

Les troubles psychiatriques à l'adolescence

Prof. Alain Malchair

CHU – Ulg

APMS

23 avril 2016

1. INTRODUCTION

- Définition générale

Etymologie: adolescent, participe présent de «adolescere», grandir, donc «adolescens» signifie en train de grandir, et le participe passé «adultus» signifie qui a fini de grandir.

- Définition classique

Adolescence définie comme la période qui s'étend entre l'enfance et l'âge adulte.

- Tendances actuelles

Enfant «pré-ado», ou
adolescence interminable.

- Adolescent comme cible de consommation

- Langage psy

Crise, traumatisme, bouleversement...

Nécessité de réaffirmer le lien de l'adolescence et du pubertaire.

«L'adolescent est un enfant dans un corps d'adulte».

L'adolescence est l'intégration d'un corps sexué, d'une histoire personnelle, de la séparation d'avec les parents et les figures d'attachement infantile, et de l'investissement du monde environnant.

2. Citations de la littérature

«Je est un autre» (Rimbaud)

«Je est des autres» (Lautreamont).

«Je ne suis pas seul dans ma peau»(Michaux)

3. Quelques réflexions

Qui dit corps sexué dit corps pulsionnel.

Découverte brutale du fait d'avoir les moyens de ses fantasmes, érotiques ou agressifs.

Tension entre l'indépendance qui défie et la dépendance régressive.

Ce corps qui change, un étranger qui pousse de l'intérieur, qui pousse à la dépersonnalisation.

Le problème crucial de la séparation dont la solution est la rencontre avec l'autre.

L'investissement de cet autre qui permet une séparation durable avec l'objet parental, sans risque de rencontre confusionnante.

En résumé, l'adolescence pose un problème
fondamental de maîtrise:

- Maîtrise du corps,
- Maîtrise de la pensée.

4. «Solutions»

Les processus ci-dessous tendent à rendre le contrôle à l'adolescent:

- ◉ Problématique centrée sur la pensée:

L'évitement, l'agir, le passage à l'acte, l'hypermentalisation

- ◉ Problématique centrée sur le corps:

- dans les fonctions de base,
- face à la sexualisation du corps.

Ces différents niveaux se révèlent de façon différente pour chaque adolescent, mais ils sont toujours plus ou moins présents.

Leur configuration définit le pattern de comportement de chacun.

Plus que jamais la notion de continuum entre le normal et le pathologique est de mise.

5. Manifestations comportementales ou «symptomatiques» à l'adolescence

- le passage à l'acte,
- la paranoïa,
- la dépressivité,
- la séduction exagérée,
- les troubles du comportement alimentaire,
- l'intellectualisation,
- les dépendances.

La présence de comportements anormaux est normale chez l'adolescent.

Toutes ces manifestations et d'autres encore, sont la manifestation d'un compromis entre les différentes tendances internes qui déséquilibrent l'adolescent.

Le partage entre le normal et le pathologique reposera sur la durée, l'intensité, la réversibilité de ces manifestations, et non sur leur simple présence.

6. Et sous l'angle des neurosciences?

Quelques réflexions à visée unifiante...

Maturation du cerveau adolescent

JAY N. GIEDD, MD

*Child Psychiatry Branch, National Institute
of Mental Health, ÉTATS-UNIS*

L'adolescence est depuis longtemps réputée être une période de changements corporels et comportementaux spectaculaires.

L'arrivée de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) a considérablement accru nos connaissances de la neurobiologie qui sous-tend ces changements cognitifs et comportementaux, grâce à l'accès sans risque et sans précédent à l'anatomie et à la physiologie du cerveau vivant qu'elle offre.

- Les études longitudinales qui utilisent l'IRM commencent à tracer les trajectoires développementales de la maturation du cerveau et à explorer les influences génétiques et environnementales sur ces trajectoires, en absence comme en présence de pathologie.

Ces dernières années, les progrès ininterrompus dans les domaines de la *neuroimagerie* et de la génétique ont contribué à la recherche en neurosciences chez les adolescents. Comme l'IRM n'utilise pas de radiations ionisantes, elle permet non seulement d'explorer le cerveau des enfants et des adolescents en bonne santé mais aussi de répéter les examens au cours du développement

Il est possible d'intégrer ces données longitudinales portant sur l'anatomie et la physiologie du cerveau avec des évaluations génétiques, environnementales, cognitives, émotionnelles et comportementales, afin d'explorer les mécanismes développementaux et les influences qui s'exercent sur le développement, en absence comme en présence de pathologie.

- **Questions clés pour la recherche**
- Comme la caractérisation des trajectoires générales que suit la maturation du cerveau a progressé, les chercheurs ont commencé à se pencher sur l'élucidation: (1) des mécanismes qui provoquent les modifications anatomiques et physiologiques; (2) des relations entre les mesures de neuroimagerie et les changements émotionnels, cognitifs et comportementaux observés chez les adolescents;

- (3) du rôle des influences génétiques et environnementales; (4) du moment où, et de la façon dont les trajectoires développementales diffèrent entre les populations cliniques et celles qui sont en bonne santé; et (5) des meilleures interventions pour optimiser un développement sain, favoriser l'éducation, prévenir les psychopathologies et traiter les troubles s'ils apparaissent, avec des moyens convenant à l'âge.

- **Résultats récents de la recherche**
- Les études longitudinales menées chez des sujets entre l'âge de 3 et 30 ans ont révélé que le volume de la matière blanche continue d'augmenter jusque dans la troisième décennie de la vie, alors que celui de la matière grise augmente puis diminue, atteignant au cours de l'enfance et de l'adolescence des niveaux maximums à des moments caractéristiques, qui sont particuliers à chaque zone du cerveau.

- Ces changements sous-tendent une amélioration générale, sur les plans fonctionnel et structurel, de la connectivité et des processus d'intégration ainsi qu'une modification de l'équilibre entre les fonctions *limbiques/sous-corticales* et celles du *lobe frontal*, ces modifications se prolongeant jusqu'à un jeune âge adulte.

- Le système limbique, responsable des émotions, « mature » avant le cortex préfrontal qui est responsable du fonctionnement exécutif.
- En outre, les connexions entre ces deux systèmes continuent à se myéliniser tout au long de l'adolescence.
- La diminution de l'impulsivité qui ne vient qu'avec l'âge serait donc due à la maturation retardée du cortex préfrontal.

7. Le problème de la pulsionnalité

L'adolescence, une pulsionnalité en excès.

Nulle autre période de la vie ne confronte à un changement physique aussi rapide, d'autant plus perturbant qu'il est lié à une poussée hormonale intense.

Face à ce conflit qui déséquilibre la stabilité de son psychisme, différentes « solutions » s'offrent à l'ado, retenons-en deux qui concernent la problématique dépressive et suicidaire:

- le repli dépressif, soit ramener douloureusement la pensée sur soi-même.
- le passage à l'acte, soit éviter de penser,

Ces deux mécanismes sont évidemment complémentaires, et éventuellement concomitants.

On observe alors pêle-mêle et à des degrés divers plusieurs processus:

- diminution voire perte de l'idéal du Moi,
- évitement, voire refus de mentaliser,
- fragilisation des mécanismes habituels de défense,
- troubles de l'humeur,
- et bien sûr, intolérance à la frustration

8. Le processus dépressif

Comme toujours, continuum du normal au pathologique:

spleen, repli, morosité, dysthymie,
dépressivité, dépression, tentative de suicide,
suicideselon un vecteur de gravité croissante

Deux éléments essentiels à retenir:

La tonalité dépressive n'est pas constante, et les fluctuations sont la règle, jusqu'à l'excès contraire, avec même des passages euphoriques,

T.S. et suicide ne signent pas nécessairement un vécu dépressif, dans la logique du passage à l'acte, qui évite la pensée douloureuse.

Les signes généraux

En pensant toujours à la normalité possible de ces signes car, encore et toujours le continuum!

- irritabilité, excitation mal contrôlées
- repli, évitement social
- apragmatisme, désintérêt général
- troubles alimentaires
- troubles du sommeil

.....

Les troubles manifestes de l'humeur sont loin d'être toujours à l'avant-plan chez les adolescents

Au contraire, ils feront tout pour les cacher, afin de ne pas aggraver davantage la perte d'image de soi

Le risque d'une évolution suicidaire

Ce risque augmente lorsque le jeune « dérape » dans des situations habituellement maîtrisées, pour des raisons internes ou extérieures à lui.

- difficultés scolaires inhabituelles,
- plaintes somatiques floues et répétées,
- troubles comportementaux inexplicables,
- perturbations familiales, amicales, sentimentales

Le processus suicidaire

Quelques constantes:

- une situation problématique apparaît,
- aucune solution ne semble possible,
- la situation devient insupportable, avec désir de la fuir par tous les moyens,
- le suicide devient une solution « théorique » pour ce mal de vivre,

- si la tension persiste, les idées suicidaires s'installent progressivement comme réalistes, des messages indirects commencent à être envoyés aux proches, famille et amis, avec une demande d'aide implicite,

- en cas de non-réponse, le « choix » du suicide peut s'imposer comme incontournable,

- la durée de cette étape, qui précède le passage à l'acte proprement dit, est très variable, et peut descendre sous les 24h.,

- l'ado vit alors une souffrance intolérable et, contrairement à l'adulte, il n'a pas appris que la douleur existe, mais qu'elle peut disparaître,

- avec sa pulsionnalité, il ne peut la supporter longtemps.... Il passe à l'acte

Une idée reçue à combattre absolument

« Cette T.S., ce n'est rien, il/elle ne voulait pas vraiment mourir, c'est du chantage... »

Si ce n'est pas la volonté de mourir qui est en cause, c'est alors le signe d'une grave rupture de la communication: penser ne plus pouvoir s'exprimer et n'être entendu qu'en jouant avec l'idée de la mort, est en soi le signe d'une grande souffrance

9. POURQUOI UN ADOLESCENT DEVIENT-IL PSYCHOTIQUE ?

Approche psychodynamique

- **Nous sommes confrontés à un problème théorique et clinique crucial:**
- y a-t-il un « terrain » sous-jacent où les aléas de la vie vont agir comme « fertilisateur »?
- la notion d'épigénèse?
- pouvons-nous comprendre, détecter, des signes à bas bruit, des « pré »-perceptions chez certains jeunes,
- alors que rien ne dit qu'ils décompenseraient un jour.....?

Conséquences sur l'équilibre libidinal:

- acquisition du potentiel de réalisation pulsionnelle
- angoisses consécutives à la dangerosité d'une telle réalisation,
- repli narcissique pour s'en protéger,
- mais alors, développement d'une angoisse sur soi-même, sur sa personne propre.

Risque de psychose !

POURQUOI ?

- La fragilité du Moi entraîne une angoisse majeure sur la cohérence de la personne propre.
- Le pire est que le danger vient de l'intérieur, de cette poussée pulsionnelle incontrôlable.
- Le Moi court dès lors le risque de destruction interne, c'est l'angoisse de morcellement.

- Jusque là, on a affaire à ce que l'on peut considérer comme des signes de risque de décompensation, l'adolescent se battant contre la bascule interne vers une « **schizophrénie simple** ».

- **Mais ensuite?**

- On connaît bien la fragilité persécutive de tout adolescent, même le plus normal.
- Il s'agit d'un mécanisme défensif efficace contre ce vécu de fragilité interne inacceptable.
- « Le danger ne vient pas de moi, il vient de l'autre, du dehors, et je dois m'en protéger à tout prix. »
- Normalement, l'adolescent garde une certaine souplesse adaptative dans ce mécanisme.

- L'adolescent en risque de psychose perd cette souplesse.
- Au sens strict, les enveloppes, psychique, mais aussi physique, sensorielle notamment, sont perméables.
- Le « contenu », hormonal et pulsionnel, est hors contrôle, mais aussi le « contenant » : pour preuve, les caractères sexuels secondaires qui émergent, et le regard des autres qui intruse!

- Les mécanismes projectifs n'ont plus qu'à se déployer: la paranoïa est sous-jacente.
- Comme la pulsionnalité adolescente n'est pas que sexualisée, mais aussi agressive, la bascule vers la violence est toute proche.
- Celle dirigée vers l'extérieur, mais aussi et surtout, celle, supposée, des autres sur soi.

- Cependant, dans le contexte encore peu organisé, voire anarchique de ce vécu adolescentaire, il ne s'agit pas de paranoïa au sens classique, mais d'un vécu paranoïde, encore mouvant, et plus ou moins inconsistant.
- Nous passons là aux prémisses d'une évolution « **schizoparanoïde** ».

10. Les Automutilations à l'Adolescence

Le problème de la définition

Quel nom donner à ce comportement?

- automutilation, autoagression, autooffence
- syndrome d'autoagression délibérée...
- self-injurious behaviour, self-mutilation
- NSSI: Non-Suicidal Self-Injury.

Une notion difficile à circonscrire:

- cpt direct ou indirect?
- cpt létal ou non? (dans les conséquences ou dans l'intention?)
- cpt répétitif ou isolé?
- cpt personnel ou « social »?

- Consensus plus restrictif mais précis pour le NSSI: « destruction directe et délibérée d'une partie de son propre tissu corporel, socialement désapprouvée, et ce en l'absence de l'intention de mourir »

- Retenons trois éléments supplémentaires, importants sur le plan clinique :
 - l'échec à résister à une impulsion,
 - la tension croissante préalable,
 - l'expérience de gratification ou de soulagement pendant le passage à l'acte.

! Encore une distinction clinique importante,
séparer les automutilations compulsives et
impulsives, mais ce n'est pas du tout évident...

Que cherchent vraiment ces jeunes?

- Soulager une tension intérieure est quasi la règle, par la vue du sang qui coule, par la transformation d' une douleur psychique insupportable en une douleur physique contrôlée (certains assurent toutefois ne pas avoir mal...?),

- Besoin irrépressible face à une angoisse ingérable, qui touche souvent aux fondements même de l'identité, l'attaque du corps permettant une reprise de contrôle du psychisme à la dérive,

- Retournement contre soi de l'agressivité vécue comme dangereuse si la colère qui la sous-tend s'exprimait contre autrui (souvent les proches, les parents qu'on aime par ailleurs...),

- Fondamentalement, attaque directe du corps, ce corps adolescent qui change tellement, et que l'on déteste parfois parce qu'il est source de tant d'incertitudes: l'attaquer, c'est le maîtriser, et le punir!

- A priori, pas d'idée suicidaire, et au contraire, panique si excès d'écoulement de sang p. ex., avec appel au secours (ce qui n'empêche éventuellement pas le même jeune de poser un acte suicidaire dans un autre contexte...)

- Caractère très variable de la dimension relationnelle de l'acte, entre exhibition et honte, dissimulation face aux parents et mode d'expression entre pairs (à comparer avec certaines tentatives de suicide à vocation d'appel au dialogue...)

- Parfois, expression d'une souffrance brute qui a marqué le corps, comme un abus sexuel dans le passé, avec le refus d'accepter ce corps sexué, qui rappelle constamment le trauma,

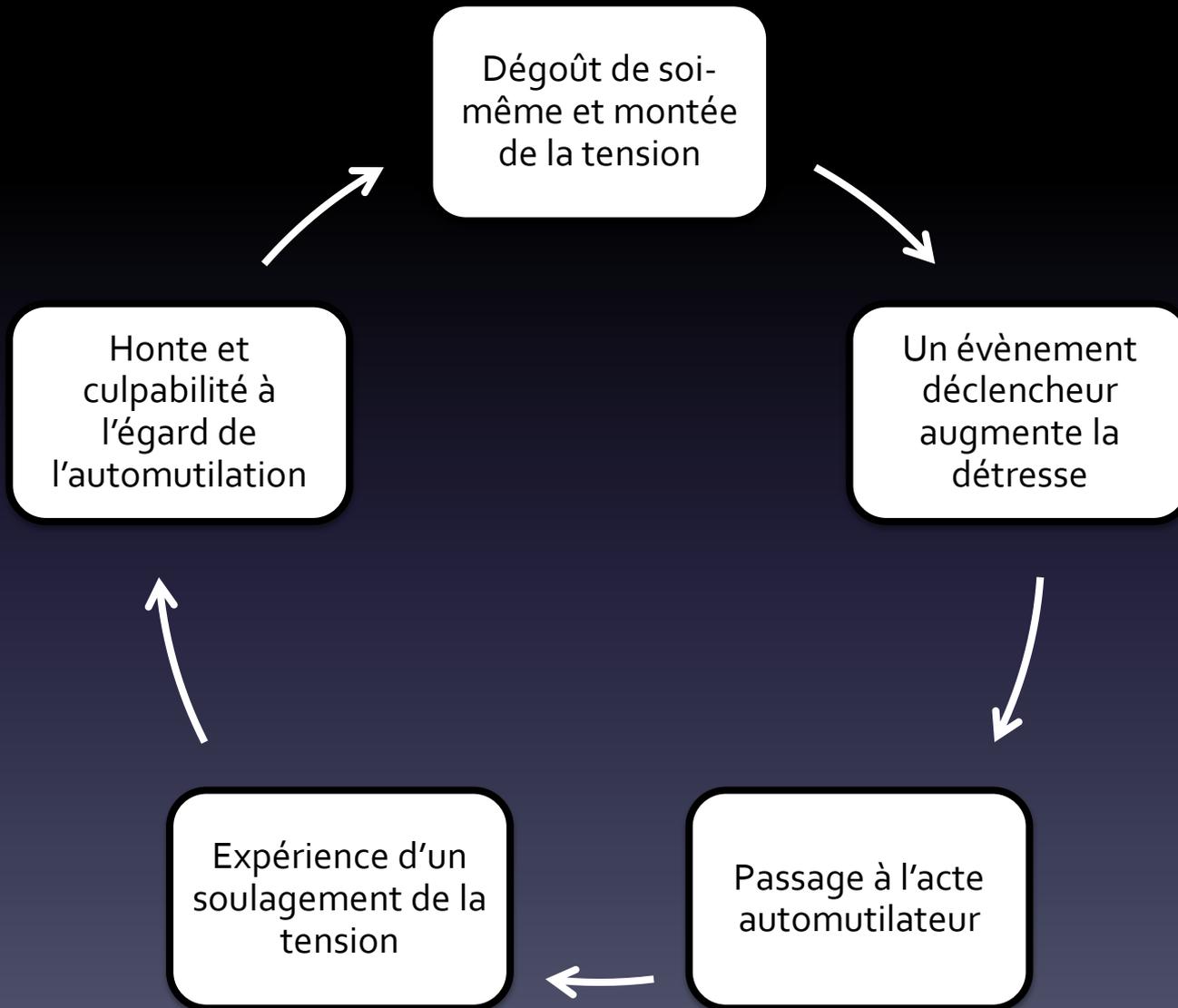
- Reste le problème de la contagion, propre à l'adolescence, par imitation des pairs: ce ne peut être un facteur causal, mais un agent facilitateur, notamment via les blogs et les multiples réseaux sociaux, où ce comportement est vécu et présenté comme une issue positive, (romantique?), au mal-être adolescente,

- Dans cette perspective, l'effet de mode n'est pas nul, mais limité à des jeunes fragilisés au départ; p. ex., la position « Emo » actuelle est un lointain avatar du mouvement punk, qui amalgame des traits gothiques noirs et des choix colorés, (rouges?): il s'agit d'un choix esthétique avant tout,

- Le recours à la scarification est un détournement de cette approche, par l'utilisation personnelle de ces références esthétiques, le sang rouge qui coule, une dramatisation critique du monde actuel....
- C'est toute l'adolescence écorchée qui se joue dans ces scénarios!

- Séquence comportementale classique dans les automutilations impulsives:
 - un événement déclenchant,
 - sur fond d'humeur dysphorique, morosité, tristesse, irritabilité.., voire de sentiment de dissociation,
 - conviction de se retrouver dans une impasse, avec l'envie de se faire mal , de façon irrépressible,
 - court laps de temps entre la décision et l'acte,
 - soulagement d'intensité et de durée variable.

Développement d'un comportement addictif en aval de cette séquence:



11. Anorexie / Boulimie

- Anorexie et boulimie sont les troubles alimentaires les plus fréquents à l'adolescence.
- Entités cliniques distinctes, mais avec des caractéristiques croisées, et surtout souvent associées.

Trois critères diagnostiques majeurs de l'anorexie

- Refus de maintenir un poids normal,
- Peur intense de grossir et estime de soi étroitement liée au poids,
- Perturbations significatives de la perception de la forme et du poids de son propre corps.

- Dénutrition délibérée, tant quantitative que qualitative,
- Pour les adolescentes, BMI < 16 en tenant compte de la morphologie,
- Dysfonctionnement physiologique et hormonal avec aménorrhée et frein du développement des caractères sexuels secondaires,

- Altération cognitive du jugement,
- Perturbation majeure de la représentation interne et de l'image du corps sexué,
- Mise en danger de la santé et même de la vie sans prise de conscience.

Trois critères diagnostiques de la boulimie

- Crises régulières de boulimie,
- Comportements compensatoires inappropriés (vomissements, laxatifs...),
- Peur intense de grossir et estime de soi étroitement liée à la forme et au poids du corps.

- Consommation rapide, impulsive et anarchique de nourriture en un temps limité,
- Quantité nettement supérieure à la normale,
- Réponse fréquente à la faim de l'anorexique, suivie de vomissements,
- A distinguer de l'hyperphagie, qui est une préoccupation constante de manger.

On voit que dans ces pathologies alimentaires, c'est plus que jamais l'image du corps sexué, désirant et désirable qui est en jeu.

La pulsionnalité se retourne contre ce corps qui échappe, et l'attaque dans ses fondements physiologiques, parfois jusqu'à la mort.