

"PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ADOLESCENT"

L'adolescence est l'âge du changement.

"Adolencere" signifie en latin "grandir".

Les théorisations s'articulent autour de 4 modèles principaux:

- ✓ le modèle physiologique (crise pubertaire, remaniements somatiques, émergence de la maturité génitale)
- ✓ le modèle sociologique (rôle de l'entourage, de la culture, rapport parents enfant).
- ✓ le modèle psychanalytique (remaniements identificatoires, changements dans les liens aux objets oedipiens, intégration dans la personnalité de la pulsion génitale)
- ✓ les modèles cognitifs et éducatifs (modifications profondes de la fonction cognitive, développement de la capacité intellectuelle et apprentissages sociaux)

Le modèle physiologique:

✓ **Puberté chez la jeune fille:**

La puberté se termine par les menstruations. Les premiers signes pubertaires apparaissent 2 ans auparavant avec une imprégnation œstrogénique (modifications des seins et vulvaires), signes androgéniques (pilosité, acné), poussée de croissance. Les règles jusqu'à la vie gynécologique adulte sont irrégulières, abondantes, douloureuses.

✓ **Chez le garçon:**

Transformations corporelles vers 12,13 ans (pilosité, augmentation du volume des testicules accroissement de la taille de la verge, gain statural, modification de la silhouette) jusqu'à 16.18 ans qui est le stade adulte. La première éjaculation, comme les menstruations chez la fille, achève symboliquement la puberté.

Le modèle sociologique:

L'adolescence n'est pas un phénomène universel. Plus la société est complexe, plus l'adolescence est longue et conflictuelle.

La bande d'adolescents est la caricature de l'organisation en classe d'âge. Elle est le moyen grâce auquel il tente de trouver une identification, une protection, une exaltation, un rôle social.

Le modèle psychanalytique:

A la base de toute adolescence, il y a ce meurtre des images parentales, condensé fantasmatique de l'agressivité liée à toute croissance: "grandir est par nature un acte agressif" (Winnicott)

L'adolescent doit éprouver ses conflits avant d'en trouver la solution: les moyens de défense (retour aux défenses de la période oedipienne ou recours à des défenses spécifiques de l'adolescence) ont pour but de rendre supportable cette dépression et cette incertitude identificatoire sous-jacente.

Le temps reste un facteur thérapeutique essentiel.

Il y a ceux qui assimilent l'adolescence à une **crise** et ceux qui l'assimilent à **une étape de développement** rappelant la première **phase de séparation individuation** de la petite enfance.

Dans cette dernière conception les troubles psychiques de l'adolescence sont le plus souvent liés aux avatars de ce processus de séparation individuation. L'adolescence chemine vers le dégagement de l'objet infantile et la maturation du Moi. Les troubles du développement des fonctions du Moi sont symptomatiques de fixations pulsionnelles et de dépendance aux objets infantiles.

Le remaniement psychique s'organise en:

- ✓ **surcroît pulsionnel** (excitation sexuelle liée à la capacité orgastique et l'avènement de la capacité reproductive)
- ✓ **modification corporelle** (Le corps représente pour lui un moyen d'expression symbolique de ses conflits et des modes relationnels. L'intérêt qu'il porte à son corps illustre la prépondérance du narcissisme. Beaucoup ont des sentiments de bizarrerie à propos de leur corps)
- ✓ **travail de deuil** (Perte de l'objet primitif: 2eme phase de "séparation individuation". Il est amené à conquérir son indépendance, à se libérer de l'emprise familiale, à liquider la situation oedipienne)
- ✓ **réaménagement défensif :**
 - **Intellectualisation** en tant que contrôle des pulsions au niveau de la pensée, et ascétisme en tant que contrôle des pulsions au niveau du corps
 - **Clivage** en tant que brusques passages d'un extrême à l'autre, d'une opinion à une autre, d'un idéal à un autre
 - **Identification projective** (adhésions massives à des systèmes d'idéaux sans nuances)
 - **Idéalisation primitive** marquée par des choix d'objet irréalistes et inaccessibles
 - **Projection persécutrice** traduite par le sentiment d'un monde dangereux et hostile dont il faut se défendre
 - **la mise en acte** qui le protège du conflit intériorisé et de souffrance psychique

- **réélaboration narcissique** (le narcissisme pathologique se traduit par le groupement de l'égoïsme, à savoir un désintérêt à l'égard du monde et de la mégalomanie, à savoir une image grandiose de soi)
- **système d'idéalisation**: recherche d'un Idéal du Moi, d'une image satisfaisante d'eux-mêmes, image susceptible de leur apporter un soutien narcissique
- **quête identificatoire**
- **adhésion au groupe**

Le modèle cognitif et éducatif

L'intelligence opératoire formelle se met en place vers 12-13 ans et ceci jusqu'à 16 ans. Elle permet de raisonner par hypothèse, d'envisager l'ensemble des cas possibles et de considérer le réel comme un simple cas particulier. La notion de probabilité est accessible. A ce stade le rapport au monde change: l'intelligence se situe alors au plan des relations entre le possible et le réel. Cette pensée formelle porte sur des énoncés verbaux et non plus, comme au stade des opérations concrètes, sur les objets. La difficulté à accéder aux structures combinatoires peut rendre compte des difficultés relationnelles.

LE PROBLEME DE L'AGIR ET DU PASSAGE A L'ACTE

Deux séries de facteurs favorisent l'agir:

- **les facteurs environnementaux** : le changement de statut social, le contenu de ce nouveau statut (la liberté, l'autonomie, l'indépendance), les stéréotypes sociaux, l'interaction sociale (un acte en appelle un autre, par imitation ou par réaction), les contraintes excessives de la réalité.
- **Les facteurs internes**: l'angoisse, le remaniement de l'équilibre pulsion - défense, l'antithèse activité/ passivité (la peur de la passivité ramenant à la soumission infantile et à l'homosexualité, amène à se servir de l'action pour nier cette passivité), les modifications instrumentales (le corps et le langage: l'utilisation difficile du langage entraîne le passage à l'acte, utilisation d'un nouveau langage: ex: flipper...)

Le passage à l'acte est des modes symptomatiques préférentiels de **la dépression** :

- **L'agir comme stratégie interactive** : ex : recherche d'une interaction avec l'adulte pour le mettre en difficulté pour attirer son attention pour réaliser ce que l'adulte réalise et qui lui est à lui interdit (prendre une cuite, fumer...)
- **l'agir comme un moyen de défense** : Ici il exprime le besoin de se donner un rôle actif qui contrecarre le vécu profond de passivité face au boule-

versement subi, il évite la prise de conscience qui serait douloureuse et facteur de dépression

- **l'agir comme entrave de la conduite mentalisée** : ex: dans la cure il agit pour éviter de ressentir, "l'acting out".

Fugues et errances:

- **Le voyage** (départ préparé pour un temps déterminé) a des fonctions : manifestation d'indépendance par rapport à la famille, rituels d'éloignements acceptés par les parents. Il est parfois déclencheur de décompensation.
- **La route** : rupture avec le système.
- **La fugue** (départ impulsif, solitaire, à la suite d'un conflit): la fuite d'une tension interne, l'angoisse. C'est un besoin d'assurer dans la réalité la distanciation avec ses relations objectales de l'enfance. Se rajoutent le doute et l'incertitude quant à sa propre identité. Il se sent exister en partant.

Le vol:

Conduite la plus fréquente: Le vol de véhicule motorisé (1/4 des délits), vol dans les grandes surfaces (filles dominant), vol des lieux habités.

La violence :

- **l'hétéro agressivité** :
 - Violence contre les biens (vandalisme, tendances destructrices solitaires par ex le feu. Ici incapacité à dissocier la pulsion agressive et la pulsion libidinale)
 - La crise de violence avec casse d'objets familiers (ici perturbations profondes dans la dynamique familiale: scènes de violence entre parents ont pu émailler le passé, absence d'un parent, absence d'autorité)
 - Violence contre les personnes (meurtre en augmentation et âge de plus en plus jeune, passage à tabac surtout dans les zones sururbaines)
- **L'auto agressivité:**
 - Automutilation impulsive (acte de se couper) souvent la fille pendant les règles. Ici personnalité très perturbée avec carence dans l'image de soi, mise en acte des affects comme moyen de défenses contre l'angoisse.
 - Les automutilations chroniques (problème d'encéphalopathies)
 - Les équivalents suicidaires: conduites de mise en danger

Les tentatives de suicide:

- **Proportion** de 2 filles pour 1 garçon mais la mortalité par suicide concerne 2 garçons pour 1 fille.
- **Caractéristique familiale:** conflits conjugaux, séparation avec absence fréquente du père.
- **Les facteurs socioculturels:** ruptures dans l'environnement tels les déménagements, ruptures avec le groupe des pairs
- **les facteurs individuels :** l'échec dans la scolarité, l'utilisation d'une drogue, l'existence d'un diagnostic psychiatrique.
- **Les moyens du suicide ou de la tentative:** les méthodes les plus traumatiques et les plus désorganisant (mutilation du corps, défenestration, précipitation sous un véhicule..) caractérisent des adolescents profondément perturbés.
- 20 à 25% des suicidants présentent **un diagnostic psychiatrique**

La signification psychologique du suicide:

- La fuite (fuir une situation ressentie comme insupportable pour le sujet)
- le Deuil (par suite de la perte d'un élément actuel de la personnalité ou du plan de vie)
- le châtement (pour expier une faute réelle ou imaginaire)
- le crime (attenter à sa vie en entraînant autrui dans la mort)
- la vengeance (pour provoquer le remord d'autrui)
- l'appel ou le chantage (pour faire pression sur autrui)
- le sacrifice ou le passage (pour atteindre une valeur ou un état jugé supérieur)
- l'ordalie ou le jeu (pour s'éprouver soi-même)

Le moment suicidaire correspond à une défaillance dans les processus de mentalisation. A noter l'importance des troubles de l'humeur prédominant dans leur versant narcissique (dépit, honte) plus que névrotique (culpabilité) et des troubles de l'élaboration de la pensée. La TS traduit l'échec du 2eme processus séparation individuation.

Facteur de risques d'un état suicidaire:

- **existence d'une maladie dépressive** avec un sentiment d'abandon catastrophique, un effondrement des performances scolaires, des plaintes somatiques, tendances à des accidents à répétition.
- **montée de l'angoisse** précédant la TS: peur de craquer...
- **ruptures récentes** avec la famille, le groupe des pairs, ou rupture sentimentale

PSYCHOPATHOLOGIE DES CONDUITES CENTRÉES SUR LE CORPS

Le corps est au centre de la plupart des conflits de l'adolescence.

Le schéma corporel relève du registre sensori-moteur. Ici il y a une modification du schéma corporel.

L'image du corps : sa constitution implique la reconnaissance d'une limite qui a pour fonction une image stabilisatrice et une enveloppe protectrice. Ici il y a problèmes des limites d'où les fréquentes incertitudes concernant l'image du corps (dysmorphophobies, bouffées hypocondriaques, sentiments d'étrangeté).

Le corps social : L'ado se sert de son corps et des conduites somatiques comme mode d'expression de ses difficultés et comme moyen de relation. Il ne cesse de s'interroger pour savoir si c'est normal, sur ce que pensent les autres. Son corps lui sert à se différencier des autres et à chercher une ressemblance rassurante avec les pairs (ex: phénomène de la mode). L'ado utilise son corps et ses besoins physiologiques (alimentaires et de sommeil) pour maintenir à distance la sexualité et les bouleversements qu'elle induit.

Deux types de défenses prévalent :

- ✓ **le besoin de maîtrise** : contrôle des fantasmes et des sources d'excitation pulsionnelle (par ex, les désirs masturbatoires) par **l'ascétisme**: création d'une hygiène de vie spartiate, avec refus de toute satisfaction physique. Dans l'anorexie mentale, l'ascétisme devient caricatural.
- ✓ **la place de la régression** : elle s'exprime à travers des conduites centrées sur le corps (perturbations des conduites alimentaires, des conduites d'endormissement) ou par des demandes corporelles directes (demandes de soins corporels, craintes hypocondriaques)

Perturbations des conduites alimentaires:

La période de l'adolescence réactive la pulsion orale et le mouvement régressif qui s'ensuit, et provoque le désir d'appropriation et de maîtrise des besoins corporels.

- ✓ Les comportements alimentaires instables : **la fringale** (sensation impérieuse de faim surtout chez l'ado. en période prémenstruelle), la **crise de boulimie** (impulsion soudaine et irrésistible à manger provoquée par une sensation de vide, de malaise voire de véritable angoisse ou un état dépressif transitoire). La crise de boulimie s'observe dans l'anorexie mentale et parfois chez les patients psychotiques.

- ✓ comportements perturbés : Hyperphagie, grignotage (conduites caractéristiques de l'obésité), la réduction alimentaire (mode de la silhouette mince).
- ✓ Le fait de manger est en soi perturbé, significations symboliques faites de danger et de menace (refus de la chair animale).

L'anorexie mentale

Tableau qui se constitue en 6 mois commençant par un régime et s'installant avec 3 signes caractéristiques: anorexie, amaigrissement, aménorrhée, avec des conduites annexes comme l'hyperactivité (maîtrise supplémentaire sur le corps, compétition, performance intellectuelle) et désintérêt pour la sexualité. L'anorectique regrette les transformations pubertaires et souhaite retrouver son corps prépubaire

Familles de l'anorectique: Mères anxieuses et hypocondriaques. Confusion entre elles et leur enfant. Vif intérêt dans l'apparence physique de leur fille. Couple dont l'union satisfaisante est artificielle. Fratrie accusatoire; Le dépérissement suscite un besoin culpabilisé de la nourrir, ce qu'intellectuellement l'anorectique refuse avec énergie.

L'anorectique:

- ✓ exprime une incapacité d'assumer le rôle sexuel génital et d'intégrer les transformations de la puberté
- ✓ le conflit se situe au niveau du corps qui est refusé et maltraité et non au niveau des fonctions alimentaires (sexuellement investies)
- ✓ la structure est différente de celle d'une névrose classique. Il y aurait une distorsion délirante de l'image du corps avec un déni de l'amaigrissement et une crainte durable d'être laid et gros. Perturbations dans la reconnaissance de la faim et de la satiété et aussi de la fatigue, de la faiblesse, du froid. Corps idéalisé, désincarné, indestructible, épuré, il devient une abstraction sur laquelle se concentre le besoin de maîtrise, d'emprise dans une identification à l'image de la toute puissance maternelle.

Les troubles du sommeil

Troubles plus fréquents chez la fille. Il peut exister des insomnies, des parasomnies (sommambulisme, terreurs nocturnes, énurésie), les hypersomnies qui peuvent avoir comme origine un trouble du rythme de vie, une absorption d'une drogue psychostimulante, des troubles psychoaffectifs et relationnels

LA SEXUALITÉ ET SES TROUBLES

La sexualité inclue en elle-même une part d'agir, nécessite une élaboration mentale et mobilise le corps et son image.

L'homosexualité reste rare à l'adolescence. Elle s'accroît vers 18-19 ans

L'image du corps : P. SCHILDER fait correspondre la construction définitive de l'image du corps à la phase de l'accession à la génitalité. L'homme ne perçoit son corps comme un tout, comme une unité qu'après avoir accédé à la génitalité, donc au cours de l'adolescence.

Il existe un flottement dans le choix d'objet sexuel entraînant une multiplicité des conduites sexuelles (oscillation entre l'hétérosexualité et l'homosexualité, entre l'attachement aux parents et l'amour porté à un nouvel objet, entre le groupe et la bande et l'ami unique et idéalisé, entre le premier amour et la relation sexuelle de passage). Ainsi, il peut exister cette passion amoureuse qu'on appelle "premier amour" en tant que brutale effraction narcissique.

Les difficultés de la réalisation sexuelle sont:

- ✓ absence totale de relations sexuelles : signe d'une inhibition ou d'une forte angoisse
- ✓ multiplicité des rapports sexuels : signe d'une dépression
- ✓ le premier orgasme, la première éjaculation, les premières règles... peuvent être à l'origine d'un traumatisme (angoisse de castration puis angoisse de morcellement.) entraînant un retrait ou inhibition
- ✓ frigidité, éjaculation précoce, impuissance, se rapportent à l'angoisse liée au conflit oedipien

LE PROBLEME DE LA DÉPRESSION

RAPPEL THÉORIQUE: pour FREUD il y a dans la dépression : la régression narcissique et l'ambivalence.

L'organisation dépressive de base : les huit points de FREUD :

- ✓ la perte d'objet
- ✓ le désir d'incorporer l'objet
- ✓ la tendance narcissique
- ✓ la partie de soi dévalorisée est la réplique intérieure de l'objet perdu
- ✓ la dépréciation de soi
- ✓ l'ambivalence
- ✓ l'auto agression
- ✓ celui qui accuse est une puissance morale : le Surmoi

L'adolescence : deuil ou dépression

On cite au cours de l'adolescence la tristesse, l'agitation, la colère (le spleen). Les ados semblent envahis par un ennui ou un désintérêt. Ils peuvent être pris dans un sentiment de culpabilité ou de honte, de déception et d'isolement où une mésestime de soi alterne avec des moments d'omnipotence triomphante.

Il faut distinguer la dépression qui est un phénomène normal à l'adolescence et le problème de la maladie dépressive qui peut survenir chez certains.

La régression narcissique:

L'ado se détache de ses objets d'amour infantile. Les préoccupations et les objectifs narcissiques sont privilégiés. L'intensification de ce narcissisme peut-être à l'origine de sentiments de honte, d'infériorité de perte de l'estime de soi. L'écart entre ce qu'il est et qu'il veut être entraîne une atteinte de l'estime de soi.

Par rapport au deuil, le travail de l'adolescence se différencie car les pertes y sont multiples et simultanées, que le Moi y est affaibli, que l'altération de l'estime de soi y est fréquente.

Par rapport à la dépression, il se différencie en ce sens qu'il s'agit d'un travail plus long véritablement psychique et qu'il y persiste des possibilités dynamiques.

Nous alternons chez l'ado, entre la dépressivité non pathologique, crise organisatrice, et la dangerosité qu'elle représente. La dépression, entité clinique définie comme chez l'adulte, est rare à l'adolescence.

La dépression, ici, se manifeste surtout sous la forme d'équivalents (Dépression masquée).

Le syndrome dépressif:

Il doit être systématiquement recherché mais il est difficile à repérer. Il repose sur quatre signes:

- ✓ Le ralentissement psychomoteur (ralentissement moteur et idéique, de l'expression verbale et le sentiment du temps qui se déroule avec lenteur)
- ✓ Manque d'appétit et troubles du sommeil
- ✓ tristesse et désintérêt (pas obligatoirement présents)
- ✓ L'auto dévalorisation (peut manquer)

Les différents types de dépression:

- **La réaction anxio-dépressive:** réponse de protection face à une séparation, à une privation. La réponse dépressive apparaît s'intriquant un moment à la réponse anxieuse pour progressivement la remplacer. Ici la famille peut jouer un rôle déclenchant, dans le cas de désaccord conjugal, de divorce, d'alcoolisme, de mort d'un parent ou à l'inverse d'un contrôle excessif des parents. Ici l'évolution est rapide vers une disparition de l'état dépressif.
- **La dépression d'infériorité:** Vu les aléas à cet âge de l'estime de soi, les ados sont plus vulnérables à ce type de dépression. Il y a sentiment de ne pas être aimé, désintérêt du monde extérieur, une problématique essentiellement narcissique. De la confrontation à ce modèle de perfection que constitue cet Idéal du Moi auquel le Surmoi le compare, le Moi de l'adolescent va développer des sentiments d'infériorité caractéristiques de cette dépression. Ici l'idéal mégalomane de l'ado est souvent entretenu par l'un des parents qui projette son propre idéal sur l'enfant.
- **La dépression d'abandon:** Les symptômes sont dominés par le passage à l'acte hétéro ou auto agressif. Ceci est souvent lié à des sentiments d'abandon, de vide et des souvenirs de séparation traumatique. Ces acting sont des équivalents dépressifs : prise de drogue, de nourriture excessive, relations homo ou hétérosexuelles désordonnées, relations d'agrippement, et ont pour fonction de remplir ce vide. On observe ici des carences précoces de soins maternels. Il y a reviviscence des sentiments d'abandon survenus entre 1,5 et 3 ans. Au moment où l'enfant cherche à s'individualiser, il est confronté à la difficulté de la mère à supporter cette séparation. Cette difficulté amène celle-ci à décourager tout geste d'individuation en retirant tout appui à son enfant. Ainsi naissent les premiers sentiments d'abandon. On retrouve ici des histoires abandonniques avec des nombreux placements et séparations ou des histoires trop symbiotiques.
- **La dépression mélancolique:** À peu près la même que chez l'adulte. Ici il est fréquent de retrouver un parent avec une pathologie identique.

LES TOXICOMANIES

"Etat de dépendance psychique ou physique, ou les deux à la fois, vis à vis d'un produit et s'établissant chez un sujet à la suite de l'utilisation périodique ou continue de ce produit" (OMS)

Caractéristiques familiales:

Famille plutôt défailante. On note souvent une tendance à l'absorption médicamenteuse ou à l'alcoolisme chez l'un ou l'autre ou les deux parents.

Facteurs individuels aggravants:

- ✓ utilisation régulière d'une quantité importante de drogue licite (alcool, tabac)
- ✓ existence antérieure d'angoisses et de souffrances affectives
- ✓ désinsertion sociale (surtout chez les héroïmanes).

Il existe une corrélation entre la fréquence de troubles mentaux et l'ancienneté de l'intoxication.

N'importe quelle **structure mentale** peut conduire à des comportements toxicomaniaques. Elle s'observe cependant plus dans les états dépressifs de l'adolescence, surtout dans les états dépressifs sévères et chez les personnalités dites antisociales ou psychopathiques.

Souvent l'expérience de deuil que constitue l'adolescence amène à rechercher les stimuli externes apporteurs de plaisir ayant pour effet de supprimer le deuil même.

Le toxicomane a un Moi si faible qu'il ne peut supporter la souffrance d'une **dépression** et a recours à **des défenses maniaques** qui ne peuvent se réaliser sans l'aide de drogues. A ceci s'articule un balancement **paranoïa - dépression** (Ex: l'amphétaminomane, grâce à sa drogue se sent fort, persécuteur puis persécuté avant de sombrer lors de la "descente" dans la dépression, pour tous les auteurs, a pour signification de protéger **le Moi trop fragile** ou dont l'intégrité est menacée.

LA CONSOMMATION D'ALCOOL

La 1ère ingestion d'alcool survient entre 10 et 12 ans. Le cadre de l'alcoolisation est le groupe ou la bande. Il existe peu d'alcoolisation solitaire. Le risque d'évolution vers une polytoxicomanie est spécifique de l'alcoolisme actuel de l'ado.

On retrouve ici des traits communs:

- l'intolérance à la frustration
- l'anxiété
- la tendance dépressive et le sentiment d'infériorité, la perte de l'estime de Soi, la honte ou la gêne de son corps dans son ensemble ou en partie
- la dépendance affective à l'égard d'un parent ou d'un groupe.

L'ADOLESCENT ET SA FAMILLE

L'environnement familial d'un ado en difficulté doit être incluse dans l'ensemble de l'approche clinique.

Chez les suicidants on retrouve un pourcentage élevé de séparation familiale, de suicide ou pathologie parentale, d'alcoolisme parentale, de situation de migrant.

Trois points de vue:

- Le conflit avec les parents est considéré comme partie prenante de la crise d'adolescence
- il existe une interaction entre crise parentale et problématique de l'adolescent
- il existe des interactions parents - adolescents (pathologie du groupe familial)