

EPU-95 Montmorency

Formation Médicale Continue du Val d'Oise - Agrément provisoire DPC

ASSOCIATION AMICALE D'ENSEIGNEMENT POST UNIVERSITAIRE DE LA RÉGION DE MONTMORENCY

Siège social : 1 rue Jean Moulin 95160 Montmorency Secrétariat : 16, rue de la Ferme 95 460 Ézanville www.EPU95-montmorency.org

PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ADOLESCENT

DR. REY-CAMET

Séance de formation du 6 octobre 2016

1. INTRODUCTION

Je voudrais tout d'abord remercier Sylvie Aubonnet qui m'a fait l'honneur de me solliciter pour cette soirée. Nous avons eu en effet l'occasion et le plaisir de travailler ensemble dans le cadre de la consultation pour adolescent que j'assure à l'hôpital Simone Veil depuis plus de 20 ans maintenant.

Cette consultation d'Accueil, d'Evaluation et d'Orientation, - et donc n'assurant pas le suivi -, s'adresse en première intention aux jeunes en difficulté, âgés de 15 à 20 ans. Ma mission est donc d'évaluer leur situation et de leur proposer un itinéraire thérapeutique, si toutefois cela s'avère nécessaire.

Les jeunes nous sont adressés par leur famille, par le médecin traitant, par le biais de l'école ou des services sociaux. Il est plus rare qu'ils viennent d'eux-mêmes, renseignés par un ami.

Après un ou deux entretiens au cours desquels je reçois le jeune, seul dans un premier temps, puis avec ses parents ou accompagnateurs, et quelle que soit l'orientation proposée, je fixe toujours à l'issue de cette rencontre ce que j'appelle un « rendez-vous de retour », environ deux mois plus tard, afin d'évaluer l'évolution de la situation.

Je suis à chaque fois surprise de voir qu'ils viennent, et le plus souvent me montrent qu'ils vont mieux ou que le thérapeute proposé leur convient bien. L'absentéisme est pourtant souvent la règle, mais la mise en place de ce « rendez-vous de retour » a permis, peut-être du fait de la mise en place d'une forme un peu plus protocolaire, de savoir ce qu'il advient d'eux et aussi de se dire au revoir, d'entériner l'importance réciproque de cette rencontre.

Bien sûr, et aussi du fait de ma collaboration avec le service pour Adolescent Jeune Adulte du Dr Gueguen, je reçois également beaucoup de jeunes à mon cabinet, soit dans le cadre de prise en charge en binôme avec un psychologue - et dans ce cas en tant que psychiatre -, soit dans le cadre d'une thérapie psychanalytique. Il arrive aussi que nous nous retrouvions, même en ville, à constituer une véritable équipe autour de l'adolescent, par exemple dans le cas de jeune-fille anorexique : médecin généraliste, psychiatre, psychologue, diététicien,...

Le thème proposé ce soir est gigantesque, car la psychopathologie de l'adolescence se réfère évidemment à celle de l'enfance et à celle de l'adulte. Pour ma part, ma formation est du côté de l'adulte, et j'ai de ce fait toujours regardé les adolescents comme de futurs adultes en devenir, et non pas comme de grands enfants.

Nous sommes cependant, en tant que soignants, soumis aux mêmes déformations du regard que les parents sur leurs propres enfants ; nous ne les voyons pas grandir, nous les tutoyons facilement, et j'imagine qu'en tant que médecin généraliste « de famille », nous connaissons leurs parents, l'histoire familiale, les commentaires des mères accablées et des pères excédés... Ceci est parfois un véritable obstacle à la confiance de son mal être pour le jeune, le médecin faisant partie, à ses yeux, du groupe d'adultes de l'entourage familial.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle je ne tutoie jamais les adolescents, et je leur propose parfois de se choisir leur propre médecin traitant si la prise en charge implique un suivi somatique, ici encore comme dans les cas d'anorexie.

Ce que je trouve fabuleux dans cette tranche d'âge, c'est que parfois la pire des crises se résout d'elle-même, sans que personne ne sache comment ni pourquoi, du simple fait que 3 ou 6 mois ont passé ;

l'adolescent est entré en seconde, ou les vacances se sont bien déroulées, ou encore il a quitté sa petite amie, elle a rencontré un garçon, il a eu son bac ou son permis de conduire...

Le Professeur Philippe Jeammet, l'un des pionniers de la psychiatrie de l'adolescence, affirmait à ce propos que 80% des adolescents vont bien ! Donc nous rencontrons les 20% qui souffrent, plus que de coutume, et parmi eux des jeunes dont l'avenir est parfois gravement compromis.

Une chose encore : pas un seul de ces jeunes, je crois, n'est pas effrayé de se retrouver devant un psychiatre, qui plus est au sein de l'hôpital psychiatrique ; bien sûr, « c'est pour les fous ». Il faut donc parfois prendre le temps de leur expliquer que la souffrance psychique et affective, celle qui concerne les psychiatres, n'est que rarement « folie »...

2. LE PROGRAMME DE CETTE SOIREE

Je ne vais pas vous ici présenter un catalogue des pathologies psychiatriques, ni vous faire un cours fastidieux. Et le terme de psychopathologie nous invite justement à aller au-delà de la description sémiologique.

Pour le psychanalyste Roger Dorey, l'assemblage de symptômes, qui constitue une sémiologie "en-soi", est une pure abstraction. Il n'y a pas de sémiologie innocente, pas plus qu'il n'existe d'observation neutre ou objective. Pour la psychanalyse, le symptôme est l'un des aspects du trouble psychique, déterminé par des types d'angoisses, de défenses et de relations d'objet.

La psychopathologie a donc pour objet de repérer la genèse des troubles psychiques, d'en définir la fonction et d'en préciser le mécanisme. C'est une approche visant une compréhension raisonnée de la souffrance psychique.

J'ai donc choisi de vous faire déambuler dans le labyrinthe de la souffrance psychique de l'adolescent afin d'essayer d'en saisir les méandres et les racines ...

Je m'appuierai, pour ce faire, sur la lecture psycho dynamique qu'offre la psychanalyse, dans ce sens qu'elle englobe à la fois l'étude sémiologique des conduites et du comportement et la prise en compte de la dimension de l'Inconscient. Elle est aussi la seule approche du fonctionnement psychique qui prend en compte l'histoire du sujet et la dimension du sens.

Il y a en effet toujours nécessité de situer la crise ou la pathologie de l'adolescent qui consulte dans le contexte concret dans lequel il se trouve, et de tenir compte évidemment des attitudes conscientes et inconscientes des parents et des adultes avec lesquels il est en relation.

Le sens ici se réfère à la capacité de penser, à se penser dans son histoire, personnelle et familiale ; il fait aussi référence, pour le thérapeute, à sa sensibilité clinique et à son contre-transfert.

Car l'expérience clinique vivante, surtout avec l'adolescent, ne peut et ne pourra jamais être remplacée par les meilleurs manuels, et nécessite de surcroît la supervision par un senior expérimenté.

Enfin, à mon avis, on ne peut et on ne doit pas confondre et assimiler les troubles d'une part, et la pathologie ou la maladie d'autre part, confusion qui est largement entretenue par le DSM, car ce modèle morcelle les individus en troubles multiples détachés de toute logique clinique, structurale ou psycho dynamique.

3. LA PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ADOLESCENCE SE DISTINGUE

- De celle de l'enfant, essentiellement du fait de la puberté et de la génitalisation du corps
- De celle de l'adulte du fait de la plasticité et du degré d'incertitude quant à l'évolution de ses manifestations.

L'adolescence désigne avant tout une exigence de travail psychique complexe ; cette exigence de psychisation suppose l'intégration de nombreuses contraintes, elles-mêmes parfois paradoxales. Il y a les contraintes internes liées à la puberté, et par là même à la re-sexualisation du corps, de la pensée et des liens aux autres, et les contraintes externes, notamment liées aux attentes sociales.

L'adolescence est la deuxième étape du processus d'individuation et de séparation, et elle représente un temps crucial, facteur de souffrance et croisée de chemins divergents dans le processus d'intériorisation des liens avec les parents et d'organisation de l'espace psychique interne.

L'objectif est quand même qu'au sortir de l'adolescence, le jeune soit capable d'entretenir avec les autres une relation dans laquelle il se sente exister en tant que sujet unique et différencié.

4. • LA « CRISE »

Du fait de l'après-coup pubertaire et des remaniements psychiques qu'il occasionne, l'adolescence, est, par nature un temps intermédiaire critique, ce qui nous fait parler de « crise ».

La notion de « crise » à l'adolescence, dans son ambiguïté, permet de tenir le paradoxe selon lequel elle a, à la fois, une valeur organisatrice, et à la fois un potentiel destructeur. Elle peut en effet aboutir à des remaniements fondateurs de la personnalité à venir, ou bien à une désorganisation durable, à des modes de structuration pathologique plus ou moins définitifs.

Au cours de cette fameuse « crise d'adolescence », le psychisme se réorganise, du fait de l'apparition de la puberté, et met en place des protections contre les angoisses destructurantes qui menacent l'intégrité narcissique de l'adolescent, ainsi que contre des éprouvés de dépersonnalisation. Ces protections ont pour fonction de conjurer leur caractère destructeur et d'élaborer la violence que contiennent ces éprouvés. Le corps, comme nous le savons, y occupe une place remarquable.

En début d'adolescence, la quantité des émois instinctuels augmente et s'exprime, aussi bien sur le versant sexuel que sur le versant agressif. C'est aussi la raison pour laquelle on observe beaucoup, à ce moment-là, des conduites agressives et un retour à des tendances orales et anales, qui s'expriment notamment à travers une remarquable voracité et une certaine complaisance dans le désordre et la saleté. Par la suite, du fait du passage au second plan de ces pulsions pré-génitales, il y a un changement qualitatif, tandis que passent au premier plan les pulsions génitales.

Le psychiatre est souvent consulté pour des comportements qui sont ressentis comme pathologiques par un entourage qui en évalue presque toujours mal la gravité. Il y a en général un écart considérable entre les actes ou les situations et leur signification subjective.

Le plus bruyant n'est pas toujours le plus grave, et ce n'est pas parce qu'il n'y a pas de troubles « observables » que cela signifie pour autant qu'un adolescent va bien. On peut d'ailleurs se poser des questions quand l'adolescence est trop calme...

Retenons en tout cas qu'une absence de troubles ou de symptômes ne signifie pas forcément une « bonne santé psychique ».

5. • LE DIAGNOSTIC

Une des grandes questions à l'adolescence est évidemment celle de la schizophrénie, ou plus précisément celle des évolutions psychotiques qui surviennent brutalement alors que rien apparemment ne les laissait prévoir.

Une autre question controversée est de savoir dans quelle mesure et à quelle condition le diagnostic psychiatrique peut avoir dans ce domaine un sens, une utilité et une pertinence ! L'expérience montre en effet que des diagnostics successifs différents peuvent être portés chez un même adolescent.

Il convient donc de veiller à ne pas tout « pathologiser » et de ne pas perdre de vue le caractère « normal » et nécessaire de la crise pubertaire, tout en restant vigilant face aux crises spectaculaires ou, au contraire, face à des accalmies suspectes, susceptibles d'entraver le processus adolescent.

Il reste que le psychiatre, tout comme le généraliste, est sollicité pour des cas individuels et qu'il lui faut rendre compte de processus et de mode d'organisation dans l'économie psychique du sujet amené en consultation.

Il s'agit alors de tenter de définir dans quelles limites et à quelles conditions la démarche diagnostic a un sens et peut donc aboutir à un pronostic et à des décisions thérapeutiques.

6. • LA DÉPRESSION

La notion de dépression est à ce titre exemplaire : elle apparaît à partir du milieu du 20^{ème} siècle comme un trait symptomatique, puis se trouve débarrassée du problème étiologique avec l'avènement d'une nosographie sans psychopathologie, cf. le DSM.

Le symptôme n'apparaît plus comme l'expression d'un conflit psychique, mais au contraire comme un déficit. Devenu « objet de sa maladie », et non plus sujet confronté à des conflits psychiques, le patient déprimé « a une pathologie dont on peut le débarrasser » ! Le succès de cette création nosologique a fait de la « dépression » un problème de santé publique – et un sacré créneau marketing !!

Du point de vue psychopathologique, les mouvements dépressifs de l'adolescence apparaissent le plus souvent comme étant le fait d'un refus d'une réalité décevante ou un repli sur des positions infantiles.

La réaction dépressive serait alors liée à une désillusion dont la massivité et la brutalité peuvent provoquer une menace de perte, et celle-ci porte conjointement sur l'intégrité narcissique et sur les liens d'objet. Cette réaction dépressive est plutôt une défense contre la dépression, opérant par un rejet agressif de la réalité blessante.

L'adolescent serait en fait foncièrement conservateur et fidèle à ses investissements infantiles. Plus que par renoncement et deuil, il semble procéder par retraits plus ou moins régressifs, par déplacements sur des objets plus neutres que les parents, par des investissements qui, pour l'essentiel, gardent les caractères des investissements parentaux. La figure change, non le fond. L'important pour l'adolescent serait de trouver un espace d'investissement suffisamment ouvert pour lui permettre ces déplacements successifs.

Le renoncement aux objets parentaux est d'autant plus difficile qu'avec la menace de les perdre se profile l'angoisse d'une proximité trop envahissante. D'où la difficulté à trouver la bonne distance relationnelle avec l'adolescent, qui attend d'être deviné et compris, sans passer par l'humiliation de devoir exprimer une demande. Mais il redoute tout autant d'être dépossédé de la maîtrise des secrets dont il s'entoure et de subir l'influence de l'autre.

C'est bien parce qu'il ne réussit pas à établir une distance psychique symbolique avec des parents devenus trop excitants que l'adolescent est contraint de recourir à une distanciation physique dans l'espace. Si la distance n'est pas suffisamment respectée, l'attrait se transforme en rejet agressif, en attitude phobique d'évitement, en contre-investissement des parents avec réaction de dégoût, de dénigrement et de dévalorisation.

La problématique adolescente nous ramène du côté de l'archaïque, et un défaut de « pare excitation » ou de contenant devant l'excès d'excitation produit une instabilité des limites entre le sujet et l'objet.

On se situe alors dans le registre de l'incestuel, pour reprendre le terme créé par Paul Claude Racamier, terme qui ne désigne pas l'inceste en tant que tel, mais plutôt une ambiance, une atmosphère où les limites sont floues, où le besoin d'intimité est négligé. L'absence d'affirmation, par l'adolescent, ou le manque de respect, par le parent, de ce besoin d'intimité, peuvent dévoiler une menace incestuelle : les territoires empiètent l'un sur l'autre, la confusion règne.

En pratique, les codes de respect de l'intimité diffèrent beaucoup d'une famille à l'autre ; les portes sont ouvertes ou fermées, il est ou non coutumier de frapper avant d'entrer, la nudité est exposée, ou au contraire interdite, à la maison ou sur la plage... La période de latence est l'époque de l'apprentissage et de l'appropriation des soins du corps. Cependant, certaines mères continuent de donner le bain ou la douche, parfois jusqu'à 13 ans, et dans certaines familles, il est interdit de fermer la porte des toilettes...

Lorsqu'on a l'opportunité d'aborder ces questions dans le détail, il apparaît que dans beaucoup de maisons les portes ne sont jamais fermées, y compris celles des chambres à coucher... Certains vont même jusqu'à les enlever « parce qu'elles prennent trop de place » !

Cette question touche aussi au corps, via le linge : qui ramasse le linge sale, qui change les draps d'un adolescent de 14 ans, qui range le linge dans les armoires ? Certes, le linge sale se lave « en famille », mais nous savons que les mères, les femmes s'approprient volontiers les soins de l'autre.

Dans cette conquête de l'intime, tous les marqueurs de distance peuvent être colonisés ; ainsi des accompagnements en voiture, parfois jusqu'à l'âge de 20 ans et plus, sous prétexte de sécurité et de gain de temps, ce qui permet aux parents de se plaindre de « faire le taxi », et au jeune de n'être pas très enthousiaste pour passer le permis de conduire ; l'adolescent n'a alors aucune « zone » d'intimité, tout comme ces très jeunes adolescents amoureux ayant quasiment installé leur vie de couple dans le foyer des parents, qui entérinent, et là encore arguent de la sécurité : « Au moins comme ça, on sait où ils sont, ce qu'ils font et avec qui... »

L'examen médical, quel qu'il soit, est un acte intime ; même donner à voir sa peau abîmée est un geste de confiance ; montrer son corps à un autre étranger est une étape difficile d'appropriation... Et il est intéressant de constater combien de parents d'adolescents continuent de les accompagner chez le médecin, voire d'imposer leur présence pendant l'examen. Certains parents exigent d'avoir accès à l'intimité de leur enfant, comme ce père qui m'exposait en détail les problèmes gynécologiques de sa fille, ou cette mère stupéfaite quand je lui suggère que son fils de 17 ans peut retourner seul chez le dermatologue, et qu'il peut ensuite se rendre seul à la pharmacie.

Un lien trop étroit et incestueux avec la mère provoque un retrait souvent marqué à caractère plus ou moins franchement dépressif, mais surtout le retrait s'étend progressivement et aboutit au rejet de tous les investissements liés à la mère. Si une distanciation spatiale est malgré tout possible, on retrouvera dans les choix d'objet et dans les comportements de l'adolescent la marque souvent manifeste d'un investissement oedipien peu aménagé.

Et la délimitation d'un territoire intime nécessite aussi, de la part des parents, un vrai travail à faire dans cet ajustement et un désinvestissement de l'enfant comme objet de potentielle satisfaction. Parce qu'être trop proche induit une trop grande confusion ; c'est prendre le risque d'être dans la séduction, et par là-même dans la transgression. Mais bien sûr, être trop distant, et peu compréhensif, dans le sens d'une incapacité à accueillir et à mesurer la souffrance et les tourments adolescents, cela risque de renforcer le sentiment de solitude et d'abandon qui peut être extrême à l'adolescence, et même conduire le jeune jusqu'à la tentative de suicide.

Le fait de se sentir seul, dans une situation d'impasse, c'est être face au « désaide », c'est-à-dire à l'expérience qu'il n'y a pas d'autre secourable.

C'est Freud qui a introduit cette notion de « désaide », l'Hilflosigkeit, pour évoquer ce que vit le nourrisson lorsque l'environnement ne satisfait pas ses besoins, environnement dont il est vitalement dépendant, psychiquement et physiquement. Et à l'adolescence, compte tenu de la réactivation des problématiques de séparation, d'individuation, de différenciation, de perte et d'oubli, c'est un point extrêmement sensible.

7. • LA MEMOIRE DU CORPS

Un détour par le corps de l'enfant, en compagnie de Winnicott, est ici nécessaire pour tâcher de saisir quelque chose de la profondeur de la souffrance de l'adolescent.

L'enfant qui a reçu de la tendresse - la tendresse étant cette qualité de contact qui suppose une chaleur, mais une chaleur sans acmé, c'est-à-dire un contact ni trop froid, ni trop chaud – cet enfant-là connaît la tempérance qui, à l'adolescence, est un atout majeur pour traverser ce à quoi il est confronté.

La façon dont on a traité son corps, dont il a été « parlé et pensé » par son environnement, tout cela va s'inscrire dans le corps. Cette empreinte du lien, trace de la qualité de la rencontre avec la mère ou l'environnement, est précisément ce qui va devenir le support de la symbolisation, c'est-à-dire de la capacité à pouvoir se représenter en tant qu'être unique et unifié.

La façon dont cet enfant aura été touché, regardé, parlé, pensé, stimulé, apaisé, ressurgira nécessairement au cours de ce bouleversement qu'est l'adolescence, du fait de tout ce qui, pour le corps, est ravivé. L'amour ou la haine de son corps, la manière de le soigner, de l'embellir, ou de le détruire, tout cela viendra toujours dire quelque chose de la manière dont il a, jadis, été investi.

Dans le cas où il n'y a pas eu suffisamment de tempérance lors de la petite enfance, la question du toucher, et notamment celle de se laisser toucher, pourra poser problème à l'adolescence. Par exemple, le fait d'être

touché pourra faire émerger du dégoût. Ou, paradoxalement, une sexualité précoce et plutôt débridée pourra être recherchée dans la mesure où elle entretient une répétition de la confusion entre la tendresse et un sexuel trop ardent.

Pour tenter de comprendre ce qui peut « craquer » à l'adolescence, Winnicott propose une conceptualisation du traumatisme précoce générant ce qu'il appelle l'angoisse agonistique. C'est une reprise de l'*Hilflosigkeit* de Freud, qu'il développe dans une perspective de continuité de l'être.

L'angoisse agonistique apparaît du fait du non-retour de l'objet, (la mère le plus souvent) dans un délai qui signe, pour le bébé, non pas l'absence, mais la disparition ; cette angoisse est bel et bien vécue comme catastrophique dès lors que nous considérons que le tout petit est encore totalement dépendant de l'autre pour sa survie physique et psychique.

L'expérience se déroule en trois temps. En fonction de la réponse de l'environnement et du délai dans lequel elle est donnée, différents phénomènes sont à observer. Le cumul de ces trois temps aboutit à ce que Winnicott appelle l'expérience agonistique.

Le 1er temps est le temps du manque et de l'absence, qui survient lorsque les ressources internes du nourrisson s'épuisent.

Le 2ème temps est celui où l'état de tension fait naître un sentiment de détresse.

Enfin, le cumul des 3 temps est le temps de l'expérience agonistique, où l'intensité pulsionnelle est portée à son paroxysme et devient véritablement désorganisant pour la psyché naissante. Dans cette dernière éventualité, la discontinuité est synonyme d'une rupture dans le continuum et dans le sentiment d'exister.

Les traumatismes précoces étant antérieurs au langage, ils ne passent pas par la voie de la mentalisation et de la représentation. Néanmoins, ils laissent dans le corps et dans le psychisme la trace d'une discontinuité dans le sentiment d'exister, dont le risque qu'elle réapparaisse constitue pour l'adolescent une menace majeure.

A partir de là, on mesure bien l'impact éventuel des amours déçues, des rejets, des séparations à l'adolescence. On voit bien parfois comment le rejet ou l'éloignement entre deux ami(e)s à l'adolescence peut avoir des effets dévastateurs. Comment, aussi le sentiment d'isolement au sein d'un groupe ou l'exclusion par le groupe peut réactiver des blessures profondes.

Car à l'adolescence, le groupe a une fonction fondamentale, en ce sens qu'il permet une grande partie du travail de construction identificatoire. L'identification au groupe de pairs, aux congénères, est très importante à cette période où la désidentification des parents - du moins celle des parents en tant qu'objet œdipiens - encourage le chemin vers la construction subjective. Il s'agit ici notamment des parents de l'enfance, en tant qu'objets idéaux incritiquables.

Car ce qui est particulièrement complexe, ambivalent et paradoxal à l'adolescence, c'est le fait que les parents de l'enfance, ceux de la sexualité infantile et des liens précoces, ceux-là ne disparaissent jamais vraiment en nous.

Aussi la nécessité d'un détachement, d'une « désidéalisation » et d'une distance vis-à-vis d'eux, est aussi fondamentale que le maintien de la continuité du lien. Et ce lien signifie que l'identification aux parents est toujours possible et qu'il y a toujours la possibilité de trouver auprès d'eux un étayage narcissique.

8. • LA MOROSITE

Il faut savoir distinguer du syndrome dépressif un état différent sur le plan de l'humeur et dans sa signification psycho-dynamique, état que Pierre Males a appelé la morosité des adolescents et dans lequel on peut voir plutôt un refus d'investir le monde et ses objets ; la réalité n'est pas motivante, l'adolescent

se plaint d'un ennui sans mesure, d'une absence d'intérêt, d'un sentiment de vide, et cette formulation peut prendre une tonalité dépressive.

Cependant, on peut penser que ça n'est ni d'ordre dépressif, ni d'ordre psychotique, car on n'y retrouve pas les thèmes de culpabilité, d'anxiété et d'inhibition. L'humeur n'est pas tant en cause que la prise en compte du sens des réalités. On peut alors parler de « dépressivité », qui renvoie aux notions de séparation psychique, de régression narcissique, d'agressivité vis-à-vis des parents et de retrait plus ou moins affiché avec pessimisme. Cette dépressivité cependant n'est pas à entendre au plan structural comme une dépression.

De ce fait il y a souvent un amalgame et la dépression à l'adolescence risque paradoxalement d'être trop souvent considérée comme inhérente à la crise d'adolescence, au risque de méconnaître sa réelle portée significative. Il faut alors savoir la reconnaître derrière des manifestations moins franches que chez l'adulte, et il est bien difficile de faire la part des choses. La symptomatologie en est très polymorphe. Les signes cliniques classiques sont ceux que nous connaissons chez l'adulte, mais leur agencement nous mènera vers des modes d'expression plus ou moins typiques :

- l'inhibition psychomotrice,
- l'humeur dépressive,
- la douleur morale,
- les sentiments de tristesse,
- de dévalorisation,
- les préoccupations suicidaires,
- la culpabilité,
- les reproches,
- l'autodépréciation,
- la perte de l'estime de soi...

Et on retrouve essentiellement trois types de dépression « classique » majeure :

- La « dépression d'abandon », dominée par les agirs auto ou hétéro-agressifs, et où on retrouvera fréquemment des troubles de la relation précoce.
- La « dépression narcissique », présentant une perte massive et durable de l'estime de soi, un sentiment d'infériorité.
- La « dépression réactionnelle » enfin, relative à une perte ou à une séparation récente, et donc à une défaillance de l'environnement, accompagnée d'une forte anxiété, venant confronter de plein fouet l'adolescent au travail de séparation. Il s'agit le plus souvent de la perte d'un membre de la famille, souvent première confrontation à la mort, de la séparation des parents ou de la séparation d'avec un ou une petite amie, d'un déménagement...

Derrière cette symptomatologie classique et courante, il s'agit bien évidemment de débusquer les dépressions atypiques, considérées comme un des modes d'entrée dans la schizophrénie. Le tableau lui-même est en général atypique : l'apragmatisme domine, le retrait des investissements semble plus important que l'humeur dépressive, mais on s'attachera surtout à la présence de signes pathognomoniques comme le négativisme, la bizarrerie et la déréalisation, ou encore les signes de la série dissociative.

Le médecin généraliste est aussi souvent confronté aux plaintes somatiques qui sont fréquentes à cet âge, qui peuvent être banales sous forme d'asthénie, de céphalées, de douleurs abdominales ou d'emblée davantage inquiétantes avec une fatigue entraînant une aboulie et un apragmatisme massifs ou des préoccupations hypochondriaques qu'il s'agit néanmoins d'explorer.

Ces plaintes somatiques seront toujours à examiner sous l'angle de la question : s'agit-il d'un équivalent dépressif ou encore d'une défense contre la dépression, et il sera donc nécessaire d'être attentif à l'évolution.

Les dépressions masquées, parfois brutalement révélées par un passage à l'acte, sont aussi un grand sujet d'inquiétude.

Les troubles du comportement prennent souvent la place d'une prise de conscience insupportable à laquelle l'adolescent substitue un acte, une conduite agie, dont une des finalités essentielles est d'assurer un contrôle sur les objets externes de l'environnement, alors qu'il se sent menacé d'être débordé par les conflits qui agitent son propre monde psychique interne.

L'expression clinique de l'agir renvoie à un registre très large :

- Tentatives de suicide,
- Fugues et conduites d'errance,
- Conduites auto ou hétéro-agressives,
- Vols et autres actes de délinquance,
- Prises de stupéfiants, etc.

On peut aussi étendre cette notion à la grossesse, aux ruptures avec le milieu familial ou institutionnel, à certaines attitudes vestimentaires, à des attaques plus ou moins directes du corps (tatouages, piercing), à des interruptions brutales de traitements médicaux...

Par ailleurs, les troubles des conduites alimentaires, l'anorexie, la boulimie, et d'une manière générale les conduites d'addiction comportent souvent cette dimension dépressive.

Il s'agit alors de la difficulté d'élaboration de la perte, qui a pour conséquence la répétition de comportements de rupture associés à une quête infinie d'un objet parfaitement satisfaisant. On peut en rapprocher les toxicomanies d'objet, c'est-à-dire les conduites répétitives de quête et d'abandon de partenaires amicaux ou sexuels idéalisés.

L'inhibition est un autre aspect trompeur ; elle se manifeste par une restriction des centres d'intérêt, une pauvreté des expressions, un calme et un retrait.

Et c'est le grand danger de ces conduites qui permettent longtemps une ignorance de la souffrance de l'adolescent. Elle est souvent repérée alors par la baisse du rendement scolaire, les difficultés de concentration, le refus de scolarité.

C'est alors le contexte clinique, l'histoire de la conduite agie, son inscription dans la dynamique psychique qui peuvent permettre d'en saisir le sens et la signification structurelle. L'agir est à ce titre polysémique. Il emprunte la voie de la décharge motrice, il désavoue l'espace de la parole, il est évitement du vide.

La conduite agie exerce plusieurs fonctions d'évitement ou de défense :

- Elle permet d'éviter de ressentir, de fuir l'affect ou la représentation désagréable.
- Elle permet, par un renversement actif/passif, d'exercer une emprise, une saisie de l'évènement : en passant à l'acte, l'adolescent prend une position active qui va à l'encontre du vécu profond de passivité face aux bouleversements qu'il subit.
- Enfin, la problématique délinquante à l'adolescence n'est bien souvent que la recherche d'une figure adulte qui « assure », c'est-à-dire qui survit à la destructivité. Or, le père absent, démissionnaire ou trop autoritaire, conduit l'adolescent à se confronter aux institutions sociales, qui ne le soutiennent pas plus. La seule solution qui lui reste est la provocation, qui témoigne de son incapacité à rencontrer un adulte fiable. Le passage à l'acte est alors un passage par l'acte, qui n'a pu s'inscrire dans une parole et procède sur le mode de la décharge.

Au-delà, nous pouvons aussi insister sur la recherche de sensations visant à la retrouvaille d'une complétude, d'un Idéal, et qui sont certainement à envisager du côté de l'illusion primaire, c'est-à-dire d'une illusion d'omnipotence, c'est à dire de l'illusion d'une complémentarité parfaite entre soi et le monde, basée sur le modèle de la dyade mère-enfant.

Cette recherche de sensations visant à la retrouvaille d'une complétude peut passer par des rapports sexuels fréquents ou même la consommation occasionnelle de cannabis ou d'alcool, du fait que ces comportements convoquent le corps et sa sensorialité. Car, transitoirement, ils peuvent venir répondre, dans une lutte antidépressive, à ce besoin de s'illusionner dans ce moment de désillusion.

Désillusion parce que l'adolescence s'accompagne nécessairement d'un sentiment d'incomplétude, et, dans le meilleur des cas, d'une désidéalisée des parents et du monde, mais tout cela doit néanmoins

rester relatif pour que le socle identificatoire et la croyance en l'avenir de soi et du monde ne soient quand même pas trop mis à mal.

Souvent, ces jeunes s'engagent sur une pente dépressive qui s'accompagne ou non d'idées ou de passages à l'acte suicidaires, et jouent avec les limites pour contrer ce sentiment d'être « amputé », « impuissant » et brisé dans leur potentialité. Cela les conduit alors à adopter des comportements à risque pour défier cette entrave narcissique, parce qu'elle compromet trop leur rapport à l'Idéal et les enjeux qui lui sont inhérents, notamment en terme de continuité d'exister, d'image de soi, de sentiment identitaire...

[Nous pouvons noter ici, sans être de grands spécialistes, l'attrait des jeux vidéos dans cette quête de l'omnipotence et de la toute-puissance]

Parce qu'à l'adolescence, il est assez clair que lorsque la rêverie, de soi et du monde, et la croyance en la continuité d'exister sont altérées, c'est souvent grave.

Certains jeunes vont alors jusqu'à envisager des « solutions extrêmes » comme la recherche d'un corps idéal via l'anorexie, la recherche d'un sentiment extatique via l'addiction, voire même une quête de perfection chez certains patients psychotiques qui souffrent de dysmorphophobie.

La question des dysmorphophobies prend également une importance et un relief préoccupants compte tenu de sa proximité avec le tableau d'entrée dans la schizophrénie. Il s'agit cependant d'être attentif à distinguer le phénomène dans sa dimension plutôt délirante ou plutôt obsessionnelle et d'essayer d'en décrypter les soubassements éventuellement psychotiques. Les préoccupations corporelles sont très fréquentes à cet âge et c'est alors surtout leur persistance et leur intensité qui doivent alerter le praticien.

Enfin, il s'agit de ne pas faire l'impasse sur ces jeunes qui s'effondrent à l'adolescence parce qu'ils décompensent une pathologie somatique, type diabète, maladies auto-immunes, fractures nécessitant l'arrêt d'un sport... ; toutes ces pathologies viennent briser un Idéal et renvoyer violemment à la problématique narcissique et à la castration.

10. • LES PHOBIES

La peur n'est pas pathologique et la phobie est une manière de gérer l'angoisse. L'organisation ou la « solution phobique » sous-tend un aménagement provisoire qui peut avoir pour objet de préserver la continuité psychique au cours d'une période où cette continuité est particulièrement fragilisée, voire mise en danger.

Il est en effet plus prudent de parler d'organisation phobique ou de solution phobique, tant il est vrai que les mécanismes phobiques peuvent recouvrir tous les champs de la psychopathologie y compris annoncer des décompensations psychotiques.

Les phobies ont aussi une dimension hystérique en forçant en quelque sorte une réponse à tout prix. Réponse qui est un piège. Ce qui, au passage, n'est pas toujours évident quand on est pris, comme dans les phobies scolaires sous le feu de « l'urgence scolaire » alimenté par les parents et la pression sociale, qui cherchent une solution à une problématique qui fait écran.

Les phobies scolaires constituent l'essentiel des phobies que l'on rencontre à l'adolescence. Phobies qui mêlent angoisse de séparation, mouvement régressif dans un besoin de rester à la maison – et de surveiller ce qu'il s'y passe - et crainte d'un extérieur devenu brutalement angoissant.

Phobies qui constituent un temps arrêté dans le processus adolescent, qui mobilisent la famille et l'entourage et permettent d'exprimer que quelque chose ne va pas.

La phobie peut être une protection contre l'effondrement dépressif. Le pôle d'attraction est représenté par les parents, par la maison. Souvent, l'adolescent exprime qu'avant, il ne se sentait jamais en danger. Et voilà que l'irruption de la sexualité crée un écart par rapport à l'enfant et le sépare de ses parents. L'idéal de perfection narcissique est mis à mal.

Annie Birraux, dans son livre intitulé joliment « Eloge de la phobie », rappelle que celle-ci est une métaphore de l'angoisse, qu'elle permet d'élaborer l'angoisse : « C'est un modèle économique, essentiellement au service de la cohésion du moi et de ses fonctions ». Elle lui accorde une place importante

à l'adolescence, en tant que symptôme qui vient « signifier la difficulté du moi à gérer l'afflux pulsionnel de la puberté ».

Elle signe l'incapacité à traiter la peur, à l'image de ce que l'on observe dans une névrose traumatique face à un débordement pulsionnel réactualisant un éprouvé d'impuissance primitive. A mi chemin entre l'hystérie et la névrose de contrainte, elle trouve une cible, un point d'équilibre. Circonscrite, elle permet un fonctionnement psychique normal.

La phobie rétablit une continuité psychique. Elle est « une modalité de gestion des affects primaires qui, de manière plus ou moins nuancée, plus ou moins complexe, investissent un objet externe (l'objet phobogène) comme support des menaces qui planent sur la vie psychique du sujet, et plus précisément sur son sentiment d'existence et sur l'éprouvé d'unité de son moi ».

Avec la phobie, il y a un danger identifié à combattre. La phobie rétablit un lien de causalité quand les défenses sont dépassées. Elle est à ce titre un symptôme « utile », une peur à l'extérieur de soi, elle remplace un danger de pulsion interne par un danger de perception externe, que l'on peut nommer et tenter de combattre.

11. CONCLUSION

En guise de conclusion, et pour un peu élargir mon propos, je reviendrai sur un article du journal Le Monde du 15 mai 2016 intitulé « Bleus interdits » et faisant état d'un étrange phénomène qui se répand dans certains squares : les bancs, initialement prévus pour que les parents discutent en retrait, se vident. Les adultes restent collés au toboggan ou à l'échelle de corde. « Tu veux que je te tienne ? » Pas question de risquer une chute, malgré le rembourrage des sols ! C'est la montée d'une culture du « risque zéro ».

Il paraît que le monde a changé depuis notre enfance ; effectivement, les voitures freinent mieux, les aires de jeux sont tapissées de revêtement amortissant, chaque adulte et presque chaque adolescent est équipé d'un téléphone portable, les taux d'homicide n'ont jamais été aussi faibles et les rarissimes affaires d'enlèvement sont quasiment toujours le fait de proches de l'enfant.

Et pourtant tout dans le comportement des adultes nous laisse croire le contraire. Aujourd'hui, le bon parent est celui qui intervient, qui protège des dangers. Seuls 11% des enfants de classe primaire vont à l'école sans être accompagnés d'un adulte. En 2015, 200 000 enfants de moins qu'en 2005 sont partis en colonie de vacances ; le coût financier semble être le premier obstacle, mais surtout les parents ont beaucoup moins confiance dans le personnel encadrant.

Comment alors, dans ce contexte de danger et de méfiance l'adolescent parviendra-t-il à établir cette distanciation symbolique, psychique et physique ?

Je laisse le dernier mot au professeur Marie Rise Moro, chef de service de la Maison de Solenn à Cochin, qui pose cette question dans Le Monde du 17 août 2016: « Comment voulez-vous que jeunesse se fasse si on ne cesse de lui répéter qu'elle vit une époque affreuse et que nous courons à notre perte ? Plutôt que d'avoir peur ou de perdre espoir, ce que nous demandent nos adolescents, c'est d'être authentiques et de leur transmettre des histoires et des outils de vie. »

12. BIBLIOGRAPHIE INDICATIVE:

1. Annie BIRRAUX, « Eloge de la phobie », 1994, Le fil rouge, PUF
2. Annie BIRRAUX, « L'adolescent face à son corps », 1990, Bayard Editions
3. Paul-Claude RACAMIER, « L'inceste et l'incestuel », 1995, Les éditions du collège
4. Psychopathologie de l'adolescent : 10 cas cliniques, sous la direction de François MARTY, 2011, Editions IN PRESS