

Elfriede Heide

«Mais pourquoi? Je ne suis pas malade!»

Constatations cliniques du quotidien psychosomatique avec des adolescents au cabinet médical

Il arrive fréquemment que les jeunes ne sachent pas qu'ils sont malades ou qu'ils ne veulent pas le reconnaître. Et souvent, ce sont des circonstances indépendantes de leur volonté et dont ils ne sont pas responsables, par ex. la puberté ou le divorce des parents, qui les rendent malades. Que peut faire le médecin de famille?

Yasmine, 25 ans, «enfant modèle» de parents divorcés ayant réussi sur le plan professionnel, vomissait quotidiennement depuis l'âge de neuf ans en mettant le doigt au fond de sa bouche, à l'insu de ses parents. C'est plutôt par hasard que la mère de Yasmine remarqua la maigreur de sa fille lorsqu'elle eut 15 ans, mais alors elle mit tout en mouvement pour que l'on agisse rapidement. Lors du premier entretien, Yasmine n'a presque pas pu placer un mot en présence de sa mère. Mais dès le début du traitement, elle a appris à communiquer (sans la pression maternelle) et elle s'est remise à jouer du violon de son propre gré. Après la maturité, elle a d'abord commencé des études pour apprendre la profession de sa mère, mais elle les a interrompues assez rapidement. Elle a choisi ensuite sa propre voie d'études, en vivant de grandes angoisses avant les examens. Maintenant elle fait un doctorat en économie d'entreprise.

Vanessa a 20 ans et son IMC s'élève à 12,5.

Vanessa, 20 ans, (IMC 12,5), voulait absolument terminer son travail de diplôme avant de commencer un traitement, mais une hospitalisation d'urgence l'en a empêchée. Alors qu'elle

se trouvait encore sous transfusion sanguine, son père se fâcha à l'hôpital au sujet du coût de l'intervention. Plus tard, une patiente d'un groupe de thérapie fit remarquer que ses parents auraient probablement préféré une enfant morte: Vanessa en fut outragée – à un point qu'elle se mit à pleurer pour la première fois depuis des années.

Comment définit-on un jeune?

Pendant l'Année internationale de la jeunesse (1985), l'Assemblée générale de l'ONU a défini le concept de «jeune»: il s'agit de personnes entre 15 et 24 ans inclus. Au sein de la catégorie de la «jeunesse» on distingue encore entre les adolescents (de 13 à 19 ans) et les jeunes adultes (de 20 à 24 ans). En parallèle à ces concepts, on définit de façon plus générale l'«adolescence» comme l'âge succédant à l'enfance après la puberté jusqu'à la fin de la croissance, et la «puberté» comme la période allant du début de l'expression des caractères sexuels secondaires marquant la fin de l'enfance jusqu'à la maturité sexuelle complète. Dans «Adoleszentenpsychiatrie» (Schattauer, 2009), Grabe et Schmidt discutent par exemple des troubles précoces et de leur effet prolongé sur le développement. Il existe divers troubles qui débutent déjà tôt dans l'enfance et dont les conséquences se répercutent parfois sur tout le reste de la vie. Il faut également relever que certains «troubles caractéristiques de l'âge adulte» débutent durant l'adolescence.

C'est la raison pour laquelle l'interface entre la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et celle de l'âge adulte est à la fois particulièrement importante et difficile à délimiter. Dans la bibliographie plus récente, il existe des études définissant la «jeunesse» dans la perspective plus vaste de la neurobiologie. Ainsi, en 2006, Blakemore et Frith décrivent le développement neuronal qui a lieu dans le cortex frontal humain (synaptogenèse, pruning, myélinisation), dans lequel se localisent par ex. le contrôle des sentiments et la compétence décisionnelle: ce n'est qu'à partir de 18 ans qu'il atteint le statut d'un cerveau adulte. Certains «jeunes» peuvent par conséquent paraître tout à fait «adultes» alors que leur cerveau est loin d'être «achevé». Le cerveau suit son processus de maturation au moins jusqu'à la vingtaine, c'est-à-dire bien au-delà de la puberté (par exemple Spitzer, 2009).

En parallèle à ces processus de maturation physiologique de l'encéphale, l'expérience vécue dans la période de nourrisson et de la petite enfance revêt une grande signification dans la gestion ultérieure du stress. L'aptitude à la régulation des affects est déjà mise en œuvre très tôt chez le nourrisson et ce mode se conserve la vie durant. La «mémoire corporelle» fixe la manière de vivre les relations, toujours accompagnée d'affects, déjà préalablement à l'acquisition du langage et elle conserve une mémoire prélinguistique qui peut se souvenir de soins corporels appropriés et donnés avec tendresse ou alors d'une hyperstimulation agaçante.

Tandis que l'enfant habite son corps sans encore se poser de questions, l'adolescent, garçon ou fille, perçoit son propre corps comme le siège de désordres toujours plus inquiétants. Il existe entre le ne-plus-être-enfant et le pas-encore-être-adulte (Joachim Küchenhoff) un intervalle durant lequel ce corps évolue vers un objet d'attributions sociales. Il devient «attrayant», ou alors justement il ne l'est pas. Les filles se retrouvent brusquement à l'intérieur d'un corps en pleine modification et c'est l'extérieur qui les y rend attentives. Le corps apparaît comme inéluctablement voyant, il focalise l'attention sans qu'on ne le lui demande. Elles perdent leur assurance et ressentent de la honte, elles se retirent pour s'occuper désormais de leur aspect extérieur. Au cas où l'intégration des modifications corporelles échoue, une attitude pathologique négative, voire destructrice, caractéristique de l'adolescence se fait jour. Elle s'exprime chez les jeunes de sexe féminin par des troubles alimentaires et des automutilations, et chez le sexe masculin par un comportement agressif et des activités comportant de grands risques.

Ces informations complexes d'arrière-plan aident le médecin à mieux comprendre les jeunes atteints de maladies «psychosomatiques» dans la routine du cabinet médical et à appliquer ce savoir avec davantage de justesse dans l'attribution clinique et diagnostique.

Que faut-il en déduire par rapport au contact avec les jeunes au cabinet médical?

Kurt, 17 ans, vient pour des troubles alimentaires et Manuel, 17 ans aussi, est là pour des pertes sanguines dans les selles. Leurs mères sont persuadées qu'il faut faire quelque chose. Les jeunes sont d'un autre avis. Kurt veut envoyer promener son apprentissage, Manuel conduit la voiture de sa mère en état d'ébriété. Les deux mères élè-

1 Psychiatrie des adolescents

vent chacune seule son enfant et dépendent de leur travail. Au début elles ne parlent pas de leur propre consommation d'alcool, ni du fait qu'elles sont dépassées par les événements, ni de leur colère contre les jeunes hommes qu'elles ont de plus en plus de peine à aimer. Alors que Kurt a été régulièrement battu dans son enfance, Manuel a une mère qui a tout fait pour lui, si bien qu'il reste «accro» aux préoccupations maternelles. Au début, Kurt et Manuel n'ont pas «conscience» de leur maladie et par conséquent rien ne les motive à se soumettre à un traitement.

Le contact du médecin avec des patients jeunes est souvent marqué par l'absence de conscience de la maladie, par la manière compliquée de verbaliser et par une résistance consistant à se mettre

en scène. Ce sont les «conséquences négatives» d'un besoin caractéristique de l'évolution vers l'autonomie, resp. vers l'effet du Soi grandiose. Tout en reconnaissant ces difficultés, il faut néanmoins viser autant que possible l'intégration des parents, même si les jeunes capables de jugement possèdent un droit absolu au secret médical et professionnel. Ils ont le droit de donner leur

Le médecin de famille joue un rôle d'intermédiaire entre générations et disciplines.

accord à une intervention médicale sans l'assentiment des parents. Toutefois les jeunes dépendent de leurs parents pour la consultation chez le médecin, car le contrat médical entraîne un coût (art. 19.1 CC).

Nadia, âgée maintenant de 25 ans et anorexique, avait onze ans lors de ses premières règles. Elle s'était sentie très mal à l'aise lors de cette entrée précoce en puberté. Sa mère se montrait très attentive, son père était souvent absent. Elle avait déjà été une petite enfant un peu ronde, puis elle avait pris un peu plus d'ampleur pour «compenser ses problèmes», et jusqu'ici elle n'avait pas su que les tissus adipeux exercent une activité hormonale, ce qui pouvait éventuellement contribuer à expliquer sa puberté précoce. Sur l'insistance de ses parents, elle a commencé un premier traitement à l'âge de seize ans, suivi de plusieurs autres. Actuellement anorexique, elle est en train de lutter pour que ses menstruations se rétablissent de manière naturelle. Avec le savoir qu'elle a pu acquérir, elle va désormais prendre soin d'elle-même parce qu'elle le veut et non parce que c'est ce qu'on attend d'elle.

Chez l'adulte, l'intervalle entre le début d'un trouble alimentaire et la demande de traitement dure en moyenne sept ans. Comparés aux chances de guérison chez les jeunes, ces sept ans sont trop longs. Plus le traitement intervient tôt, plus le résultat est bon et

plus on peut éviter le danger de la chronification et de la résistance au traitement.

Sur le plan de la neurobiologie, l'expérience thérapeutique permet de mettre en route des modifications. Si un traitement réussit chez des jeunes atteints d'anorexie, le taux de mortalité approche de zéro; en comparaison, les traitements réussis d'adultes anorexiques présentent un taux de mortalité de 20% (Herperz-Dahlmann, 2010, communication lors d'un congrès). Par contre, une étude longitudinale auprès de malades adultes atteints d'anorexie chronique a montré que les traitements ne modifient presque pas le pronostic négatif. Lorsque l'absence de menstruations pendant une période prolongée est associée à des déficits des hormones sexuelles, l'état des dendrites et des récepteurs de l'hippocampe et de l'amygdale se dégrade durablement, avec la conséquence d'une augmentation des sentiments de contrainte et d'anxiété et des comportements de fuite.

Sabine, 9 ans, a pu stopper son comportement alimentaire restrictif après quelques heures seulement de traitement dans un groupe d'enfants du même âge: elle a compris que son comportement inquiétant servait à retenir l'attention de son père qui, peu après s'être séparé de sa conjointe, s'était tourné vers une autre femme pour une nouvelle paternité.

Mais pourquoi? Je ne suis pas malade! Le rôle du médecin de famille est celui d'un intermédiaire intervenant à temps entre les générations et les disciplines. Maintenant déjà, nous pouvons bénéficier de l'intervention régulière de psychiatres de la jeunesse au sein des cercles de qualité, nous rendant à mêmes de reconnaître les problèmes psychiques et psychosomatiques suffisamment tôt, lorsqu'ils se trouvent encore au stade initial. Nous pouvons intégrer le psychiatre de l'enfance et de l'adolescence dans un plan de traitement global, répondant ainsi aux multiples exigences de qualité, d'économicité et de durabilité de la médecine – tout en mettant sur pied une «aide au développement» de nos jeunes patients et de leurs parents inquiets.

Références

Vous recevrez une liste des références sur demande auprès de l'auteur.

Correspondance:

Dr Elfriede Heide
FMH Kinder- und Jugendmedizin und Kinder- u. Jugendpsychiatrie
Psychotherapie Junkerngasse 56
3011 Bern
eheide@hin.ch