

Adolescence : psychopathologie et principes de prise en charge 03-04-08

La prise en charge des adolescents consommateurs de substances doit prendre en compte les enjeux psychopathologiques de l'adolescence elle-même.

Nécessaire aménagement du cadre, compte tenu de l'importance dévolue à la réalité externe (notion d'espace psychique élargi)

L'utilisation prévalente et durable de la réalité externe à des fins de « sauvegarde de l'identité » rend compte de **l'importance que revêt chez ces patients la recherche d'histoires et de modèles identificatoires pour colmater leurs failles narcissiques, recherche qui n'est pas sans danger surtout à l'adolescence** (Kestemberg 1962). « **L'adolescent en quête d'une identité et d'une nouvelle représentation de lui-même est particulièrement sensible à l'image de lui-même que lui renvoient les autres.** Cet effet de miroir le rend dépendant des catégories dans lesquelles son comportement, pourtant labile à l'origine, peut l'enfermer. A cet égard toute catégorisation de la part des adultes est dangereuse (les drogués, les délinquants...), car elle favorise la formation de ghettos en donnant à l'adolescent un modèle ainsi que le sentiment d'appartenir à une famille ; nouvelle famille qui a des chances de n'être qu'un ersatz de la première et d'éviter toute véritable séparation d'avec elle » (Jeammet 1980, p. 490).

Le danger, à l'adolescence mais aussi après, est donc de « figer » tout comportement, tout symptôme en une identité durable et définitive. Chez les patients avec des addictions, un idéal, une croyance ou une identité de surface peuvent devenir des objets de complétude narcissique. Le risque serait pour les patients d'entretenir avec ces objets une **relation fétichique**, c'est-à-dire de les désaffecter, de les dévitaliser, de les rendre immuables et inaltérables pour garantir leur continuité narcissique (Kestemberg 1978, Jeammet 2000a).

Danger de cette « appropriation non critique » des modèles : « Certains adolescents adhèrent à cette identité fabriquée par le socius et véhiculée par des signifiés idéologiques (...), ils s'accrochent à ce qu'on leur dit qu'ils sont : anorexique, toxico... puisqu'un sens est introuvable car non incarné dans les idéaux collectifs ou intrafamiliaux. Ils collent aux maladies sociales, c'est-à-dire à des « clichés », des stéréotypes de maladies occidentales. (...) Ce qualificatif de « cliché » (au sens de pathologie du self) ne doit pas être entendu dans un sens péjoratif, mais devrait bien faire mesurer l'intensité de la solitude morale (du vide, de l'écart avec soi), de la carence narcissique, du manque-à-être de ces adolescents et de leurs familles. Le « cliché » évoque des personnages à deux dimensions, auxquels manquent cruellement une densité qui ne soit pas une simple épaisseur (la richesse de la complexité intérieure) et l'histoire (c'est-à-dire la durée et la perspective) » (Corcos 2000, p. 35). Un des risques évolutifs pour Corcos (2000) de ces conduites est la création d'une « **identité de compensation** », voire d'une « **identité d'emprunt** ». « Dans certaines conduites addictives, très rapidement, la maladie ne tient pas seulement lieu de culpabilité, comme dans bon nombre de névroses, mais d'identité de compensation face à un vide identificatoire » (Corcos 2004, p. 490).

Il faut rendre tolérable à l'adolescent ce dont il a besoin : éviter des défenses anti-objectales et des comportements marqués par l'emprise.

Ce mode de fonctionnement a des implications importantes sur les attitudes thérapeutiques. « Toute la difficulté résidera dans la nécessité de solliciter une appétence objectale rendue tolérable sans le recours aux aménagements addictifs » (Jeammet 1997, p. 53).

Dans une relation thérapeutique, existe toujours un **risque de rupture du lien** ou au contraire l'urgence de rétablir au plus vite un contact avec l'objet. « Urgence qui rappelle par son intensité l'angoisse qui souvent précède les séparations, que cette angoisse soit perçue et reconnue ou qu'elle se traduise par le sentiment que la densité et l'épaisseur du temps passé ensemble disparaissent pour ne laisser au devant de la scène que le drame de ce qui est vécu comme une perte inéluctable. Quelles que soient la durée et la qualité du temps passé ensemble, ne compte que l'acuité du moment de la séparation » (Jeammet 2000a, p. 99).

Sur le plan psychothérapeutique, risque de séduction et menace d'effraction. D'où importance de la **distance**. Deux écueils : défense par le transfert (risque de surinvestissement du thérapeute), défense par l'agir.

Travail sur les limites et les facteurs de différenciation : différenciation entre dedans et dehors, entre les intervenants externes qui s'offrent à son investissement, différenciation aux niveaux des instances et des représentations du monde psychique interne. Cette différenciation va permettre une symbolisation. Diffraction du transfert pour éviter risque de rupture du lien ou de collage adhésif.

D'où **la diversification et la complémentarité des intervenants, des lieux institutionnels et des approches sont une nécessité mais la contrepartie en est une nécessaire cohérence dans la diversité. Cette cohérence fait elle-même fonction de tiers et de limite.**

Prises en charge bi ou pluri-focales.

Nécessité d'avoir un **référént pour la réalité externe**, les **parents**, l'école, les différents intervenants, les éventuelles prescriptions médicamenteuses et c'est lui qui organise l'ensemble de la prise en charge (thérapie individuelle, familiale, de groupe...). Constitue le garant narcissique du projet thérapeutique, pose les limites, exprime les exigences, contient les processus pulsionnels (fonction de pare-excitation). Les passages à l'acte peuvent être repris, figurés. Un cadre thérapeutique peut être posé. Cet intérêt porté par le consultant pour les soins et la reconnaissance des besoins de l'adolescent par son intériorisation progressive constituera un moyen de régulation interne permettant le contrôle de l'addiction. Capacité à s'engager activement auprès de l'adolescent, sollicitant son envie de comprendre, expliquant les bienfaits de la thérapie, soutenant sa motivation dans les mouvements de crise.

A l'opposé le psychothérapeute...

Le but : reconnaissance et identification de la souffrance psychique à laquelle est venue répondre la conduite addictive, par la reconnaissance et la formulation des éprouvés émotionnels.

Prise en charge de la famille indispensable. Elaboration commune, soulager les parents de leur blessure narcissique, travailler leur culpabilité, les liens de filiation, éviter les contre-attitudes vis-à-vis de la psychothérapie, clarifier aussi certains comportements paradoxaux.

Diffraction du transfert pour rendre tolérable les investissements mais attention au risque de clivage.

Importance d'offrir des zones transitionnelles, pour que se développe une aire d'échanges et de plaisirs partagés.

Importance de la méconnaissance.

Plus ils disent qu'on ne les intéressent pas, plus ils sont attachés à nous.

Importance des tiers dans la relation, intérêt de recevoir à deux les adolescents.

Ne pas attendre de demande, ne pas en faire un préalable dans la démarche de soins : **le plus grand danger est d'obliger l'adolescent à exprimer son désir** (exemple clinique, jeune fille 16 ans, consommation de cannabis et alcool, éléments phobiques importants qui dit qu'elle préfère elle-même avoir des rendez-vous fixés avec sa thérapeute que d'entendre : si vous n'allez pas bien, vous pouvez venir me voir).

Importance d'avoir des exigences, favoriser une certaine méconnaissance.

Echanges cliniques nécessaires

En conclusion, cet aménagement permet :

- une diffraction possible des investissements rendant le transfert plus tolérable,
- une opportunité de différencier les investissements, celui du référént, susceptible de servir de garant à la continuité narcissique du patient et à son étayage et celui du thérapeute, plus ouvert à la conflictualité
- une inscription dans la réalité externe d'une différenciation entre deux thérapeutes
- une possibilité par cette différence même que les thérapeutes puissent être utilisés comme support et extériorisation d'un fonctionnement psychique interne qui n'arrive plus à jouer son rôle.

Modalités de la prise en charge psychanalytique des addictions à l'adolescence

Comprendre l'enjeu de la relation thérapeutique

Ce qui se joue :

-Intensité des mouvements et des enjeux relationnels dans ces prises en charge,
-alternance de mouvements contradictoires (idéalisations/désidéalisations, omnipotence/impuissance) -
réponses en miroir induites par de tels patients dans les équipes.

Spécificités : plus de conduites agies au détriment des capacités de mentalisation, incapacité à tolérer des mouvements régressifs trop intenses : aménagement du cadre et de la nature des interprétations.

De la cure à la relation sécurisée

Tentative de reproduction dans la réalité externe d'un appareil psychique qui ne joue pas son rôle.

Suivi psychiatrique :

Renarcissation par étayage sur un lien thérapeutique valorisé

Reconnaissance, nomination et communication des affects en particulier ceux qui concernent l'image de soi, les vécus d'humiliation, d'abandon, de dévalorisation ou de honte.

Les deux sont liés et c'est l'articulation entre les 2 avec le plaisir retrouvé ou découvert des processus associatifs et de découverte de soi que surgit une libidinisation du fonctionnement psychique.

Le réinvestissement d'un plaisir à fantasmer et à échanger est d'autant plus acceptable qu'il peut s'opérer à l'abri d'une méconnaissance d'un lien à une personne.

Prescription médicale et demande

Fonction de méconnaissance et fonction tierce.

La prescription a aussi le mérite de rappeler la fonction du symptôme dans l'économie psychique.

Il faut réintroduire du sens et du relationnel là où le patient fonctionne dans le clivage, la désobjectalisation.

Notion de **demande**. L'attendre ou pas ?

Conclusion

Considérer la conduite addictive comme une tentative d'aménager une relation aux objets externes auxquels est dévolue une fonction organisatrice de l'équilibre psychique interne a des conséquences concrètes sur les approches et les attitudes thérapeutiques.

Toute la difficulté résidera dans la nécessité de solliciter une appétence objectale rendue tolérable sans le recours aux aménagements addictifs.

Cette fonction est **contenante et liante (ouverture du sujet à son monde interne)**.

L'institution soignante sera rapidement confrontée à la problématique de dépendance de ces patients. Il faut qu'elle puisse faire face à la répétition des symptômes, en reconnaissant et nommant la souffrance psychique sous-jacente et en privilégiant les potentialités évolutives de l'adolescent pour ne pas entériner une évolution inexorablement péjorative.

Il faut redonner à l'appareil psychique sa fonction d'élaboration des conflits, d'aménagement des contraintes internes et externes et de protection du sujet. Cet objectif est tjs à venir et ne doit pas peser comme un idéal contraignant.

L'adolescence (Jeammet 1994 in Traité de Psychopathologie)

L'étymologie même d'adolescence par sa référence à la croissance suggère l'idée de changement.

Un sujet qui a déjà le poids d'une histoire se trouve confronté sur une période restreinte à des changements imposés :

- **son corps propre par la puberté**
- **son statut psychosocial par la reconnaissance progressive d'une autonomie**

L'adolescence est exemplaire de l'articulation entre **l'histoire d'un sujet** (le passé, l'héritage transgénérationnel génétique ou fantasmatique), **sa structure psychique** (de son appareil psychique mise en place pendant la 1^e enfance) et **la conjoncture** (physiologique, psychosociale, environnementale en particulier social et familial).

Dans un 1^{er} temps, l'adolescence a été décrite à la fois comme l'achèvement du développement de l'enfant et comme le temps de tous les bouleversements, comme le temps de la crise.

Question du normal et du pathologique.

La crise peut aussi être vue comme le point d'aboutissement d'un processus de maturation.

Même Freud hésite entre changement et continuité, penchant plutôt en faveur de la continuité : c'est l'accès au stade génital et elle éclaire les étapes antérieures du développement et en donne sens « après-coup » à certaines expériences infantiles.

L'adolescence est restée longtemps « parent pauvre de la psychanalyse » (A. Freud).

Le changement le plus spécifique de l'adolescence ne serait-il pas l'articulation entre 2 exigences : l'intégration d'un corps génitalement mature et l'accès possible à une autonomie.

Ce qui change à l'adolescence

Le début est simple à voir, la fin beaucoup plus compliqué à identifier.

1-Le corps

Double appartenance au monde psychique interne et à la réalité externe. Il est partie intégrante de la représentation de soi mais il est aussi perçu comme étranger.

La psyché assiste impuissante aux modifications du corps.

Incarné la nécessité de la sexualité, de se soumettre aux apparences corporelles et de s'inscrire dans une filiation.

Il échappe à la maîtrise du Moi. Il montre ce que le sujet souhaiterait cacher. Il montre les ressemblances avec les parents.

C'est aussi un corps incestueux, fruit de l'union des parents, représentant privilégié de la scène primitive.

En attaquant son corps, c'est souvent avec ses parents que l'adolescent règle ses comptes.

Peut aussi servir à maintenir une identité défaillante : avoir le droit de le détruire, d'en disposer à sa guise...

Besoin de réappropriation du corps propre, voire d'auto-engendrement : marques corporelles, vêtements...

2-Le statut

Beaucoup de déterminants. Le groupe social (« Tu quitteras ton père et ta mère ») aménage la mise en œuvre des interdits de l'inceste et du parricide.

L'image que la société renvoie à l'adolescent situe son avenir en dehors de la famille. Aménagement dans le droit : accès à la majorité...

L'adolescent est ainsi obligé de s'interroger sur ses capacités à assurer son autonomie.

3-Les attitudes

Emergence de comportements en rupture avec les conduites antérieures. Surtout dans les relations d'intimité avec l'entourage proche, surtout avec les parents. Le familial est volontiers repoussant. Mise à distance physique.

D'où **conduites d'opposition**. Comportements « originaux » avec nombreuses identifications possibles (romantique, délinquant...).

Les caractéristiques communes :

- brutalité des changements d'attitude
- intensité, voire violence. Implication de l'ado en tout ou rien.
- paradoxalité fréquente
- recherche d'une nouvelle distance

Phénomènes d'attraction - répulsion d'autant plus marqués que la personne est investie.

2 voies possibles pour **aménager la distance** : l'espace psychique ou l'espace externe, le rêve ou l'action. Mais attention, il existe des agirs intériorisés.

L'agir interne ou externe offre une voie de décharge à la place du travail psychique.

Le contrôle de l'espace est plus simple que le contrôle du temps. C'est plus simple de s'opposer pour se différencier que d'aménager une relation d'ambivalence.

Opposition dialectique entre temps et espace, comme entre réalité externe et réalité interne.

La nature des changements

1-L'adolescence comme répétition

Freud : après coup pubertaire. Réactualisation de paramètres de l'enfance, notamment l'Œdipe.

Tout serait déjà en place.

Le changement n'est pas d'ordre structural, le changement c'est la possibilité de la mise en acte de ce qui était déjà contenu en germe chez l'enfant : l'inceste et le parricide sont devenus physiquement possibles.

(Chaque phase reprend les données de la précédente et les réactualise sous le primat de la zone érogène dominante et des modalités nouvelles de la relation d'objet).

Mais aussi répétition d'angoisses plus archaïques : notamment l'angoisse de séparation, angoisses de destruction des objets internes...

Il y a du changement puisque ces éléments clivés ou refoulés deviennent en partie conscients. Potentialité traumatique et donc désorganisatrice du Moi.

L'adolescence est susceptible d'effacer le travail psychique de la phase de latence. Le Moi est devenu vulnérable par le relatif effacement du refoulement et de ce fait soumis à la double contrainte interne des désirs en quête de réalisation et externe d'un environnement excitant.

Ce qui rend compte de l'aspect déroutant ou paradoxal des ados.

2-L'adolescence comme deuil

A. Freud et M. Malher : 2nd processus de séparation - individuation.

Tâches développementales : intégration du corps pubère avec achèvement des identifications sexuées, autonomisation et séparation d'avec les objets parentaux.

E. Kestemberg. Mise en place des identifications secondaires. Identité.

Le deuil est plus celui d'un type de relation, plutôt que celui à des personnes globales.

Pour la majorité des ados, le lien avec les objets parentaux est suffisamment établi pour qu'ils puissent opérer des déplacements d'investissement sur de nouveaux objets sans être confrontés à une angoisse de perte. **Le deuil, plutôt à voir comme une menace, ne concernerait que les ados les plus fragiles.**

Une tâche à l'ado (P. Blos) : **résolution de la phase négative de l'Œdipe**, ce qui rend compte de la fréquence des attitudes hostiles ou agressives avec le parent du même sexe.

3-L'adolescence comme processus actuel de changement structural de la personnalité

L'adolescence a-t-elle une identité propre qui ferait que la nature des changements qui l'affecteraient seraient susceptible d'imprimer une marque spécifique sur l'évolution et le destin des sujets ?

Met à l'épreuve les axes O et N, les conflictualise et peut les faire apparaître antagonistes.

3 ordres de chgt :

- déplacement des investissements laissés libres par le détachement des objets infantiles
- processus d'achèvement des identifications et d'intériorisation susceptible d'assurer l'autonomie nouvelle
- impact de ce mouvement d'autonomisation sur l'équilibre narcissique actuel

4-L'adolescence comme facteur de déséquilibre

Rapports entre **réalité externe et réalité interne** réinterrogés.

La réalité externe sert de support à plusieurs mécanismes psychiques :

- la projection (avec la réintrojection)
- l'extériorisation : notion d'espace psychique élargi (Jeammet). Psychodrame.
- l'étayage
- le contre-investissement de la réalité interne

Ce jeu est déséquilibré.

La puberté est un facteur d'excitation, de déséquilibre quantitatif mais aussi qualitatif entre les différents systèmes d'organisation du fonctionnement psychique.

2 facteurs :

- **la qualité des assises narcissiques** (cf. psychopatho des addictions)

Une instance intrapsychique est chargée de prendre le relais de cette fonction narcissique des parents : c'est l'Idéal du Moi. Perspective dialectique avec le Surmoi. L'Idéal du Moi est tributaire du monde externe. Risque de rejet s'il est confondu avec celui des parents ou s'il est surinvesti par eux. Importance des supports sociaux de cet Idéal.

Défenses narcissiques : pas tant la projection, le clivage ou le déni mais mécanismes qui dissocient affect et représentation par disqualification des contenus et usage du paradoxe. Déni de sens, d'altérité, de signifiante et emprise.

- **le degré de différenciation des structures internes de la psyché**

L'insuffisance de différenciation de l'organisation interne rend le sujet plus vulnérable aux variations de l'environnement.

La puberté est un facteur de dédifférenciation sur tous les fronts : interne et externe. Facteur de sexualisation des liens vis-à-vis des objets internes et de toutes les instances. Facteur de réactivation des conflits infantiles

et des angoisses de séparation, comme des angoisses de castration. Risque de condensation : entre l'infantile et le pubertaire, entre les imagos parentales maternelle et paternelle, entre Surmoi et Idéal du moi...

Relation de plaisir difficile à reconnaître et à partager.

A l'opposé, la relation masochique et la souffrance maintiennent bien les frontières et contrôlent l'objet. Le mauvais objet (relation dépressive, persécutoire ou masochique) ne peut être perdu, il est indestructible et il garantit au sujet sa propre permanence.

Cf. psychopatho des addictions.

++ importance de la résolution de l'Œdipe négatif. L'introjection doit être supportable. Si conflit, ça va retentir sur le Surmoi, composé en partie d'introjects de l'imgo parentale du même sexe. Risque de reproduire des conflits sado-masochiques au sein même de la personnalité. Risque de masochisme, d'auto-sabotages, de conduites ordaliques etc... passages à l'acte, traumatophilie (Guillaumin).

Les troubles du comportement sont une des issues par laquelle l'ado sort de la passivité et de la violence qui lui est faite.

L'autre issue est une intervention extérieure.

5-Les processus de dégagement

Lagache. Pour décrire **le travail d'aménagement** des contraintes qui attend l'ado.

Adéquation suffisante de l'environnement aux besoins de l'ado. Sensibilité importante aux variations de la conjoncture.

Intégration de la relation d'objet, élaboration de la position dépressive (ambivalence), dépassement de la problématique de castration.

Fréquents mécanismes de défense : **renversement dans le contraire, régression, ascétisme, intellectualisation.**

Les objets externes ont un très grand rôle, les parents notamment. Création d'un **plaisir à fonctionner et à échanger** qui autorise la reprise des liens sans avoir à prendre conscience de l'importance de ces objets. Comme les conditions de l'aire transitionnelle. Renforcer une **fonction tiers**.

++ **Fonctionnement familial.** Problématiques propres aux parents réveillées par l'adolescence de leurs enfants. Risque de résonance +++ Attention au risque de confusion des générations et ainsi des troubles des limites.

Rôle des figures de médiation offertes par la société : enseignants, intervenants sociaux... mais aussi groupes de pairs.

Intérêts des limites et des interdits.

6-Une modalité d'aménagement des processus de changement à l'adolescence : les rites d'initiation

Grandes constantes : le souci des adultes de contrôler les adolescents, la soumission de ces derniers, la violence des épreuves et l'importance donné au corps propre de l'adolescent comme à la différence des sexes et des générations. Lévi-Strauss 1962 : La pensée sauvage

3 phases du schéma initiatique (QS)

- pendant la phase de marginalisation (ou de réclusion) : importance des transformations corporelles

Les opérations psychiques internes (séparation d'avec la mère, rupture avec le monde de l'enfance, envie et rivalité avec les adultes, adoption d'une identité sexuelle stable au détriment de la bisexualité...) sont dans un premier temps tout entières extériorisées et prises en charge par la société des adultes qui va offrir aux adolescents une représentation codifiée de ces changements.

Le corps de l'adolescent est directement sollicité, il doit sortir victorieux d'un certain nombre d'épreuves mais également porter les stigmates de l'épreuve subie et de son appartenance à un nouveau statut.

Interprétation psychanalytique la plus classique : manifestation de la prohibition de l'inceste. Ouverture de la voie de l'identification au père et de l'intériorisation du surmoi. B. Bettelheim critique cette interprétation : le moteur essentiel serait pour lui l'envie que chaque sexe éprouve l'un à l'égard de l'autre. De toutes façons, le rite juxtapose les contradictions et une fois accompli, il confère des pouvoirs particuliers, concrétisés par le partage des secrets et renforce l'identité du sujet.

Le schéma initiatique met constamment en œuvre des oppositions très évidentes, met en scène des fantasmes.

J. Pouillon : initiation = solution culturelle à l'interrogation de l'enfant devant la différence des sexes.

La fonction du rite rejoindrait celle du mythe et serait une façon pour une culture de rendre compte des rapports de réalité paradoxaux, faits de contradiction situés sur des plans différents.

Tout rite fait partie d'un ensemble de mythes qui le dépassent et lui donnent sens. S'il perd ce lien, il se fige et se transforme en un rituel répétitif, mortifère, dont l'arbitraire finit par se révéler.

Comment se fait-il que le mythe ne suffise pas et que le rite devienne nécessaire ?

A l'adolescence, la violence du rite renvoie à la violence du risque.

Les motivations des adultes qui appliquent les épreuves rituelles correspondent à leurs propres désirs d'adolescents.

Le rite a une portée essentielle : il répond à une situation de tension psychique intense, ressentie comme menaçante par les individus, que le groupe reprend à son compte et à laquelle il se charge de donner un sens.

Polysémie du rite importante car paraît être un facteur de renforcement de l'identité de l'individu.

Pluralité des interprétations possibles : protégeant l'espace interne

Le rite cache autant qu'il montre, voile de méconnaissance jeté sur l'espace psychique interne des adolescents, ce qui leur permet de satisfaire des désirs qu'ils n'ont pas à reconnaître tout en les agissant.

Bénéfices narcissiques importants :

- effet du groupe
- pouvoirs nouveaux

Paradoxe de réaliser une soumission passive à ces adultes tout en la méconnaissant.

- Redéfinition des frontières entre l'adolescent et son environnement, entre l'espace psychique interne et le monde externe, autour de laquelle se jouent son identité et sa capacité d'individuation
- Difficulté de représentation du processus de changement
- Problématique de l'échange marquée d'une violence pulsionnelle

Dans notre société, certaines expériences peuvent prendre valeur de rituel initiatique mais grande diversité et grande hétérogénéité (donnant plus d'importance aux interactions familiales)

Les troubles psychopathologiques des ados peuvent-ils occuper cette fonction de mythe personnel et acquérir une dimension de rite ?

L'évolution sociale favorise par à la fois l'affaiblissement des interdits et l'accroissement des exigences de performance, le passage d'une problématique des conflits comme dans la névrose, à une problématique du lien comme dans la dépendance.

Cf. psychopathologie de la dépendance

Adolescence et addiction (Catry, Marcelli et al.)

Faire des expériences est normal à l'adolescence.
Désigner un jeune comme toxicomane est abusif et dangereux.
Toutefois, la plupart des addictions débutent à l'adolescence.

Modes de consommation

- conso conviviale et récréative : c'est l'effet euphorisant du produit qui est recherché.
- conso autothérapeutique : plus régulier, plus solitaire, troubles du sommeil, troubles anxieux ou dépressifs associés, décrochage scolaire, isolement...
- conso toxicomaniaque : solitaire et en groupe, c'est l'effet défonce anesthésiant qui est recherché, quasi quotidienne, exclusion progressive.

FDR individuels, familiaux, environnementaux

Comorbidité

Approche explicative. Ne pas oublier les facteurs biologiques.

Traitement

Prise en charge globale++

- état physique
- équilibre psychique et repérage des principaux symptômes de souffrance psychique
- dynamique familiale
- le(s) produit(s) consommé(s) : modes de consommations, quantité, ancienneté, contexte, relations aux pairs, diagnostics d'usage (à risque, nocif, problématique, abus, dépendance)
- cadre social et environnemental
- modifications individuelles, familiales et toutes les catégories de complications apparues depuis le début de(s) conso(s).
- état psychique avant le début...

Pas d'attitude surmoïque. Mais l'information doit être donnée, prévention++. Rencontre avec la famille et l'entourage++.

Travail avec les parents, leurs distances par rapport aux consommations.

A la fois ne pas tout centrer sur les consos, à la fois ne pas méconnaître leurs dangers potentiels.

L'entretien avec l'adolescent et son évaluation (Marcelli EMC)

Double objectif : évaluation et thérapeutique

Dès le début : investissement d'allure transférentiel immédiat et intense.

C'est souvent la 1^{er} occasion pour un adolescent de parler de son mode interne. Démarche réflexive.

Mais tjs crainte ou fantasme d'être anormal ou d'être fou. L'actualisation de ce fantasme par la rencontre peut expliquer l'exacerbation des symptômes à ce moment-là. Le plus inquiétant, c'est le doute et l'incertitude.

Le consultant ne doit pas se focaliser sur le versant externe et les conduites agies.

Evaluation

1-Individuelle

Théorie sous-jacente indispensable. D'un coté le plan préoedipien (narcissisme, identité d'un point vue historique), de l'autre le plan oedipien / génital.

Repérage des conduites symptomatiques

Place de l'angoisse : présente ou absente

Tolérance à l'excitation interne : impulsivité, conduites menant à des ruptures (TS, fugues, alcoolisation aiguës...). Désorganisation.

Qualité de l'humeur et ses fluctuations : spontanément un ado ne parle pas de sa tristesse. Souvent autres symptômes

Rapport au corps : comportement alimentaire, sommeil, vécu hypocondriaque ou dysmorphophobique...

Rapport au corps sexué

Place du doute dans la pensée de l'adolescence

Relations avec les parents et les autres membres de la famille

Qualité des relations avec les pairs et des relations sociales : capacité à être seul et à être dans un groupe, choix des amis..., choix des modèles identificatoires

Qualité de l'investissement scolaire : pas tant le niveau que l'intérêt

Evaluation économique, dynamique et génétique des conduites repérées

Tjs chercher la fonction++

2-Familiale

Description de la famille. ATCD médicaux et psy familiaux.

Evaluation de la dynamique familiale

La présence d'un adolescent modifie l'homéostasie familiale. Crise familiale ou parentale parallèle possible.

Nature des relations transgénérationnelles et qualité des délimitations interindividuelles. Important de marquer la différence des générations.

Rencontre avec les parents

Permet d'enrichir l'anamnèse de l'adolescent lui-même.

Histoire de l'enfance, ce qui permet d'introduire la dimension du temps et de l'histoire, de relativiser l'intensité actuelle des difficultés et à l'adolescent d'entendre une partie de son passé. Choix du prénom, rencontre des parents...

Le pronostic dépend bcp du fonctionnement familial. Attention à la désignation.

3-Environnementale

Rencontre parfois nécessaire avec les autres adultes autour de l'adolescent. Toujours informer si possible l'adolescent des démarches entreprises.

Tjs distinguer le diagnostic et le pronostic en termes de psychopathologie individuelle et le pronostic en termes d'adaptation sociale. Ca ne va pas toujours ensemble.

Pratique : le cadre thérapeutique

Principe des consultations d'accueil. QS. Consultations thérapeutiques.

Doit être déterminé et précisé dès le début. Penser à la séparation. Maniement des RDV et notion de demande. QS. Attention à l'emballlement au début. Un ado qui ne vient pas, ce n'est pas synonyme de désinvestissement.

Allure de conversation. Ni trop de silence, ni trop de questions. Le consultant montre son intérêt pour le monde psychique de l'ado mais sans séduction++. Clarifier si possible les affects éprouvés. On oublie souvent le contenu mental, affectif et cognitif, précédent l'acte pour ne plus penser qu'à ses conséquences.

Le but est de favoriser une « appropriation » de ses conduites par l'ado et évaluer sa capacité d'intériorisation.

Autres explorations : médicale, tests psycho ou tests d'orientation professionnelle, etc...

La séquence des rencontres permet aussi de bien éclairer l'évaluation.