

Adolescence : gare aux étiquettes

par la Dr Aurora Venturini

3 avril 2008

"...j'ai besoin de bouger... je ne sais rien de ce que j'ai dans la tête.....vous ne comprenez rien... je ne suis pas fou!!!

Ceci est à peu près un récent échange avec un jeune homme de 17 ans qui souffre d'un trouble anxieux qui l'a amené à un abus médicamenteux à but suicidaire.

Parfois on a le sentiment de la grande banalité de la souffrance due à un trouble anxieux comme dans l'exemple précédent, mais quand elle prend la voix et les traits d'un être vivant jeune et vibrant devant vous rien n'est plus banal.

L'idée de consulter un spécialiste, un psychiatre, est impossible car la peur de la folie que cette image renvoi est directement proportionnelle à l'angoisse qui est à la base.

Cela est vrai pour tout le monde à n'importe quel âge; pour un adolescent il est d'autant plus en raison de son état de transition, de son changement et du processus qui l'habite et qui le fragilise.

Je ne vous apprend rien de nouveau lorsque je vous dis que c'est bien à cet âge que la plupart des syndromes psychiatriques débutent.

C'est dans le moment où le développement s'achève que l'on voit apparaître des points de rupture, des lignes de faille dans lesquelles l'adolescent peut basculer. Et c'est bien dans des moments de mutation, de changement que l'être humain exprime toute sa particularité, sa virtualité dans le sens de toutes les possibilités qui se présentent à lui et qui seront choisies selon les rencontres et les coïncidences qui vont se croiser avec la trame de son histoire affective et biologique, avec son bagage culturel et social, ainsi qu'avec son monde fantasmatique, ses investissements et ses conflits névrotiques.

Ce qui est propre à cet âge est le fait que la clinique à travers laquelle la souffrance, le malaise se manifestent est d'une intensité particulière et parfois déroutante.

Vous avez certainement du entendre des raisons dérisoires qui sous-tendaient des passages à l'acte suicidaire comme par exemple des mauvaises notes ou une rupture sentimentale ou bien la mort d'un chien.

Aux yeux des personnes inexpérimentées cela fait sourire, mais je suis chaque fois frappée par l'intensité de la souffrance des adolescents, de l'intensité de leur peine et de leur douleur morale si maladroitement exprimée sinon que par un geste extrême et terrible.

La spécificité de la clinique à cet âge ne se manifeste pas que par l'intensité dans l'excès, mais encore dans le vide, le désinvestissement et dans l'abandon de tout ce qui était important ou plaisant auparavant.

Comme la petite enfance, l'adolescence est soumise à une sorte d'amnésie, mais je suis sûre que si vous vous donnez la peine de vous y pencher vous allez retrouver des souvenirs de vous-mêmes à cette époque où l'on se sent perdu, seul pour la première fois, où on pense à sa propre mort pour la première fois, on en sait rien du tout de ce qu'il nous arrive et qu'on ne peut plus faire appel aux parents ni réels ni internes.

Les nécessités sociales et développementales de l'autonomie s'imposent mais se heurtent à l'attachement profond et sécurisant d'avec les parents qui deviennent, par renversement projectif, les persécuteurs et les responsables de l'infantilisation et de la dépendance.

La prise de conscience qui s'impose par la réalité biologique et sexuelle de l'adolescent lui ouvre les yeux sur celle de ses propres parents qui tombent du haut de l'idéalisation infantile pour se révéler dans toute leur humanité, mortels, sexuels, décevants. L'attente se transforme en déception, l'amour en dépendance, la différence en conflit. La rupture est inévitable.

Je viens de vous décrire de manière réductive une partie du processus d'adolescence qui se passe à peu près chez tout le monde, mais qui peut être exprimé de façon subjective à des intensités différentes.

Dans ce vide défensif que l'adolescent vit, son sentiment d'existence, son identité sont ébranlés, c'est à ce moment là que toutes les possibles failles et points des force entrent en jeux.

La solidité des identifications, qui se construisent depuis même la vie fœtale, la qualité des l'environnement et des interactions avec les adultes de référence ainsi que leur capacité à absorber et élaborer leur propre changement de rôle ainsi qu'à se mettre plus derrière les coulisses, ont un impact véritable sur la suite et la trajectoire.

La structure biologique, le tempérament, le caractère, la capacité d'adaptation, la réactivité, la tolérance au stress sont aussi de points de force ou de rupture qui jouent un rôle déterminant dans le devenir de la fragilisation intrinsèque au processus d'adolescence.

L'adolescent nous interpelle sur nos valeurs et sur nos assises éthiques fondamentales.

Dans l'exercice de la relation avec un jeune dans n'importe quel circonstance, nous mettons en scène notre façon de concevoir l'autorité, la différence de sexe et des générations. C'est peut être pour cette raison que, dès qu'un jeune sollicite un adulte, on risque de voir se déployer une fixation des positions, un besoin de l'absolu. C'est comme si l'adulte pour ne pas se sentir happé par le doute identitaire que l'adolescent lui fait revivre, devait se figer dans des positions très résolues, déterminées pour que ses bases identitaires ne soient pas mises en question.

Il y a un autre cas de figure qui est à l'opposé: ces adultes qui pensent que pour s'entendre avec les jeunes il faut être à leur niveau, dans une position d'égale à égale en adoptant une relation de séduction.

Cette séparation nécessaire entre le monde des adultes et celui des adolescents est un faux problème. De toute évidence il y a une séparation comme entre les enfants et les adultes. Le fait est que l'adolescent nous provoque par la grande instabilité de l'idée de lui-même, de la manière de se sentir vivre, des états de son vécu par moments indépendant et libre par d'autres impuissant et tout petit.

Ce qui est complexe pour l'adulte en face de l'adolescent est justement d'être le même tout en étant attentif à où l'adolescent se trouve, dans le registre infantile ou celui de l'adulte en faisant attention à ne pas le démasquer lorsqu'il est narcissiquement sensible.

Si je m'attarde sur ces aspects relationnels, c'est parce que de la façon qu'on a de se positionner et de concevoir l'adolescence il en découle aussi la manière de l'approcher lorsqu'elle devient le creux ou la pathologie et la souffrance s'installent.

Adoptant la conception de changement, de remaniement, on est prêts à en accepter le défi de voir éclore toute la fragilité de l'"être" humain et ceci, de mon point de vue, est vrai aussi au delà de la période de l'adolescence mais aussi dans tout les moments de la vie où des événements majeurs exigent cette même adaptation.

Du point de vue médical, psychiatrique moi, mes collaborateurs ainsi que mon service concevons l'adolescence comme le temps de la mobilisation, de la souplesse, de la recherche où rien n'est joué à l'avance même lorsque les tableaux cliniques sont très bruyants.

L'adolescence est le temps de l'illusion, la différence entre rêve et réalité est floue. C'est le temps où la construction d'une nouvelle réalité risque de s'assembler et d'être la voie de sortie qui permet d'éviter la confrontation à l'évidence de la finitude, de l'interdit de l'œdipe et de la fin de la toute puissance infantile.

Et c'est grâce à ce caractère typique de l'adolescence, moment dans la vie où la frontière entre normale et pathologique est plus fluctuante, qu'une nouvelle conception de la psychose ou de la maladie mentale a pu se dégager.

Au-delà de sa relevance intrinsèque, la crise du jeune adulte a un intérêt général car elle a permis de développer un modèle plus dynamique de l'ensemble des troubles psychiatriques aigus.

Ce mouvement a été inauguré par les études de Harry Stack Sullivan qui a mis l'accent sur la qualité de l'environnement humain, les aspects intersubjectifs qui interviennent de façon déterminante dans l'évolution et la réponse au traitement des patients les plus graves et plus encore au niveau du rapport, qui s'établit chez ces derniers, entre l'aigu et le chronique, le traitement du symptôme et la continuité de soins.

En effet, les affections aiguës montrent de façon plus claire les limites d'une nosographie que, en s'inspirant à la neurologie du 19^{em} siècle, avait schématisé les maladies mentales, les réduisant à des catégories diagnostiques sous-tendues par des processus morbides rigidelement structurés.

Seulement la psychiatrie française a fait exception en insistant sur l'originalité, la variété et l'autonomie des troubles psychiatriques aigus par rapport aux psychoses à évolution chronique.

Les études épidémiologiques montrent une nette tendance à la baisse de l'apparition des troubles psychotiques chroniques tels que la schizophrénie, et la pratique clinique nous montre que les troubles tels que les troubles anxieux, de l'humeur et de la personnalité représentent la majorité des situations qui arrivent aux urgences.

Le modèle krepelinien fixiste a été mis en question justement entre autres par le caractère extrêmement ample de la clinique ainsi que par la variabilité des évolutions possibles des pathologies psychiatriques de l'adolescence.

L'approche psycho-biologique s'est frayé un chemin grâce également à l'expression clinique de la problématique de cette époque de la vie.

La crise de l'adolescence est par définition une crise psycho-biologique. Il est impossible de séparer le corps comme une entité prédéterminée dans sa

structure et étape du développement, et corps comme mouvement et désir. Ces deux dimensions irréductibles sont bien au centre d'un trouble émotionnel qui est celui de toute adolescence et, par là, que tout adolescent nous interroge et nous désarçonne.

Cette psychopathologie du corps ému, troublé, sans control est une psychopathologie de l'excès et du paroxysme, domine désormais la scène au delà de la psychiatrie de l'adolescence pour se retrouver à être l'emblème des troubles psychiatriques aigus qui remplissent les services d'urgences.

Ces dernières années, nous sommes confrontés de plus en plus à une clinique de l'adolescence très marquée par les aspects traumatiques et dissociatifs, ainsi que à la présence des troubles aigus conséquents à la consommation des toxiques qui sont de plus en plus accessibles et plus précocement utilisés. Ces deux derniers cas de figure donnent lieu à des tableaux cliniques qui pourraient être fallacieux et nous dérouter en nous faisant aller du côté de la psychose, au plus grand damne pour les patients et leur entourage.

Un dernier grand chapitre de la spécificité et de la difficulté diagnostique ainsi que de la thérapie à l'adolescence est celui du trouble de l'identité sexuelle, qui nous engage dans des zones de la psyché qui sont troublantes et angoissantes. Encore une fois, si ce trouble est abordé soit de manière dramatique ou, à l'opposé, de manière banalisante, nous faisons fausse route et obligeons l'adolescent à chercher des solutions qui seront pathologiques.

Dans le milieu professionnel, le mot d'ordre est "prudence" lorsqu'il s'agit de poser des diagnostics lourds à l'adolescence. Si les professionnels ainsi que leur politique de soins figent les patients, ces derniers et leur entourage n'auront ni la force ni les moyens de se désaliéner. Personne ici n'est dupe de la valeur hautement stigmatisant d'un diagnostic.

A l'opposé, une attitude de minimisation, ne se donnant pas les moyens d'évaluer, de soigner, de soutenir et d'accompagner pour tout le temps qu'il faut, pourrait empêcher l'identification de ces pathologies qui, sans les soins et

le milieu adéquats, donnent suite à des évolutions déficitaires subjectivement et socialement très onéreuses.

L'adolescence est le moment où, si une fragilité s'exprime, il faut l'accueillir avec sérénité et compétence pour que cette même fragilité ne trouve pas de voies de fixations expéditives et figées.

Le danger est aisément prévisible, pour un individu en quête de sens et d'identité chez qui le processus de maturation l'a exposé à des parties de lui inconnues et effrayantes. Si on lui donne une représentation de lui par un diagnostic ou une image de lui pathologique, il risque d'y adhérer par peur, par inertie, par révolte.

La littérature scientifique ainsi que les études montrent que les diagnostics à l'adolescence ne sont pas stables, dans le sens que dans les années suivantes, on retrouve des évolutions favorables et les diagnostics posés ne sont pas confirmés.

Pour ce qui sont les pathologies à haut risque de se chroniciser, les experts concordent sur le fait qu'à l'heure actuelle, on n'a pu identifier aucun critère prédictif. Les signes de souffrance demeurent non spécifiques et généraux dans le sens qu'ils sont présents dans une grande partie de diverses problématiques psychiatriques.

Le risque suicidaire, comme vous savez, est très fréquent à l'adolescence; le suicide est même la deuxième cause de mortalité après les accidents de la circulation à cette époque de la vie. Le suicide ou la tentative de suicide n'est pas en lui-même un diagnostic, il est trans-nosographique, c'est à dire qu'il peut se vérifier dans différents contextes et pathologies psychiatriques. Pour cette raison, nous avons à Genève une unité de crise pour adolescents suicidants dans laquelle les deux critères d'admission sont la présence de l'idéation suicidaire ou passage à l'acte et la capacité d'adhérer aux soins volontairement.

Dans ce lieu de soins spécialisés, l'adolescent est évalué dans toute sa complexité individuelle et environnementale. Il est mis en condition de participer activement à la compréhension de son mal-être, de sa vulnérabilité et de l'interaction de cela avec sa famille et son entourage affectif.

Les soignants nomment les lignes de failles, les points d'effondrement, et ils confrontent l'adolescent avec empathie et détermination en faisant appui sur la partie de lui qui veut grandir et qui veut être heureuse.

Ce qui est le plus difficile dans ce travail est le fait de conserver la capacité de tenir une position d'attente, de laisser venir les choses à la surface, de ne pas trop anticiper de ne pas faire appel à un ordre pré-établi mais supposer un rapport à la discontinuité qui met en jeu l'hétérogénéité et la complexité de l'adolescent.

La tentation de céder au besoin de définir, étiqueter, justifier, caser est compréhensible mais inacceptable. Lorsqu'on est face à un doute, à un point d'interrogation, à l'incertitude, nous avons tous la même réaction: fermer le questionnement, faire taire le doute, arrêter le flottement. Nous attribuons à la certitude une valeur de force, de puissance. Il est vrai que la précarité du doute, l'embarras de l'hésitation sont pénibles et gênants. On a l'idée qu'un adulte, d'autant plus s'il est un professionnel, doit tout savoir, prévoir, anticiper et corriger.

Il est évident que face à un adolescent vulnérable, on a tous tendance à assumer une position rassurante par la maîtrise du problème en présence. Mais par cette prétendue maîtrise, nous disqualifions les ressources de l'adolescent et de sa famille et nous l'obligeons à se retrancher dans une position passive et infantile.

Trop souvent nous, professionnels, proposons des solutions, des stratégies qui sont les nôtres sans créer l'espace nécessaire pour que l'adolescent, avec son entourage, trouve ses propres voies de sorties qui lui correspondent et qui vont contribuer à échafauder son identité.

L'adolescence n'est pas une maladie, il ne faut pas la voir comme une lésion mais comme une virtualité, l'imaginer comme une main de cartes trop difficile à intégrer, pas comme un handicap, mais faire une place au hasard qui peut agencer de façon imprévisible les vicissitudes d'une vie.

Cela signifie que non stigmatiser s'est s'inscrire dans une dimension de l'humain qui interpelle notre capacité de comprendre ou pas ce dernier comme un point de fracture pouvant devenir tout autant le point de dérapage de toute nos faiblesses ou un lieu de changement Il y a des pathologies qui vont s'installer malgré toute l'adresse possible tant de la part des soignants que des familles, mais même dans ces cas si on a été sensibles à l'aspect identitaire d'une même pathologie et on a su conserver le respect et la dignité que chaque individu a au delà de la classification diagnostique, ce même sujet sera moins dépossédé de son histoire, moins diminué de son individualité.

La stigmatisation sépare, délie, coince, isole, oppose, fige. Remarquez tous ces termes sont à l'opposé de tout ce qui est vivant, et si la stigmatisation existe, elle a une place dans l'humain dans sa difficulté à supporter le doute, la différence, la souffrance et la diversité, dans son besoin de se protéger lorsqu'il se sent menacé. Et s'il se sent menacé c'est justement parce qu'il est lui même vulnérable.