

# Psychiatrie et psychothérapie de l'adolescent en milieu hospitalier

Bernhard Grimmer<sup>a</sup>, Gerhard Dammann<sup>b</sup>

Psychiatrische Klinik Münsterlingen

<sup>a</sup> Therapeutischer Leiter Adoleszenzpsychiatrie

<sup>b</sup> Ärztlicher Direktor

## Quintessence

- La distinction traditionnelle et la scission artificielle entre la pédopsychiatrie d'une part et la psychiatrie de l'adulte d'autre part ne sont pas adaptées aux besoins thérapeutiques de l'adolescent.
- La psychiatrie de l'adolescent, qui s'impose de plus en plus comme un domaine à part entière au sein de la psychiatrie, permet une continuité thérapeutique et accorde une place centrale à la phase de développement et aux tâches développementales des patients adolescents.
- Des services spécialisés de psychiatrie-psychothérapie de l'adolescent voient le jour; ces services utilisent des éléments thérapeutiques spécifiques afin de faire accepter le traitement à ce groupe de patients souvent très ambivalents vis-à-vis d'un traitement et de relancer les processus de développement bloqués.

Il est déjà déploré depuis longtemps que la prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique hospitalière existante, qui s'appuie sur les deux domaines indépendants de la pédopsychiatrie (en règle générale, jusqu'à l'âge de 18 ans) et de la psychiatrie de l'adulte qui lui succède, conduit à une scission artificielle entre l'enfance/adolescence et l'âge adulte. En raison de cette scission, les besoins développementaux et thérapeutiques des patients en phase d'adolescence (tardive), c.-à-d. âgés de 16 à 25 ans, sont insuffisamment représentés dans le système de prise en charge.

Un problème connu réside dans l'absence de continuité thérapeutique au-delà de la majorité, ce qui est généralement à l'origine d'une rupture des relations thérapeutiques, particulièrement chez les patients souffrant d'une affection psychiatrique grave avec des cycles prolongés. Ce problème est d'autant plus grave qu'il survient à un âge auquel les patients n'acceptent que difficilement un traitement et se comportent de manière très ambivalente à cet égard.

D'une manière générale, l'adolescence est une phase de la vie particulièrement critique et de grande vulnérabilité, lors de laquelle les thèmes et crises narcissiques font partie du développement normal. Il devrait s'agir d'un tournant nécessaire pour résoudre les conflits et les traumatismes qui trouvent leur origine dans l'enfance. Souvent, les adolescents, même s'ils sont déjà légalement majeurs, présentent un retard, une immaturité et une juvénilité considérables sur le plan développemen-

tal. Habituellement, ils ne peuvent pas encore bénéficier des traitements de la psychiatrie adulte. La suppression des éléments pédagogiques de la pédopsychiatrie et l'obligation de se prendre en charge soi-même peuvent soit être à l'origine d'un sentiment de ne pas être à la hauteur soit donner lieu à des conflits répétés axés sur les règles ou les limites, qui se soldent souvent par des exclusions disciplinaires. Les patients adoptent souvent une attitude d'opposition systématique vis-à-vis de l'équipe thérapeutique, qui n'y est souvent pas préparée, et ils vivent de cette manière les conflits de séparation typiques à cet âge. Alternativement, il n'est pas rare que dans les services de psychiatrie adulte, ils endossent le rôle du «petit poussin» dont les patients plus âgés s'occupent, ce qui favorise les tendances régressives et retarde les étapes de maturation personnelle vers l'indépendance.

D'un autre côté, certains patients de 16 à 18 ans pourraient tirer des bienfaits d'un traitement commun avec de jeunes adultes mais, en raison de la structure de prise en charge, ils sont traités avec des adolescents nettement plus jeunes qui sont confrontés à d'autres tâches développementales, ce qui peut également déclencher une tendance régressive et une stagnation.

À côté des difficultés thérapeutiques décrites, qui résultent de l'organisation de la prise en charge, la phase de l'adolescence s'est prolongée en raison d'une mutation de la société, se traduisant par ex. par des modifications des structures familiales et des conditions de socialisation ou par des changements des exigences pour le développement d'une identité personnelle et professionnelle; il est dès lors devenu plus compliqué d'amorcer la réalisation des principales tâches développementales inhérentes à cette phase de la vie.

Enfin, il existe une série de troubles qui se manifestent pour ainsi dire typiquement durant l'adolescence tardive et qui peuvent s'aggraver (psychoses précoces, dépendances, boulimies, phobies sociales, etc.) ou se révéler différemment (dépressions, troubles de l'attention, comportement antisocial, etc.).

Au cours de ces dernières années, en raison des problèmes évoqués, la psychiatrie et la psychothérapie de l'adolescent s'est davantage imposée comme un domaine à part entière au sein de la psychiatrie. Des associations sont formées, des congrès sont organisés autour de ce thème et des secteurs ou services dédiés sont créés dans les cliniques; il en sera question plus en détails dans la suite de cet article. En 2009, un manuel complet sur la psychiatrie de l'adolescent a pour la première fois été publié dans l'espace germanophone [1].



Bernhard Grimmer

Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

## Développement normal et perturbé durant l'adolescence

La phase de l'adolescence est caractérisée par des tâches développementales spécifiques:

1. Séparation avec les parents et redéfinition de la relation parents-enfant;
2. Intégration dans un groupe de pairs du même âge en tant que nouveau système de référence, afin d'y mener une vie propre et distincte de celle des parents (mode, musique, langage);
3. Travail d'acceptation progressive de la maturité physique et des changements physiques (corps sexué, identité sexuelle, gestion des pulsions instinctives);
4. Intégration de l'intimité et de la sexualité dans les premières relations intenses avec des personnes du même sexe ou de sexe opposé;
5. Développement d'une identité (professionnelle) et de buts existentiels;
6. Développement de la confiance en soi et d'un système de valeurs propre.

Ce n'est pas tant l'atteinte d'un certain âge mais surtout la manière dont ces tâches sont gérées et dont les conflits émergents sont résolus qui détermine si cette transition se fait avec succès.

L'adolescence est une phase de bouleversement bio-psycho-social. Elle est empreinte d'une alternance régulière et rapide entre des tendances régressives avec de forts souhaits de dépendance et des tendances progressives avec de fortes aspirations à l'autonomie. Parallèlement, les conflits de pouvoir entre les générations s'accroissent lorsque les adolescents luttent pour acquérir une position propre à mi-chemin entre l'auto-détermination et la soumission à des normes et règles déterminées par autrui. La maturation sexuelle et les changements physiques déclenchent souvent d'importants conflits de honte,

**Au cours de l'adolescence, les thèmes et crises narcissiques font partie du développement normal**

ainsi que des crises d'estime de soi. Les adolescents sont en proie à une vulnérabilité narcissique prononcée et à des crises identitaires passagères avec une suicidalité accrue. Les processus de maturation cérébrale et les changements hormonaux conduisent en premier lieu à un dérèglement affectif et, uniquement au cours de l'adolescence tardive, à une amélioration des fonctions exécutives et de commande; l'autorégulation affective et le contrôle des impulsions peuvent donc être limités.

Lorsque les processus de développement «dérailent», ils peuvent prendre la forme de crises d'adolescence graves [1], qui sont caractérisées par les éléments suivants:

- Les drogues, l'alcool ou les jeux vidéos deviennent des facteurs pseudo-identitaires majeurs de l'autorégulation et du bien-être;
- Évitement des relations avec des adolescents du même âge ou promiscuité sexuelle;
- Refus d'aller à l'école ou de suivre une formation et perte totale d'intérêt pour les activités sociales ou sportives;

- Haine des parents avec lutte virulente contre les valeurs et règles familiales de base;
- Prédominance d'angoisses prononcées, d'une incapacité à savourer la vie et d'une apathie liée à une humeur dépressive;
- Comportement très excentrique avec pensées désordonnées, idées suicidaires et éventuellement, automutilation.

Le taux élevé de suicides chez les adolescents témoigne également de leur grande vulnérabilité narcissique. A ce stade, les adolescents sont particulièrement vulnérables à certains traumatismes ou vexations importantes, dont les répercussions peuvent être très négatives.

Un autre phénomène observé chez les adolescents est l'amok (folie meurtrière, le plus souvent dans les écoles [*school shooting*]), qui touche le plus souvent les garçons adolescents sans expérience de couple et qui peut généralement être mis en relation avec d'importants sentiments d'infériorité et des accès narcissiques-schizoïdes [3]. Une vulnérabilité narcissique, qui a probablement été acquise durant l'enfance et qui ressurgit à nouveau durant l'adolescence, donne à ces jeunes criminels l'impression qu'ils sont indésirables et exclus et qu'ils n'ont pas de perspectives de développement; ils compensent alors ces sentiments par de la haine et de la colère.

## Neurobiologie de l'adolescence

Il est aujourd'hui avéré, sur la base de résultats d'imagerie médicale [4], que des processus neurobiologiques fondamentaux se produisent durant l'adolescence. Ces processus sont également de plus en plus incriminés dans des formes spécifiques de la cognition sociale, comme celles retrouvées durant la puberté. Tout comme la propension à des émotions et à des réactions émotionnelles «excessives», la grande sensibilité vis-à-vis d'un rejet potentiel ou les difficultés d'empathie cognitive sont aujourd'hui comprises dans ce contexte neurobiologique, renforçant encore davantage la problématique d'une phase empreinte de crises personnelles et de désarroi. La psychiatrie et la psychothérapie de l'adolescent est un domaine connaissant un grand essor, dans lequel la psychologie développementale, la neurobiologie et la pratique clinique sont complémentaires. Les résultats de ces recherches auront dans le futur certainement aussi des implications considérables pour la formation, l'éducation, la prévention en termes de santé et le système pénal en relation avec ce groupe d'âge.

**La phase de l'adolescence est caractérisée par des tâches développementales spécifiques**

La phase de l'adolescence est caractérisée par des tâches développementales spécifiques

## Traitement psychiatrique et psychothérapeutique hospitalier durant l'adolescence

Dans la pratique psychiatrique, lors du diagnostic différentiel, la question se pose toujours de savoir si le pa-

tient souffrir d'une crise d'adolescence grave ou d'un trouble psychique spécifique au sens de la CIM-10. En raison des symptômes certes passagers mais parfois d'allure dramatique, il peut être difficile de faire la distinction avec une personnalité émotionnellement labile débutante ou, en cas de retrait social et dépressif, avec le stade prodromique d'un trouble psychotique. Concernant la consommation de drogues et d'alcool, il convient de vérifier exactement s'il s'agit déjà d'une dépendance ou alors d'une consommation abusive temporaire dans le cadre de processus de quête identitaire ou de mise à l'épreuve des limites (sociales, physiques et psychiques). Parmi les adolescents traités en milieu hospitalier en Suisse, une consommation tout du moins temporaire de cannabis avant l'admission à la clinique est aujourd'hui la règle. Par ailleurs, une affection psychiatrique existante ou débutante peut encore davantage compliquer la gestion des tâches comportementales à venir.

À côté des manifestations primaires d'affections psychotiques, les troubles suivants sont des motifs typiques d'admission d'adolescents dans des cliniques psychiatriques:

- troubles alimentaires graves, qui sont déjà présents depuis longtemps ou sont accompagnés d'importants conflits familiaux (essentiellement chez les jeunes femmes);
- états persistants depuis des années de retrait social et d'attitude de refus, évasion dans des mondes imaginaires (jeux vidéo, Internet), décrochage scolaire ou arrêt de formation, symptômes dépressifs, souvent avec somatisations, suicidalité ou tentative de suicide (souvent chez les jeunes hommes);
- escalade des conflits sociaux, souvent au sein de la famille, allant jusqu'à des accès de violence avec mise en danger et blessure de soi-même et d'autrui, souvent sous l'emprise de l'alcool chez des adolescents ayant des difficultés à contrôler leurs impulsions et une capacité d'autorégulation émotionnelle amoindrie (ce cas de figure s'observe traditionnellement en majorité chez les hommes mais s'observe également de plus en plus chez les femmes depuis quelques années);
- conduites impulsives auto-mutilatoires ou suicidaires en réaction à des conflits relationnels (principalement chez les jeunes femmes).

Les services hospitaliers spécifiques de traitement psychiatrique et psychothérapeutique pour adolescents devraient recueillir des patients âgés d'env. 16 ans jusqu'à au moins 25 ans, afin de garantir une continuité relationnelle et thérapeutique. Dans ce contexte, l'âge formel est moins déterminant que la maturité physique et psychique et que les prochaines tâches développementales à résoudre. Les particularités suivantes doivent être prises en compte:

#### *Les adolescents présentent des barrières développementales de communication verbale*

Les transformations cérébrales survenant durant l'adolescence se déroulent de manière asynchrone: les perceptions et le contrôle des mouvements sont assez rapidement matures, tandis que la langue et l'orientation spatiale nécessitent plus de temps. Entre-temps, la ca-

pacité de reconnaissance des émotions régresse et les décisions impulsives sans prise en compte des conséquences augmentent.

La forme d'expression et de communication typique à l'adolescence repose sur la simulation mentale, ce qui est sans cesse à l'origine de conflits dans les services de soins. Par exemple, lorsque les patients éprouvent une grande peur ou tristesse durant un traitement, ils n'expriment souvent pas leurs sentiments, mais arrêtent le traitement. Considérer d'une manière unilatérale qu'un tel comportement traduit une absence de motivation thérapeutique n'est pas productif. Il est bien plus bénéfique d'encourager la capacité d'auto-réflexion et la communication verbale volontaire et de proposer suffisamment d'offres thérapeutiques centrées sur les expériences et les activités, dans lesquelles les patients peuvent apprendre à se connaître eux-mêmes et à s'exercer par le biais des possibilités d'expression et de communication qui leurs sont données.

#### *Transfert du conflit de séparation de l'adolescent sur l'équipe thérapeutique*

Les patients ont souvent pendant une longue durée une attitude ambivalente vis-à-vis du traitement. L'établissement d'une relation thérapeutique nécessite un engagement et peut éveiller à la fois des peurs et des désirs de dépendance ainsi que des souhaits de prise en charge. Ainsi, des liens étroits avec l'équipe soignante peuvent à la fois être recherchés et évités. Cette ambivalence est caractéristique du traitement des adolescents et elle peut s'accompagner d'une alternance rapide d'attachement et d'intensification de la relation allant jusqu'à un agrippement d'une part et de détachement soudain et de repoussement du soignant d'autre part. Le développement d'un état de confiance et la propension à s'ouvrir nécessitent beaucoup de temps. Pendant longtemps, les médecins traitants et les thérapeutes sont plongés dans l'incertitude quant à la manière dont le patient se sent vraiment.

Le transfert du conflit de séparation peut impliquer d'importants processus de désidérialisation et de dévalorisation de l'équipe soignante ou d'un de ses représentants ainsi que des attitudes de refus, des transgressions des règles et d'autres provocations. Ces comportements ne doivent pas être interprétés à la hâte comme l'expression d'une psychopathologie majeure, mais comme des transferts et des étapes développementales importantes vers un changement des représentations juvéniles des parents comme puissants et idéalisés à outrance. Fatalement, l'adolescent attribue aux membres de l'équipe thérapeutique les fonctions et les tâches pédagogiques des parents pour, par la suite, les critiquer et les « combattre » dans ces fonctions. Les conflits entre les membres de l'équipe et les patients sont par conséquent inévitables et ils devraient être considérés comme une composante intégrante du traitement et être résolus de manière constructive.

---

Des processus neuro-biologiques fondamentaux se produisent durant l'adolescence

---

### *Narcissisme primaire, comportements à risque et transgression des limites durant l'adolescence*

Les processus de séparation des parents conduisent généralement à un narcissisme primaire accru et à une disposition à des processus dépressifs narcissiques. Il en résulte souvent une suicidalité plus prolongée, voire quasi permanente, accompagnée d'une perte du contrôle de soi-même. La conclusion d'accords contraignants et la vérification permanente de la capacité d'alliance sont dès lors essentielles mais en même temps difficiles, comme mentionné. Il convient également de s'attendre à des comportements à risque particuliers, par ex. lors des activités de loisirs, pour lesquels le potentiel d'auto-nuisance et de nuisance à autrui doit également être évalué.

**Les services hospitaliers spécifiques pour adolescents devraient accepter des patients âgés de 16 ans jusqu'à au moins 25 ans**

Les transgressions de limites sont régulières: les jeunes femmes enfreignent plus souvent les limites relationnelles et portent atteinte à leur propre corps, tandis que les jeunes hommes ont plutôt tendance à transgresser les limites et les règles des institutions. Une fonction essentielle des services spécialisés pour adolescents consiste d'une part à fixer un cadre strict avec des règles et des limites et d'autre part, à être préparés à des transgressions de ces règles et à des provocations. La possibilité de se frotter aux limites de l'équipe et de l'institution peut renforcer la conscience de l'adolescent de ses propres forces et de ses propres limites. Les traitements forcés et les mesures contraignantes constituent un problème particulier dans la psychiatrie de l'adolescent, qui ont finalement aussi des implications éthiques [4].

### *Signification du groupe de pairs durant l'adolescence*

Pour les adolescents, le groupe de pairs constitue le système de référence central. Il leur sert à s'affirmer et à être reconnus. Le groupe de pairs composé d'adolescents du même âge fait office de contrepoids pour les adolescents et leur donne la possibilité de se retirer des relations avec l'équipe thérapeutique, facilitant ainsi la réalisation de processus de séparation essentiels. Dans le contexte du groupe de pairs, l'apprentissage social et la formation identitaire se déroulent par confrontation avec les conceptions de la vie et les comportements des autres. La panoplie des modalités thérapeutiques en milieu hospitalier pour adolescents devrait donc tout particulièrement inclure des traitements de groupe. La dynamique de groupe peut être constructive et favoriser le développement, mais elle peut également avoir des effets destructeurs. En groupe, les patients peuvent expérimenter l'appartenance, la complicité, la responsabilité, la confiance et l'espoir, mais ils peuvent également être confrontés à la marginalisation, à l'isolement, à la concurrence, à la rivalité et à la jalousie. Chez les adolescents, il existe toujours le risque que des thèmes comme la suicidalité, la consommation de drogues ou des événements traumatiques soient uniquement abordés avec les autres patients et qu'ils ne soient pas ou uniquement tardivement abordés dans le cadre du traitement, notamment à cause de conflits de loyauté.

D'un autre côté, les adolescents peuvent également s'encourager mutuellement à utiliser les propositions thérapeutiques et relationnelles de l'équipe. Dans tous les cas, les services de soins pour adolescents devraient disposer d'un espace, dans lequel règne une culture où les patients peuvent parler ouvertement et en public de la suicidalité, de l'auto-mutilation et d'autres transgressions de limites, le but étant de contrecarrer la tendance des adolescents à aborder ces thèmes en cachette dans le groupe de pairs. En raison de la signification des groupes de pairs, de l'incertitude identitaire des patients et du comportement d'imitation qui en résulte et de leur suggestibilité, les adolescents sont plus à risque de se laisser entraîner dans des actes destructeurs – pouvant aller jusqu'au suicide encouragé dans les «forums de suicide» sur Internet – («effet Werther»).

### *Inclusion de la famille*

Tout comme dans la pédopsychiatrie, l'inclusion des parents et de la famille dans le traitement est très importante, ce qui a été démontré empiriquement [5]. En règle générale, des conflits massifs entre les parents et l'adolescent ont eu lieu avant l'admission à la clinique; ces conflits peuvent être décortiqués lors de discussions avec la famille à la clinique. Il s'agit souvent de rétablir la communication entre les générations et de remettre en route les processus de séparation qui étaient restés coincés des deux côtés.

### *Préparation du traitement ambulatoire*

Le séjour hospitalier intensif dans un service spécialisé n'empêche en général pas un traitement ambulatoire par la suite, mais au contraire il le facilite grâce à une définition des priorités et à une clarification du cadre psychosocial et des compétences. L'intérêt d'un accompagnement à long terme et de processus prolongés est tout particulièrement évident dans la psychiatrie de l'adolescent [5]. Il est fréquent que des situations à première vue «désespérées» aient un pronostic étonnamment bon.

### **Correspondance:**

Dr phil. Bernhard Grimmer  
Therapeutischer Leiter  
Adoleszenzpsychiatrie  
Psychiatrische Klinik  
CH-8596 Münsterlingen  
[bernhard.grimmer@stgag.ch](mailto:bernhard.grimmer@stgag.ch)

### **Références**

- 1 Fegert, J, Streeck-Fischer, A, Freyberger, H. *Adoleszentenpsychiatrie*. Stuttgart: Schattauer, 2009.
- 2 Langman, P. *Amok im Kopf*. Warum Schüler töten. Weinheim: Beltz, 2009.
- 3 Burnett S, Sebastian C, Cohen-Kadosh K, Blakemore S-J. The social brain in adolescence: Evidence from functional magnetic resonance imaging and behavioural studies. *Neuroscience and Biobehavioural Reviews*; in press.
- 4 Branik E. Auswirkungen von Zwangsbehandlungen und -massnahmen auf die klinische und Beziehungsarbeit in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Schweizer Archiv Neurologie Psychiatrie*. 2004;155:118–24.
- 5 Seiffge-Krenke I. "Beyond efficacy": Welche Faktoren beeinflussen die Effizienz analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Therapien bei Jugendlichen? *Forum Psychoanal*. 2010;26:291–312.