, de transfert, de transfiguration, essentiellement de transformation. La médiation est « trans », ce préfixe, très utilisé dans la langue, venant du latin *trans* qui signifie non seulement « au-delà, par-delà » mais aussi « de part en part », et qu'on retrouve sous forme atténuée dans *tra(s)*, tel que *traduire*, *traverser*. La médiation, par sa fonction de *trans-formation*, œuvre au changement. Cependant, la médiation ne procède pas par effet de rupture, de césure, de cassure ; elle évite l'affrontement, les à-coups, déteste le combat, le conflit, la violence, même si elle peut à l'occasion montrer sa force, sa pugnacité, sa ténacité. Si elle vise le changement, c'est toujours un changement qui puisse

4. C. Malabou, *La chambre du milieu. De Hegel aux neurosciences*, Paris, Hermann, 2009, p. 17-18.

La médiation n'est pas un état constitué, une fin. C'est un moyen, un temps ou un lieu de passage, de transit, zone d'entre-deux qu'on peut aussi dire « antre-d'eux », zone obscure, indéterminée, aux limites floues, amiboïde, antre ténébreux d'où pourrait secondairement émerger un corps constitué, bien limité, aux contours précis. La médiation est difficile à saisir, car à l'instant de sa saisie elle disparaît, se collapse sur elle-même. Elle n'a pas de forme propre, d'où la difficulté à la définir, à l'objectiver. Elle ne peut être chosifiée. Ainsi que le précise C. Malabou, « on voit bien la valeur incontournable de la médiation, [car] se regarder soi-même n'est possible que grâce à un troisième terme, il n'y a jamais de réflexion directe, immédiate, du soi sur lui-même⁴ ». Nous aurons l'occasion de revenir à plusieurs reprises sur cette fonction réfléchissante de la médiation qui ne se réduit pas au seul reflet dans le miroir, comme on pourrait trop vite le déduire, mais qui, pour opérer cette réflexion, doit en passer par un écart, une transformation différenciatrice : l'altérité est nécessaire au processus de reconnaissance de soi. La médiation n'est pas seulement « entre », au-delà de la transition, elle est aussi processus de transposition, de transfert, de transfiguration, essentiellement de transformation. La médiation est « trans », ce préfixe, très utilisé dans la langue, venant du latin *trans* qui signifie non seulement « au-delà, par-delà » mais aussi « de part en part », et qu'on retrouve sous forme atténuée dans *tra(s)*, tel que *traduire*, *traverser*. La médiation, par sa fonction de *trans-formation*, œuvre au changement. Cependant, la médiation ne procède pas par effet de rupture, de césure, de cassure ; elle évite l'affrontement, les à-coups, déteste le combat, le conflit, la violence, même si elle peut à l'occasion montrer sa force, sa pugnacité, sa ténacité. Si elle vise le changement, c'est toujours un changement qui puisse

4. C. Malabou, *La chambre du milieu. De Hegel aux neurosciences*, Paris, Hermann, 2009, p. 17-18.

La médiation n'est pas un état constitué, une fin. C'est un moyen, un temps ou un lieu de passage, de transit, zone d'entre-deux qu'on peut aussi dire « antre-d'eux », zone obscure, indéterminée, aux limites floues, amiboïde, antre ténébreux d'où pourrait secondairement émerger un corps constitué, bien limité, aux contours précis. La médiation est difficile à saisir, car à l'instant de sa saisie elle disparaît, se collapse sur elle-même. Elle n'a pas de forme propre, d'où la difficulté à la définir, à l'objectiver. Elle ne peut être chosifiée. Ainsi que le précise C. Malabou, « on voit bien la valeur incontournable de la médiation, [car] se regarder soi-même n'est possible que grâce à un troisième terme, il n'y a jamais de réflexion directe, immédiate, du soi sur lui-même⁴ ». Nous aurons l'occasion de revenir à plusieurs reprises sur cette fonction réfléchissante de la médiation qui ne se réduit pas au seul reflet dans le miroir, comme on pourrait trop vite le déduire, mais qui, pour opérer cette réflexion, doit en passer par un écart, une transformation différenciatrice : l'altérité est nécessaire au processus de reconnaissance de soi. La médiation n'est pas seulement « entre », au-delà de la transition, elle est aussi processus de transposition, de transfert, de transfiguration, essentiellement de transformation. La médiation est « trans », ce préfixe, très utilisé dans la langue, venant du latin *trans* qui signifie non seulement « au-delà, par-delà » mais aussi « de part en part », et qu'on retrouve sous forme atténuée dans *tra(s)*, tel que *traduire*, *traverser*. La médiation, par sa fonction de *trans-formation*, œuvre au changement. Cependant, la médiation ne procède pas par effet de rupture, de césure, de cassure ; elle évite l'affrontement, les à-coups, déteste le combat, le conflit, la violence, même si elle peut à l'occasion montrer sa force, sa pugnacité, sa ténacité. Si elle vise le changement, c'est toujours un changement qui puisse

4. C. Malabou, *La chambre du milieu. De Hegel aux neurosciences*, Paris, Hermann, 2009, p. 17-18.

s'inscrire dans une continuité, une progressivité, proche en cela des « transformations silencieuses », selon l'heureuse expression de F. Jullien⁵, *transformation transparente, translucide*, ne se laissant ni clairement voir, ni facilement saisir, ni aisément entendre. La médiation lance un constant défi à l'idée de la forme achevée, de l'objet délimité, du concept bien circonscrit, en un mot d'un état stable, d'une image fixée, d'une définition rigoureuse, toute chose qui tirerait du côté de l'idéal en tant qu'état défini proche d'une sorte de perfection.

En réunissant ces trois brins, nous ambitionnons de décrire une « clinique de la transformation » qui, dans le couple continuité/changement, privilégie la dimension de la *continuité* dans le changement, par opposition à une « clinique de la mutation » qui, elle, privilégie l'idée de la *rupture* dans le changement. La clinique de la mutation est une clinique de l'événement, de l'accidentel, de tout ce qui fait saillie dans le cours du temps, clinique de la brisure, de la rupture, de la forme achevée qui, en se cassant, « révèle » son armature, sa structure. Le traumatisme en est son moteur. Cette clinique de la mutation s'applique à des états structurés, des formes achevées propres à l'adulte, produisant des entités catégorisées, des troubles « critérisés⁶ », identifiant des « facteurs » étiologiques, ceux qui produisent l'événement, l'état pathologique. À l'inverse, une clinique de la transformation concerne des préformes en constitution, des états malléables, comme on peut les observer chez les bébés, les adolescents ou pendant une grossesse. Dans cette clinique de la transformation, nul médicament susceptible d'éradiquer le mal, nulle interprétation « mutative »,

5. F. Jullien, *Les transformations silencieuses*, Paris, Grasset, 2009.

6. Nous pensons évidemment aux entités nosographiques du DSM, ce manuel de l'Association psychiatrique américaine (APA), destiné à catégoriser les « troubles » pour mieux en préciser les « indications » thérapeutiques, c'est-à-dire essentiellement les médicaments.

s'inscrire dans une continuité, une progressivité, proche en cela des « transformations silencieuses », selon l'heureuse expression de F. Jullien⁵, *transformation transparente, translucide*, ne se laissant ni clairement voir, ni facilement saisir, ni aisément entendre. La médiation lance un constant défi à l'idée de la forme achevée, de l'objet délimité, du concept bien circonscrit, en un mot d'un état stable, d'une image fixée, d'une définition rigoureuse, toute chose qui tirerait du côté de l'idéal en tant qu'état défini proche d'une sorte de perfection.

En réunissant ces trois brins, nous ambitionnons de décrire une « clinique de la transformation » qui, dans le couple continuité/changement, privilégie la dimension de la *continuité* dans le changement, par opposition à une « clinique de la mutation » qui, elle, privilégie l'idée de la *rupture* dans le changement. La clinique de la mutation est une clinique de l'événement, de l'accidentel, de tout ce qui fait saillie dans le cours du temps, clinique de la brisure, de la rupture, de la forme achevée qui, en se cassant, « révèle » son armature, sa structure. Le traumatisme en est son moteur. Cette clinique de la mutation s'applique à des états structurés, des formes achevées propres à l'adulte, produisant des entités catégorisées, des troubles « critérisés⁶ », identifiant des « facteurs » étiologiques, ceux qui produisent l'événement, l'état pathologique. À l'inverse, une clinique de la transformation concerne des préformes en constitution, des états malléables, comme on peut les observer chez les bébés, les adolescents ou pendant une grossesse. Dans cette clinique de la transformation, nul médicament susceptible d'éradiquer le mal, nulle interprétation « mutative »,

5. F. Jullien, *Les transformations silencieuses*, Paris, Grasset, 2009.

6. Nous pensons évidemment aux entités nosographiques du DSM, ce manuel de l'Association psychiatrique américaine (APA), destiné à catégoriser les « troubles » pour mieux en préciser les « indications » thérapeutiques, c'est-à-dire essentiellement les médicaments.

s'inscrire dans une continuité, une progressivité, proche en cela des « transformations silencieuses », selon l'heureuse expression de F. Jullien⁵, *transformation transparente, translucide*, ne se laissant ni clairement voir, ni facilement saisir, ni aisément entendre. La médiation lance un constant défi à l'idée de la forme achevée, de l'objet délimité, du concept bien circonscrit, en un mot d'un état stable, d'une image fixée, d'une définition rigoureuse, toute chose qui tirerait du côté de l'idéal en tant qu'état défini proche d'une sorte de perfection.

En réunissant ces trois brins, nous ambitionnons de décrire une « clinique de la transformation » qui, dans le couple continuité/changement, privilégie la dimension de la *continuité* dans le changement, par opposition à une « clinique de la mutation » qui, elle, privilégie l'idée de la *rupture* dans le changement. La clinique de la mutation est une clinique de l'événement, de l'accidentel, de tout ce qui fait saillie dans le cours du temps, clinique de la brisure, de la rupture, de la forme achevée qui, en se cassant, « révèle » son armature, sa structure. Le traumatisme en est son moteur. Cette clinique de la mutation s'applique à des états structurés, des formes achevées propres à l'adulte, produisant des entités catégorisées, des troubles « critérisés⁶ », identifiant des « facteurs » étiologiques, ceux qui produisent l'événement, l'état pathologique. À l'inverse, une clinique de la transformation concerne des préformes en constitution, des états malléables, comme on peut les observer chez les bébés, les adolescents ou pendant une grossesse. Dans cette clinique de la transformation, nul médicament susceptible d'éradiquer le mal, nulle interprétation « mutative »,

5. F. Jullien, *Les transformations silencieuses*, Paris, Grasset, 2009.

6. Nous pensons évidemment aux entités nosographiques du DSM, ce manuel de l'Association psychiatrique américaine (APA), destiné à catégoriser les « troubles » pour mieux en préciser les « indications » thérapeutiques, c'est-à-dire essentiellement les médicaments.

s'inscrire dans une continuité, une progressivité, proche en cela des « transformations silencieuses », selon l'heureuse expression de F. Jullien⁵, *transformation transparente, translucide*, ne se laissant ni clairement voir, ni facilement saisir, ni aisément entendre. La médiation lance un constant défi à l'idée de la forme achevée, de l'objet délimité, du concept bien circonscrit, en un mot d'un état stable, d'une image fixée, d'une définition rigoureuse, toute chose qui tirerait du côté de l'idéal en tant qu'état défini proche d'une sorte de perfection.

En réunissant ces trois brins, nous ambitionnons de décrire une « clinique de la transformation » qui, dans le couple continuité/changement, privilégie la dimension de la *continuité* dans le changement, par opposition à une « clinique de la mutation » qui, elle, privilégie l'idée de la *rupture* dans le changement. La clinique de la mutation est une clinique de l'événement, de l'accidentel, de tout ce qui fait saillie dans le cours du temps, clinique de la brisure, de la rupture, de la forme achevée qui, en se cassant, « révèle » son armature, sa structure. Le traumatisme en est son moteur. Cette clinique de la mutation s'applique à des états structurés, des formes achevées propres à l'adulte, produisant des entités catégorisées, des troubles « critérisés⁶ », identifiant des « facteurs » étiologiques, ceux qui produisent l'événement, l'état pathologique. À l'inverse, une clinique de la transformation concerne des préformes en constitution, des états malléables, comme on peut les observer chez les bébés, les adolescents ou pendant une grossesse. Dans cette clinique de la transformation, nul médicament susceptible d'éradiquer le mal, nulle interprétation « mutative »,

5. F. Jullien, *Les transformations silencieuses*, Paris, Grasset, 2009.

6. Nous pensons évidemment aux entités nosographiques du DSM, ce manuel de l'Association psychiatrique américaine (APA), destiné à catégoriser les « troubles » pour mieux en préciser les « indications » thérapeutiques, c'est-à-dire essentiellement les médicaments.

brillante, voire « éblouissante », susceptible de faire basculer la structure, d'introduire une rupture dans le processus en cours ! C'est au contraire à une clinique de la banalité que nous convions le lecteur, celle d'une discrète remarque, d'un léger étonnement, d'un questionnement hésitant, petits riens pouvant donner un nouvel éclairage, une perspective inattendue, une « ouverture » propre à infléchir la trajectoire. Il ne s'est presque rien passé, presque rien dit, presque rien fait, mais ce *presque* fait toute la différence malgré son apparente fadeur.

Période de changement à haut potentiel conflictuel, l'adolescence correspond parfaitement à cette clinique de la transformation précisément parce que l'adolescent développe une grande méfiance face à toute demande de changement aussitôt perçue comme une menace d'être influencé de l'extérieur, d'être manipulé, de perdre la maîtrise. On comprend d'autant plus aisément cette crainte que, comme nous l'avons dit, le processus pubertaire, somatique comme psychique, s'impose à l'adolescent, le place en position de passivité. Venant redoubler l'inéluctable changement interne, l'exigence externe de changement est vite insupportable pour l'adolescent ! Dans ces conditions, en particulier quand l'adolescent traverse des zones de turbulence, de conflit, l'analyse de ce dernier, en tant qu'elle cherche à distinguer les protagonistes en présence et les forces qui s'y opposent, risque de devenir rapidement excitante pour l'adolescent, plus désorganisée qu'élaborative ou constructive. Le refoulement, mécanisme qui se prête de façon assez complaisante à l'analyse, opère plus volontiers à distance du conflit, tandis que, plongé dans le cours même du conflit, le clivage représente le processus défensif le plus immédiat et le plus approprié, particulièrement chez l'adolescent. Or, chercher à analyser le clivage, *alors même que le conflit se poursuit*, risque plus souvent de le renforcer et davantage de rigidifier les défenses que de les assouplir et de parvenir à les réduire. En outre le refoulement résulte en grande partie de la poussée

brillante, voire « éblouissante », susceptible de faire basculer la structure, d'introduire une rupture dans le processus en cours ! C'est au contraire à une clinique de la banalité que nous convions le lecteur, celle d'une discrète remarque, d'un léger étonnement, d'un questionnement hésitant, petits riens pouvant donner un nouvel éclairage, une perspective inattendue, une « ouverture » propre à infléchir la trajectoire. Il ne s'est presque rien passé, presque rien dit, presque rien fait, mais ce *presque* fait toute la différence malgré son apparente fadeur.

Période de changement à haut potentiel conflictuel, l'adolescence correspond parfaitement à cette clinique de la transformation précisément parce que l'adolescent développe une grande méfiance face à toute demande de changement aussitôt perçue comme une menace d'être influencé de l'extérieur, d'être manipulé, de perdre la maîtrise. On comprend d'autant plus aisément cette crainte que, comme nous l'avons dit, le processus pubertaire, somatique comme psychique, s'impose à l'adolescent, le place en position de passivité. Venant redoubler l'inéluctable changement interne, l'exigence externe de changement est vite insupportable pour l'adolescent ! Dans ces conditions, en particulier quand l'adolescent traverse des zones de turbulence, de conflit, l'analyse de ce dernier, en tant qu'elle cherche à distinguer les protagonistes en présence et les forces qui s'y opposent, risque de devenir rapidement excitante pour l'adolescent, plus désorganisée qu'élaborative ou constructive. Le refoulement, mécanisme qui se prête de façon assez complaisante à l'analyse, opère plus volontiers à distance du conflit, tandis que, plongé dans le cours même du conflit, le clivage représente le processus défensif le plus immédiat et le plus approprié, particulièrement chez l'adolescent. Or, chercher à analyser le clivage, *alors même que le conflit se poursuit*, risque plus souvent de le renforcer et davantage de rigidifier les défenses que de les assouplir et de parvenir à les réduire. En outre le refoulement résulte en grande partie de la poussée

brillante, voire « éblouissante », susceptible de faire basculer la structure, d'introduire une rupture dans le processus en cours ! C'est au contraire à une clinique de la banalité que nous convions le lecteur, celle d'une discrète remarque, d'un léger étonnement, d'un questionnement hésitant, petits riens pouvant donner un nouvel éclairage, une perspective inattendue, une « ouverture » propre à infléchir la trajectoire. Il ne s'est presque rien passé, presque rien dit, presque rien fait, mais ce *presque* fait toute la différence malgré son apparente fadeur.

Période de changement à haut potentiel conflictuel, l'adolescence correspond parfaitement à cette clinique de la transformation précisément parce que l'adolescent développe une grande méfiance face à toute demande de changement aussitôt perçue comme une menace d'être influencé de l'extérieur, d'être manipulé, de perdre la maîtrise. On comprend d'autant plus aisément cette crainte que, comme nous l'avons dit, le processus pubertaire, somatique comme psychique, s'impose à l'adolescent, le place en position de passivité. Venant redoubler l'inéluctable changement interne, l'exigence externe de changement est vite insupportable pour l'adolescent ! Dans ces conditions, en particulier quand l'adolescent traverse des zones de turbulence, de conflit, l'analyse de ce dernier, en tant qu'elle cherche à distinguer les protagonistes en présence et les forces qui s'y opposent, risque de devenir rapidement excitante pour l'adolescent, plus désorganisée qu'élaborative ou constructive. Le refoulement, mécanisme qui se prête de façon assez complaisante à l'analyse, opère plus volontiers à distance du conflit, tandis que, plongé dans le cours même du conflit, le clivage représente le processus défensif le plus immédiat et le plus approprié, particulièrement chez l'adolescent. Or, chercher à analyser le clivage, *alors même que le conflit se poursuit*, risque plus souvent de le renforcer et davantage de rigidifier les défenses que de les assouplir et de parvenir à les réduire. En outre le refoulement résulte en grande partie de la poussée

brillante, voire « éblouissante », susceptible de faire basculer la structure, d'introduire une rupture dans le processus en cours ! C'est au contraire à une clinique de la banalité que nous convions le lecteur, celle d'une discrète remarque, d'un léger étonnement, d'un questionnement hésitant, petits riens pouvant donner un nouvel éclairage, une perspective inattendue, une « ouverture » propre à infléchir la trajectoire. Il ne s'est presque rien passé, presque rien dit, presque rien fait, mais ce *presque* fait toute la différence malgré son apparente fadeur.

Période de changement à haut potentiel conflictuel, l'adolescence correspond parfaitement à cette clinique de la transformation précisément parce que l'adolescent développe une grande méfiance face à toute demande de changement aussitôt perçue comme une menace d'être influencé de l'extérieur, d'être manipulé, de perdre la maîtrise. On comprend d'autant plus aisément cette crainte que, comme nous l'avons dit, le processus pubertaire, somatique comme psychique, s'impose à l'adolescent, le place en position de passivité. Venant redoubler l'inéluctable changement interne, l'exigence externe de changement est vite insupportable pour l'adolescent ! Dans ces conditions, en particulier quand l'adolescent traverse des zones de turbulence, de conflit, l'analyse de ce dernier, en tant qu'elle cherche à distinguer les protagonistes en présence et les forces qui s'y opposent, risque de devenir rapidement excitante pour l'adolescent, plus désorganisée qu'élaborative ou constructive. Le refoulement, mécanisme qui se prête de façon assez complaisante à l'analyse, opère plus volontiers à distance du conflit, tandis que, plongé dans le cours même du conflit, le clivage représente le processus défensif le plus immédiat et le plus approprié, particulièrement chez l'adolescent. Or, chercher à analyser le clivage, *alors même que le conflit se poursuit*, risque plus souvent de le renforcer et davantage de rigidifier les défenses que de les assouplir et de parvenir à les réduire. En outre le refoulement résulte en grande partie de la poussée

d'un surmoi actif et vigilant, tandis que le clivage procède plus volontiers du moi : chez l'adolescent, le surmoi traverse précisément une phase de fragilité relative alors que le moi tente de mobiliser l'ensemble de ses forces : l'analyse du clivage représente pour ce dernier une menace certaine de fragilisation supplémentaire. Mais en revanche, l'analyse du conflit s'accommode fort bien de la différenciation sujet/objet, soi/non-soi, de l'opposition entre l'un et l'autre, entre l'avant et l'après, d'une mise en confrontation de deux formes bien définies, bien distinctes. À l'inverse, la transformation résultant du travail de médiation appartient à la catégorie de l'intermédiaire, processus évanescent qui, fondamentalement, est contraire à la logique de notre logos, à la structure même de notre langage, lequel se construit plus sur la différenciation et l'opposition des formes (verbale et nominale, par exemple) que sur leur complémentarité. Ainsi que le note F. Jullien, « la difficulté à penser la transformation [...] nous fait mettre le doigt au point précis où c'est notre façon de penser qui se trouve en défaut. Cette difficulté est celle de penser son être même qu'est en son cœur la transition, celle-ci disant explicitement le "passage" permettant d'aller d'une "forme" à la suivante – dans l'entre-formes, si je puis dire – et développant ainsi de son mieux ce trans de la transformation. Or précisément, comme elle n'est pas de l'"être", la transition échappe à notre pensée [...], elle fait littéralement trou dans la pensée européenne, la réduisant au silence⁷ ». À l'inverse « ne s'exprimant pas dans le langage de l'être, la pensée chinoise est au contraire à l'aise pour prêter attention au stade de "ce qu'on regarde mais qu'on ne perçoit pas" ou de "ce qu'on écoute mais qu'on n'entend pas" ; à ce stade où le sensible se résorbe et se désépécifie, se disqualifie, "s'affadit", sans pour autant verser dans l'invisible de la métaphysique ; où les démarcations se défont et qui, dans

7. F. Jullien, *Les transformations silencieuses*, op. cit., p. 26.

d'un surmoi actif et vigilant, tandis que le clivage procède plus volontiers du moi : chez l'adolescent, le surmoi traverse précisément une phase de fragilité relative alors que le moi tente de mobiliser l'ensemble de ses forces : l'analyse du clivage représente pour ce dernier une menace certaine de fragilisation supplémentaire. Mais en revanche, l'analyse du conflit s'accommode fort bien de la différenciation sujet/objet, soi/non-soi, de l'opposition entre l'un et l'autre, entre l'avant et l'après, d'une mise en confrontation de deux formes bien définies, bien distinctes. À l'inverse, la transformation résultant du travail de médiation appartient à la catégorie de l'intermédiaire, processus évanescent qui, fondamentalement, est contraire à la logique de notre logos, à la structure même de notre langage, lequel se construit plus sur la différenciation et l'opposition des formes (verbale et nominale, par exemple) que sur leur complémentarité. Ainsi que le note F. Jullien, « la difficulté à penser la transformation [...] nous fait mettre le doigt au point précis où c'est notre façon de penser qui se trouve en défaut. Cette difficulté est celle de penser son être même qu'est en son cœur la transition, celle-ci disant explicitement le "passage" permettant d'aller d'une "forme" à la suivante – dans l'entre-formes, si je puis dire – et développant ainsi de son mieux ce trans de la transformation. Or précisément, comme elle n'est pas de l'"être", la transition échappe à notre pensée [...], elle fait littéralement trou dans la pensée européenne, la réduisant au silence⁷ ». À l'inverse « ne s'exprimant pas dans le langage de l'être, la pensée chinoise est au contraire à l'aise pour prêter attention au stade de "ce qu'on regarde mais qu'on ne perçoit pas" ou de "ce qu'on écoute mais qu'on n'entend pas" ; à ce stade où le sensible se résorbe et se désépécifie, se disqualifie, "s'affadit", sans pour autant verser dans l'invisible de la métaphysique ; où les démarcations se défont et qui, dans

7. F. Jullien, *Les transformations silencieuses*, op. cit., p. 26.

d'un surmoi actif et vigilant, tandis que le clivage procède plus volontiers du moi : chez l'adolescent, le surmoi traverse précisément une phase de fragilité relative alors que le moi tente de mobiliser l'ensemble de ses forces : l'analyse du clivage représente pour ce dernier une menace certaine de fragilisation supplémentaire. Mais en revanche, l'analyse du conflit s'accommode fort bien de la différenciation sujet/objet, soi/non-soi, de l'opposition entre l'un et l'autre, entre l'avant et l'après, d'une mise en confrontation de deux formes bien définies, bien distinctes. À l'inverse, la transformation résultant du travail de médiation appartient à la catégorie de l'intermédiaire, processus évanescent qui, fondamentalement, est contraire à la logique de notre logos, à la structure même de notre langage, lequel se construit plus sur la différenciation et l'opposition des formes (verbale et nominale, par exemple) que sur leur complémentarité. Ainsi que le note F. Jullien, « la difficulté à penser la transformation [...] nous fait mettre le doigt au point précis où c'est notre façon de penser qui se trouve en défaut. Cette difficulté est celle de penser son être même qu'est en son cœur la transition, celle-ci disant explicitement le "passage" permettant d'aller d'une "forme" à la suivante – dans l'entre-formes, si je puis dire – et développant ainsi de son mieux ce trans de la transformation. Or précisément, comme elle n'est pas de l'"être", la transition échappe à notre pensée [...], elle fait littéralement trou dans la pensée européenne, la réduisant au silence⁷ ». À l'inverse « ne s'exprimant pas dans le langage de l'être, la pensée chinoise est au contraire à l'aise pour prêter attention au stade de "ce qu'on regarde mais qu'on ne perçoit pas" ou de "ce qu'on écoute mais qu'on n'entend pas" ; à ce stade où le sensible se résorbe et se désépécifie, se disqualifie, "s'affadit", sans pour autant verser dans l'invisible de la métaphysique ; où les démarcations se défont et qui, dans

7. F. Jullien, *Les transformations silencieuses*, op. cit., p. 26.

d'un surmoi actif et vigilant, tandis que le clivage procède plus volontiers du moi : chez l'adolescent, le surmoi traverse précisément une phase de fragilité relative alors que le moi tente de mobiliser l'ensemble de ses forces : l'analyse du clivage représente pour ce dernier une menace certaine de fragilisation supplémentaire. Mais en revanche, l'analyse du conflit s'accommode fort bien de la différenciation sujet/objet, soi/non-soi, de l'opposition entre l'un et l'autre, entre l'avant et l'après, d'une mise en confrontation de deux formes bien définies, bien distinctes. À l'inverse, la transformation résultant du travail de médiation appartient à la catégorie de l'intermédiaire, processus évanescent qui, fondamentalement, est contraire à la logique de notre logos, à la structure même de notre langage, lequel se construit plus sur la différenciation et l'opposition des formes (verbale et nominale, par exemple) que sur leur complémentarité. Ainsi que le note F. Jullien, « la difficulté à penser la transformation [...] nous fait mettre le doigt au point précis où c'est notre façon de penser qui se trouve en défaut. Cette difficulté est celle de penser son être même qu'est en son cœur la transition, celle-ci disant explicitement le "passage" permettant d'aller d'une "forme" à la suivante – dans l'entre-formes, si je puis dire – et développant ainsi de son mieux ce trans de la transformation. Or précisément, comme elle n'est pas de l'"être", la transition échappe à notre pensée [...], elle fait littéralement trou dans la pensée européenne, la réduisant au silence⁷ ». À l'inverse « ne s'exprimant pas dans le langage de l'être, la pensée chinoise est au contraire à l'aise pour prêter attention au stade de "ce qu'on regarde mais qu'on ne perçoit pas" ou de "ce qu'on écoute mais qu'on n'entend pas" ; à ce stade où le sensible se résorbe et se désépécifie, se disqualifie, "s'affadit", sans pour autant verser dans l'invisible de la métaphysique ; où les démarcations se défont et qui, dans

7. F. Jullien, *Les transformations silencieuses*, op. cit., p. 26.

son indifférenciation, laisse apparaître l'incessante transition des choses⁸. » Là où la pensée chinoise semble accueillir sans réticence les notions de flou, de vague, d'indéterminé, d'indistinct, semble capable même de leur donner une valeur positive, celle d'une nécessité qu'il convient de respecter et par laquelle il faut passer pour accéder à une forme plus accomplie, notre pensée ne tolère ces termes que du bout des lèvres, comme des facteurs possibles de confusion, des imprécisions regrettables, des approximations à évacuer, réduire : « Tandis que le logos est "définition", *horismos*, nous disent les Grecs, c'est-à-dire qu'il découpe des limites entre les genres et les propriétés pour y reconnaître de l'Être, la transition est par excellence ce qui nous retient de dire jusqu'où va telle propriété ou qualité, où commence l'autre⁹. »

Nos trois brins, adolescence, médiation, soin, quelle que soit la manière dont on les conjugue, nous renvoient toujours à ce qui est plus volontiers de l'ordre d'une dimension que de l'ordre d'une catégorie, de l'ordre d'un intermédiaire, d'un entre-deux, où il n'est pas toujours facile de définir un début et une fin, où la limite est souvent floue, les contours malléables. Penser la médiation, c'est penser cette « entre-forme », ce fond indifférencié d'où peut sourdre une forme, cette chose non encore objet que, pour enfin le dire, D.W. Winnicott a nommée « objet transitionnel ». Penser l'adolescence, c'est accepter l'inachèvement, l'incertitude, chercher la fluidité par opposition à la structure établie. Penser le soin, c'est travailler sur l'accommodation, renoncer à l'acte d'extraction, cet acte qui pourrait ôter définitivement le mal du malade, se contenter d'induire un mouvement, rejoignant en cela les propos conclusifs de F. Jullien : « Plutôt que de prétendre projeter immédiatement son action sur le cours des choses et de l'y imposer, "induire", c'est savoir engager discrètement un

8. *Ibid.*, p. 45.

9. *Ibid.*, p. 42.

son indifférenciation, laisse apparaître l'incessante transition des choses⁸. » Là où la pensée chinoise semble accueillir sans réticence les notions de flou, de vague, d'indéterminé, d'indistinct, semble capable même de leur donner une valeur positive, celle d'une nécessité qu'il convient de respecter et par laquelle il faut passer pour accéder à une forme plus accomplie, notre pensée ne tolère ces termes que du bout des lèvres, comme des facteurs possibles de confusion, des imprécisions regrettables, des approximations à évacuer, réduire : « Tandis que le logos est "définition", *horismos*, nous disent les Grecs, c'est-à-dire qu'il découpe des limites entre les genres et les propriétés pour y reconnaître de l'Être, la transition est par excellence ce qui nous retient de dire jusqu'où va telle propriété ou qualité, où commence l'autre⁹. »

Nos trois brins, adolescence, médiation, soin, quelle que soit la manière dont on les conjugue, nous renvoient toujours à ce qui est plus volontiers de l'ordre d'une dimension que de l'ordre d'une catégorie, de l'ordre d'un intermédiaire, d'un entre-deux, où il n'est pas toujours facile de définir un début et une fin, où la limite est souvent floue, les contours malléables. Penser la médiation, c'est penser cette « entre-forme », ce fond indifférencié d'où peut sourdre une forme, cette chose non encore objet que, pour enfin le dire, D.W. Winnicott a nommée « objet transitionnel ». Penser l'adolescence, c'est accepter l'inachèvement, l'incertitude, chercher la fluidité par opposition à la structure établie. Penser le soin, c'est travailler sur l'accommodation, renoncer à l'acte d'extraction, cet acte qui pourrait ôter définitivement le mal du malade, se contenter d'induire un mouvement, rejoignant en cela les propos conclusifs de F. Jullien : « Plutôt que de prétendre projeter immédiatement son action sur le cours des choses et de l'y imposer, "induire", c'est savoir engager discrètement un

8. *Ibid.*, p. 45.

9. *Ibid.*, p. 42.

son indifférenciation, laisse apparaître l'incessante transition des choses⁸. » Là où la pensée chinoise semble accueillir sans réticence les notions de flou, de vague, d'indéterminé, d'indistinct, semble capable même de leur donner une valeur positive, celle d'une nécessité qu'il convient de respecter et par laquelle il faut passer pour accéder à une forme plus accomplie, notre pensée ne tolère ces termes que du bout des lèvres, comme des facteurs possibles de confusion, des imprécisions regrettables, des approximations à évacuer, réduire : « Tandis que le logos est "définition", *horismos*, nous disent les Grecs, c'est-à-dire qu'il découpe des limites entre les genres et les propriétés pour y reconnaître de l'Être, la transition est par excellence ce qui nous retient de dire jusqu'où va telle propriété ou qualité, où commence l'autre⁹. »

Nos trois brins, adolescence, médiation, soin, quelle que soit la manière dont on les conjugue, nous renvoient toujours à ce qui est plus volontiers de l'ordre d'une dimension que de l'ordre d'une catégorie, de l'ordre d'un intermédiaire, d'un entre-deux, où il n'est pas toujours facile de définir un début et une fin, où la limite est souvent floue, les contours malléables. Penser la médiation, c'est penser cette « entre-forme », ce fond indifférencié d'où peut sourdre une forme, cette chose non encore objet que, pour enfin le dire, D.W. Winnicott a nommée « objet transitionnel ». Penser l'adolescence, c'est accepter l'inachèvement, l'incertitude, chercher la fluidité par opposition à la structure établie. Penser le soin, c'est travailler sur l'accommodation, renoncer à l'acte d'extraction, cet acte qui pourrait ôter définitivement le mal du malade, se contenter d'induire un mouvement, rejoignant en cela les propos conclusifs de F. Jullien : « Plutôt que de prétendre projeter immédiatement son action sur le cours des choses et de l'y imposer, "induire", c'est savoir engager discrètement un

8. *Ibid.*, p. 45.

9. *Ibid.*, p. 42.

son indifférenciation, laisse apparaître l'incessante transition des choses⁸. » Là où la pensée chinoise semble accueillir sans réticence les notions de flou, de vague, d'indéterminé, d'indistinct, semble capable même de leur donner une valeur positive, celle d'une nécessité qu'il convient de respecter et par laquelle il faut passer pour accéder à une forme plus accomplie, notre pensée ne tolère ces termes que du bout des lèvres, comme des facteurs possibles de confusion, des imprécisions regrettables, des approximations à évacuer, réduire : « Tandis que le logos est "définition", *horismos*, nous disent les Grecs, c'est-à-dire qu'il découpe des limites entre les genres et les propriétés pour y reconnaître de l'Être, la transition est par excellence ce qui nous retient de dire jusqu'où va telle propriété ou qualité, où commence l'autre⁹. »

Nos trois brins, adolescence, médiation, soin, quelle que soit la manière dont on les conjugue, nous renvoient toujours à ce qui est plus volontiers de l'ordre d'une dimension que de l'ordre d'une catégorie, de l'ordre d'un intermédiaire, d'un entre-deux, où il n'est pas toujours facile de définir un début et une fin, où la limite est souvent floue, les contours malléables. Penser la médiation, c'est penser cette « entre-forme », ce fond indifférencié d'où peut sourdre une forme, cette chose non encore objet que, pour enfin le dire, D.W. Winnicott a nommée « objet transitionnel ». Penser l'adolescence, c'est accepter l'inachèvement, l'incertitude, chercher la fluidité par opposition à la structure établie. Penser le soin, c'est travailler sur l'accommodation, renoncer à l'acte d'extraction, cet acte qui pourrait ôter définitivement le mal du malade, se contenter d'induire un mouvement, rejoignant en cela les propos conclusifs de F. Jullien : « Plutôt que de prétendre projeter immédiatement son action sur le cours des choses et de l'y imposer, "induire", c'est savoir engager discrètement un

8. *Ibid.*, p. 45.

9. *Ibid.*, p. 42.

processus, de loin, mais tel qu'il soit porté de lui-même à se développer ; et que, s'infiltrant dans la situation, il parvienne, peu à peu et sans qu'on s'en rende compte, à silencieusement la transformer¹⁰. » Le soin par la médiation procède, à l'adolescence en particulier, plus par induction que par interprétation, mais une telle perspective nous contraint à reconsidérer certaine position apparemment bien établie dans le discours psychopathologique, celle plus précisément du conflit, de son rôle délétère ou structurant, de sa place dans le soin. Références habituelles quand on parle de médiation, l'objet transitionnel et l'aire du même nom sont toujours convoqués pour en expliquer le fonctionnement. Mais dans la mesure où le soin ne se superpose pas complètement au traitement, dans la mesure où ce soin ouvre nécessairement une aire transitionnelle entre soignant/soigné dont le but est de parvenir à « se soigner », proposer une théorie de soin, qui plus est *une théorie du soin par la médiation*, nous oblige à reprendre sur le fond les hypothèses concernant le champ de la transitionnalité. Une question se pose alors : peut-on aller au-delà des travaux de Winnicott, poursuivre sa réflexion et interroger la théorie psychanalytique, les fondements de la métapsychologie, dont certains principes s'avèrent difficilement compatibles avec les principales propositions de Winnicott ? Peut-on proposer une théorie de la transitionnalité, théorie pouvant mettre à mal la consistance de l'édifice psychopathologique avec le risque de le réduire à un quelconque « objet transitionnel », sauf à considérer que toute théorie de la transitionnalité nous conduit à une aporie... ?

Nous essaierons de nous engager dans ce chemin périlleux en articulant au plus près notre clinique, notre pratique et nos réflexions théoriques. Notre clinique est celle de deux spécialistes de l'adolescence, engagés depuis

10. *Ibid.*, p. 182.

processus, de loin, mais tel qu'il soit porté de lui-même à se développer ; et que, s'infiltrant dans la situation, il parvienne, peu à peu et sans qu'on s'en rende compte, à silencieusement la transformer¹⁰. » Le soin par la médiation procède, à l'adolescence en particulier, plus par induction que par interprétation, mais une telle perspective nous contraint à reconsidérer certaine position apparemment bien établie dans le discours psychopathologique, celle plus précisément du conflit, de son rôle délétère ou structurant, de sa place dans le soin. Références habituelles quand on parle de médiation, l'objet transitionnel et l'aire du même nom sont toujours convoqués pour en expliquer le fonctionnement. Mais dans la mesure où le soin ne se superpose pas complètement au traitement, dans la mesure où ce soin ouvre nécessairement une aire transitionnelle entre soignant/soigné dont le but est de parvenir à « se soigner », proposer une théorie de soin, qui plus est *une théorie du soin par la médiation*, nous oblige à reprendre sur le fond les hypothèses concernant le champ de la transitionnalité. Une question se pose alors : peut-on aller au-delà des travaux de Winnicott, poursuivre sa réflexion et interroger la théorie psychanalytique, les fondements de la métapsychologie, dont certains principes s'avèrent difficilement compatibles avec les principales propositions de Winnicott ? Peut-on proposer une théorie de la transitionnalité, théorie pouvant mettre à mal la consistance de l'édifice psychopathologique avec le risque de le réduire à un quelconque « objet transitionnel », sauf à considérer que toute théorie de la transitionnalité nous conduit à une aporie... ?

Nous essaierons de nous engager dans ce chemin périlleux en articulant au plus près notre clinique, notre pratique et nos réflexions théoriques. Notre clinique est celle de deux spécialistes de l'adolescence, engagés depuis

10. *Ibid.*, p. 182.

processus, de loin, mais tel qu'il soit porté de lui-même à se développer ; et que, s'infiltrant dans la situation, il parvienne, peu à peu et sans qu'on s'en rende compte, à silencieusement la transformer¹⁰. » Le soin par la médiation procède, à l'adolescence en particulier, plus par induction que par interprétation, mais une telle perspective nous contraint à reconsidérer certaine position apparemment bien établie dans le discours psychopathologique, celle plus précisément du conflit, de son rôle délétère ou structurant, de sa place dans le soin. Références habituelles quand on parle de médiation, l'objet transitionnel et l'aire du même nom sont toujours convoqués pour en expliquer le fonctionnement. Mais dans la mesure où le soin ne se superpose pas complètement au traitement, dans la mesure où ce soin ouvre nécessairement une aire transitionnelle entre soignant/soigné dont le but est de parvenir à « se soigner », proposer une théorie de soin, qui plus est *une théorie du soin par la médiation*, nous oblige à reprendre sur le fond les hypothèses concernant le champ de la transitionnalité. Une question se pose alors : peut-on aller au-delà des travaux de Winnicott, poursuivre sa réflexion et interroger la théorie psychanalytique, les fondements de la métapsychologie, dont certains principes s'avèrent difficilement compatibles avec les principales propositions de Winnicott ? Peut-on proposer une théorie de la transitionnalité, théorie pouvant mettre à mal la consistance de l'édifice psychopathologique avec le risque de le réduire à un quelconque « objet transitionnel », sauf à considérer que toute théorie de la transitionnalité nous conduit à une aporie... ?

Nous essaierons de nous engager dans ce chemin périlleux en articulant au plus près notre clinique, notre pratique et nos réflexions théoriques. Notre clinique est celle de deux spécialistes de l'adolescence, engagés depuis

10. *Ibid.*, p. 182.

processus, de loin, mais tel qu'il soit porté de lui-même à se développer ; et que, s'infiltrant dans la situation, il parvienne, peu à peu et sans qu'on s'en rende compte, à silencieusement la transformer¹⁰. » Le soin par la médiation procède, à l'adolescence en particulier, plus par induction que par interprétation, mais une telle perspective nous contraint à reconsidérer certaine position apparemment bien établie dans le discours psychopathologique, celle plus précisément du conflit, de son rôle délétère ou structurant, de sa place dans le soin. Références habituelles quand on parle de médiation, l'objet transitionnel et l'aire du même nom sont toujours convoqués pour en expliquer le fonctionnement. Mais dans la mesure où le soin ne se superpose pas complètement au traitement, dans la mesure où ce soin ouvre nécessairement une aire transitionnelle entre soignant/soigné dont le but est de parvenir à « se soigner », proposer une théorie de soin, qui plus est *une théorie du soin par la médiation*, nous oblige à reprendre sur le fond les hypothèses concernant le champ de la transitionnalité. Une question se pose alors : peut-on aller au-delà des travaux de Winnicott, poursuivre sa réflexion et interroger la théorie psychanalytique, les fondements de la métapsychologie, dont certains principes s'avèrent difficilement compatibles avec les principales propositions de Winnicott ? Peut-on proposer une théorie de la transitionnalité, théorie pouvant mettre à mal la consistance de l'édifice psychopathologique avec le risque de le réduire à un quelconque « objet transitionnel », sauf à considérer que toute théorie de la transitionnalité nous conduit à une aporie... ?

Nous essaierons de nous engager dans ce chemin périlleux en articulant au plus près notre clinique, notre pratique et nos réflexions théoriques. Notre clinique est celle de deux spécialistes de l'adolescence, engagés depuis

10. *Ibid.*, p. 182.

longtemps, au-delà du traitement proprement dit, dans une activité de soin auprès de ces jeunes, lesquels refusent très souvent qu'on les « traite » ! Notre pratique est celle de la responsabilité d'un hôpital de jour conçu et dirigé par l'un d'entre nous qui a élaboré une modalité de soin par la médiation dans le contexte de petits groupes, pratique autour de laquelle se sont fédérées plusieurs unités de soin qui fonctionnent sur des bases proches, justifiant des rencontres annuelles pour partager cette clinique. Notre réflexion théorique enfin est celle d'une reformulation imposée, *volens nolens*, par les propositions de D.W. Winnicott que nous avons voulu « pousser à bout », comme on le dit des enfants ou des adolescents qui, volontiers « poussent à bout » leurs parents afin de les toucher au vif de leur être, ce vif d'où peuvent surgir le vrai-self et sa créativité !

longtemps, au-delà du traitement proprement dit, dans une activité de soin auprès de ces jeunes, lesquels refusent très souvent qu'on les « traite » ! Notre pratique est celle de la responsabilité d'un hôpital de jour conçu et dirigé par l'un d'entre nous qui a élaboré une modalité de soin par la médiation dans le contexte de petits groupes, pratique autour de laquelle se sont fédérées plusieurs unités de soin qui fonctionnent sur des bases proches, justifiant des rencontres annuelles pour partager cette clinique. Notre réflexion théorique enfin est celle d'une reformulation imposée, *volens nolens*, par les propositions de D.W. Winnicott que nous avons voulu « pousser à bout », comme on le dit des enfants ou des adolescents qui, volontiers « poussent à bout » leurs parents afin de les toucher au vif de leur être, ce vif d'où peuvent surgir le vrai-self et sa créativité !

longtemps, au-delà du traitement proprement dit, dans une activité de soin auprès de ces jeunes, lesquels refusent très souvent qu'on les « traite » ! Notre pratique est celle de la responsabilité d'un hôpital de jour conçu et dirigé par l'un d'entre nous qui a élaboré une modalité de soin par la médiation dans le contexte de petits groupes, pratique autour de laquelle se sont fédérées plusieurs unités de soin qui fonctionnent sur des bases proches, justifiant des rencontres annuelles pour partager cette clinique. Notre réflexion théorique enfin est celle d'une reformulation imposée, *volens nolens*, par les propositions de D.W. Winnicott que nous avons voulu « pousser à bout », comme on le dit des enfants ou des adolescents qui, volontiers « poussent à bout » leurs parents afin de les toucher au vif de leur être, ce vif d'où peuvent surgir le vrai-self et sa créativité !

longtemps, au-delà du traitement proprement dit, dans une activité de soin auprès de ces jeunes, lesquels refusent très souvent qu'on les « traite » ! Notre pratique est celle de la responsabilité d'un hôpital de jour conçu et dirigé par l'un d'entre nous qui a élaboré une modalité de soin par la médiation dans le contexte de petits groupes, pratique autour de laquelle se sont fédérées plusieurs unités de soin qui fonctionnent sur des bases proches, justifiant des rencontres annuelles pour partager cette clinique. Notre réflexion théorique enfin est celle d'une reformulation imposée, *volens nolens*, par les propositions de D.W. Winnicott que nous avons voulu « pousser à bout », comme on le dit des enfants ou des adolescents qui, volontiers « poussent à bout » leurs parents afin de les toucher au vif de leur être, ce vif d'où peuvent surgir le vrai-self et sa créativité !

La médiation dans le soin
Propositions théoriques

La médiation dans le soin
Propositions théoriques

La médiation dans le soin
Propositions théoriques

La médiation dans le soin
Propositions théoriques

Collection « La vie devant eux »
dirigée par Jean-Philippe Raynaud

L'adolescence est l'âge des changements, de la créativité et des possibles. « La vie devant eux » est une collection entièrement consacrée à l'adolescence. Même si la clinique et la psychopathologie y occupent une place centrale, elle reste largement ouverte à d'autres approches et d'autres disciplines. Les ouvrages de « La vie devant eux » doivent être utiles et accessibles aux professionnels, aux étudiants, mais aussi aux parents. Des auteurs reconnus, mais aussi des cliniciens, des praticiens, qui exercent au quotidien avec des jeunes, nous font partager leur expérience, leurs recherches et leurs inventions.

DÉJÀ PARU

Joëlle Nouhet-Roseman
*Les mangas pour jeunes filles,
figures du sexuel à l'adolescence*

Retrouvez tous les titres parus sur : www.editions-eres.com

Collection « La vie devant eux »
dirigée par Jean-Philippe Raynaud

L'adolescence est l'âge des changements, de la créativité et des possibles. « La vie devant eux » est une collection entièrement consacrée à l'adolescence. Même si la clinique et la psychopathologie y occupent une place centrale, elle reste largement ouverte à d'autres approches et d'autres disciplines. Les ouvrages de « La vie devant eux » doivent être utiles et accessibles aux professionnels, aux étudiants, mais aussi aux parents. Des auteurs reconnus, mais aussi des cliniciens, des praticiens, qui exercent au quotidien avec des jeunes, nous font partager leur expérience, leurs recherches et leurs inventions.

DÉJÀ PARU

Joëlle Nouhet-Roseman
*Les mangas pour jeunes filles,
figures du sexuel à l'adolescence*

Retrouvez tous les titres parus sur : www.editions-eres.com

Collection « La vie devant eux »
dirigée par Jean-Philippe Raynaud

L'adolescence est l'âge des changements, de la créativité et des possibles. « La vie devant eux » est une collection entièrement consacrée à l'adolescence. Même si la clinique et la psychopathologie y occupent une place centrale, elle reste largement ouverte à d'autres approches et d'autres disciplines. Les ouvrages de « La vie devant eux » doivent être utiles et accessibles aux professionnels, aux étudiants, mais aussi aux parents. Des auteurs reconnus, mais aussi des cliniciens, des praticiens, qui exercent au quotidien avec des jeunes, nous font partager leur expérience, leurs recherches et leurs inventions.

DÉJÀ PARU

Joëlle Nouhet-Roseman
*Les mangas pour jeunes filles,
figures du sexuel à l'adolescence*

Retrouvez tous les titres parus sur : www.editions-eres.com

Collection « La vie devant eux »
dirigée par Jean-Philippe Raynaud

L'adolescence est l'âge des changements, de la créativité et des possibles. « La vie devant eux » est une collection entièrement consacrée à l'adolescence. Même si la clinique et la psychopathologie y occupent une place centrale, elle reste largement ouverte à d'autres approches et d'autres disciplines. Les ouvrages de « La vie devant eux » doivent être utiles et accessibles aux professionnels, aux étudiants, mais aussi aux parents. Des auteurs reconnus, mais aussi des cliniciens, des praticiens, qui exercent au quotidien avec des jeunes, nous font partager leur expérience, leurs recherches et leurs inventions.

DÉJÀ PARU

Joëlle Nouhet-Roseman
*Les mangas pour jeunes filles,
figures du sexuel à l'adolescence*

Retrouvez tous les titres parus sur : www.editions-eres.com