

Les dépressions de l'adolescence

Adolescence depressions

J.-P. Matot

Service de Pédopsychiatrie, H.U.D.E.R.F.

RESUME

Cet article situe les problématiques dépressives de l'adolescence dans le cadre des processus de transformation inhérents à cette période de la vie, en insistant sur les dimensions socio-culturelles avec lesquelles elles interfèrent.

Différents tableaux cliniques des dépressions de l'adolescence sont envisagés, selon les axes anxiété/dépression, vécus dépressifs/manifestations psychosomatiques, expression dépressive/comportements d'échec.

Le risque suicidaire à l'adolescence et ses liens avec les syndromes dépressifs est abordé.

Une approche thérapeutique globale et pluridisciplinaire est recommandée.

Rev Med Brux 2009 ; 30 : 244-8

ABSTRACT

This article considers the depressive problematics emerging during adolescence in the frame of the transformations that characterize this period of life, with a focus on the interference of socio-cultural dimensions.

Several clinical features can be distinguished through the gradient anxiety/depression, depressive feelings/psychosomatic symptoms, depressive expressions/self-defeating conducts. The suicidal risk during adolescence and its links with depressive troubles is considered.

A global multidisciplinary approach is recommended.

Rev Med Brux 2009 ; 30 : 244-8

Key words : depressions, adolescence, passivation, multidisciplinary approach, antidepressant medication

L'ADOLESCENCE ET LA QUESTION DE L'EXISTENCE

L'adolescence peut être envisagée comme la période de la vie au cours de laquelle se pose avec une acuité particulière la question du sens de l'existence.

Le vécu de l'enfance est largement centré sur le présent. La conscience du temps, du passé et de l'avenir, n'émerge que progressivement. L'univers familial alimente pour l'essentiel les représentations que l'enfant se fait de la vie et du monde.

Tout cela change avec l'adolescence.

Il y a désormais un passé, s'inscrivant comme tel à la fois par les représentations sociales - le passage de l'école primaire à l'école secondaire - et par le fait du corps, transformé par la puberté. Il y a également un avenir, celui de la fin de l'adolescence, de l'âge adulte, ouvert par l'entrée en adolescence.

C'est une période qui est donc par essence celle d'une transition, appelée à se terminer ; la temporalité et l'échéance est inscrite au cœur même du processus de l'adolescence, ce qui lui donne son caractère particulier.

Les institutions structurent et encadrent les rapports sociaux avec les adultes et les pairs qui, au sein et en dehors des cercles familiaux, participent de manière complémentaire à ce processus en assurant cette fonction essentielle, centrale, de toute société : la transmission du sentiment d'exister, c'est-à-dire le sentiment d'être soi, et d'être en même temps lié à d'autres. Cette fonction de transmission peut être cependant plus ou moins gravement entravée par les crises évolutives des structures sociales et des systèmes de représentations culturelles.

L'adolescent arrive dans un monde qui n'est pas le sien ; ce qui lui est proposé ne lui appartient pas ; s'il veut, à partir de cela, construire quelque chose qu'il puisse ressentir comme étant " lui-même ", il doit d'abord transformer la matière première qui lui est

fournie, et aménager un espace adéquat pour sa propre édification. Transformations et aménagements qui ne font pas nécessairement l'affaire des occupants adultes du monde, et devront donc leur être imposés avec une certaine violence, qui sera fonction de la plasticité des matériaux proposés à l'adolescent, et de l'espace qui lui est laissé pour installer son laboratoire. A l'adolescence, il faut être capable de supporter d'exercer une violence pour se sentir exister ; mais il faut aussi que cette violence de l'adolescence puisse être acceptée et contenue par la société : une société qui deviendrait incapable de laisser une place suffisante à ce mouvement vital, ou qui ne serait pas en mesure de le canaliser, serait vouée à disparaître : soit du fait d'une rigidité excessive, qui empêcherait sa propre transformation par les générations adolescentes, et du même coup la rendrait stérile ; soit, à l'inverse, du fait d'une résistance insuffisante, qui ferait éclater ou disparaître ses structures et ses règles sous la pression du bouillonnement adolescent.

De ce point de vue, l'adolescence est ce qui impose à l'organisation sociale de supporter, sans se laisser détruire, la violence transformatrice qui permet à l'individu de se sentir exister, et aux sociétés d'évoluer.

Tout ceci - on le constate tous les jours dans le monde, dans sa famille et à l'intérieur de soi - ne se passe pas sans difficultés. La violence transformatrice suscite le rejet de l'adolescence, chez les adultes bien sûr, mais parfois aussi, et c'est plus préoccupant, chez les adolescents eux-mêmes. Ce rejet teinté d'inquiétude s'exprime sans détours dans certaines représentations sociales des adultes : l'image de l'adolescent délinquant, du drogué, de l'inculture adolescente, etc. ; il prend parfois des formes plus subtiles, telle cette théorie, qu'un certain " psychanalyse " mal compris a contribué à entériner, que la traversée de l'adolescence impliquerait un mouvement de renoncement, de " deuil de l'enfance ". Alors que l'enjeu de l'adolescence est, au contraire, de l'ordre d'une conquête d'espaces nouveaux, laquelle implique bien évidemment des réaménagements des espaces anciens, ceux de l'enfance, ce qui suscite effectivement de l'angoisse. Mais dénaturer ce mouvement d'expansion, certes anxiogène, en impératif de renoncement et de deuil, traduit une incompréhension de ce qu'est l'adolescence (mais aussi la vie), et représente une attaque dépressive envieuse inconsciente qui peut nuire gravement à la santé des adolescents. Prétendre que l'expérimentation adolescente et sa découverte potentielle d'un sentiment d'exister qui lui soit propre, relève d'un mouvement de renoncement, méconnaît en effet cette vérité élémentaire que Freud formulait ainsi en 1907 : " *A vrai dire, nous ne savons renoncer à rien, nous ne savons qu'échanger une chose contre une autre. Aussi l'adolescent en grandissant ne renonce-t-il, lorsqu'il cesse de jouer, à rien d'autre qu'à chercher un appui dans les objets réels. Au lieu de jouer, il s'adonne maintenant au fantasme* ". Les sociétés évoluent, les adolescents d'aujourd'hui agissent davantage qu'ils ne

fantasment, et leurs fantasmes prennent des formes virtuelles que Freud en son temps ne pouvait imaginer. Mais ce qui reste, c'est que, pas plus que les adolescents de la Belle Epoque, ceux de la mondialisation ne renoncent à quoi que ce soit, du moins s'ils se portent suffisamment bien.

Car cette théorie du renoncement et du deuil est ensuite confirmée et validée par les effets délétères qu'elle produit chez les adolescents qui ne vont pas bien, et ce selon deux configurations apparemment opposées : la soumission à cette idéologie du renoncement, empêchant l'adolescent de faire une place suffisante à sa violence transformatrice, et l'amenant à la retourner contre lui-même ; ou la fuite face à cet impératif intolérable pris à la lettre, prenant la forme d'un affrontement violent, sans espoir et sans issue, à la loi supposée instaurer ce renoncement.

C'est donc avec la plus grande prudence qu'il convient d'envisager la notion de dépression à l'adolescence.

PASSIVATION, PARADOXE ET DEPRESSION

Cette idéologie du renoncement, tout comme la nature même de la dépression, sont en effet étroitement liées à la question de la passivation.

Je ne m'étendrai pas sur la manière dont le développement de nos sociétés occidentales s'inscrit dans un processus de passivation généralisé : je mentionnerai seulement les exigences de " résultat " et de productivité démesurées, de l'âge de l'école maternelle à celui de la retraite, qui tendent à nous précipiter dans une agitation désordonnée en négligeant les perspectives à long terme sur le plan personnel et encore davantage en termes de collectivité ; la surconsommation qui a conquis de manière parfaitement illusoire la place d'une valeur existentielle centrale dans laquelle tous sont enfermés, soit parce qu'ils y participent et consentent à cet effet des sacrifices dont ils ne réalisent pas le coût humain, soit parce qu'ils en sont exclus et sont condamnés à y aspirer vainement ; la " mondialisation " dont l'effet le plus concret est de légitimer la dépossession de tout contrôle sur la vie sociale, désormais supposée être régie par des flux financiers et des mécanismes macro-économiques aussi impersonnels qu'impénétrables au commun des mortels ; l'exploitation marchande portée à son paroxysme, qui menace les conditions mêmes de la vie sur terre ...

Comment, dans tout cela, se sentir encore maître chez soi, propriétaire de sa propre vie ? On voit bien dans quel terreau les réflexes sécuritaires, les replis sectaires et xénophobes, les violences terroristes, plongent leurs racines.

C'est dans ce contexte que doivent à mon avis être situées nos réflexions sur l'adolescence.

L'adolescence est en effet - avec la vieillesse - la

période de la vie où la question de la passivation prend la plus grande place.

Pour l'adolescent, l'enfance est le temps où l'essentiel de sa vie était régi par la vie de ses parents : leurs habitudes, modes de vie et valeurs en constituent le fond, sur lequel viennent s'inscrire les divers aléas de la vie d'adulte, dans lesquels les enfants sont entraînés à leur corps défendant : crises conjugales, difficultés financières, déménagements, la liste est longue ... L'autre grand " régisseur " de la vie des enfants, c'est l'institution scolaire à laquelle leurs parents les confient pendant une bonne moitié de leur temps de vie éveillée ... Là aussi, il est attendu d'eux qu'ils s'adaptent à ce qui leur préexistait sans qu'on leur demande leur avis.

Ainsi, l'enfance représente, pour l'adolescent, l'image même d'une position de passivité, alors que le monde adulte tel qu'il se montre à lui met apparemment et explicitement en valeur les capacités individuelles de faire face aux nombreux aléas de l'existence, de se débrouiller, de sortir des sentiers battus, d'innover, d'inventer, tout cela sans trop compter sur autrui, voire en s'en méfiant, et non pas pour accéder à une vie exceptionnelle, mais simplement pour survivre ...

Nous pensons que nous ne mesurons pas suffisamment l'impact de ces messages, aussi implicites qu'omniprésents, sur les enfants et les adolescents, et le paradoxe dans lequel ceux-ci sont mis : exigence de conformité passive aux attentes parentales et scolaires d'une part ; exigence d'indépendance active exacerbée et précoce en tant que futurs adultes dans un monde sans pitié et surtout sans mode d'emploi assuré et permanent.

La résolution de ce paradoxe est une opération difficile qui demande des moyens et du temps : certains enfants abordent l'adolescence en ayant acquis déjà une bonne expertise en la matière. Ils ont pu mettre en place, avec l'aide – délibérée ou non – de leurs parents, leurs propres ébauches de réponses souples aux questions de l'existence, du plaisir, du savoir, des relations humaines. D'autres, qui n'ont pas bénéficié des conditions de sécurité, de stabilité et de confiance suffisantes pour disposer d'assises assez solides pour se lancer dans des explorations personnelles, ou inversement dont le temps de l'enfance a été coulé dans un moule unique, rigide et fermé, sont confrontés brutalement à cette dialectique passivité/activité qui organise les transformations de la période adolescente.

Dialectique passif/actif qui s'impose d'abord dans l'intimité corporelle même de l'adolescent, avec la survenue, passive, de la puberté, qui impose sa loi et ses marques ; plus " superficielle " que l'anorexie mentale, l'extension des pratiques de tatouages et de " *piercing* " peut ainsi être envisagée comme une manière de reprendre le contrôle de son corps, de sa peau. Dans ce processus de dépossession-réappropriation du corps, l'éveil de la sexualité

constitue une autre question, plus complexe encore car elle suppose la rencontre de la sexualité des autres, et risque de se poser sous l'angle d'une effraction qui en retour peut déclencher des réactions violentes destinées à conjurer la passivation.

On sait que les animaux de laboratoire soumis à des contraintes contradictoires et incompatibles tombent dans un état amorphe et a-réactif. Toute la lignée " dépressive " chez l'adolescent gagne à être envisagée dans la perspective des paradoxes auxquels cet âge est confronté, et dont la dialectique passivité/activité constitue un des axes importants.

LE DIAGNOSTIC DES DEPRESSIONS DE L'ADOLESCENCE

Nous envisagerons donc non pas " la " dépression " à " l'adolescence, mais " les " dépressions " de " l'adolescence : ceci pour marquer d'emblée, d'une part, qu'il existe de nombreuses formes d'expressions d'une dépressivité chez l'adolescent qui traduisent des processus qualitativement différents ; et, d'autre part, que ces expressions ne peuvent être dissociées des enjeux de l'adolescence, de la construction identitaire à l'adolescence, et ne constituent pas simplement l'impact d'une " maladie " affectant certains adolescents¹.

Le terme " dépression ", qui est passé dans le langage courant, perd toute utilité clinique dès lors qu'il en vient à englober n'importe quelle forme de souffrance psychologique exprimée par un individu. Il devient même nuisible lorsque cette qualification extensive s'associe à l'idée que la " dépression " requiert nécessairement la prescription de médicaments antidépresseurs.

Il nous semble intéressant de rappeler d'abord une distinction phénoménologique élémentaire, celle entre les lignées de la dépression et de l'anxiété.

La lignée dépressive est caractérisée par la perte d'énergie, la perte d'élan vital, le découragement : elle est de l'ordre d'un " en moins " à l'intérieur du sujet.

La lignée de l'anxiété se traduit par des sentiments de débordement, de perte de contrôle sur soi-même : le sujet ressent un " en-trop ", qui l'agite, le désorganise, provoque des tensions pouvant aller jusqu'à la paralysie.

Bien entendu, ces deux lignées tendent à se conjuguer avec le temps : la perte d'énergie devient anxigène, et l'anxiété devient source de découragement et d'inhibition. Mais il est intéressant, sur un plan diagnostique et thérapeutique, de chercher à identifier le mode symptomatique initial.

Une seconde distinction symptomatique s'impose ensuite, entre des tableaux qui se situent essentiellement au niveau des vécus émotionnels et affectifs, et des tableaux où la dépression s'exprime au

niveau psychosomatique.

Les premiers sont souvent ceux auxquels l'entourage est le plus sensible. La tristesse, la labilité émotionnelle, l'hypersensibilité, l'irritabilité, et *a fortiori* les idées de suicide, ont un impact très direct sur l'entourage et amènent celui-ci à s'inquiéter et se mobiliser. C'est dans ces tableaux que les lignées dépressives et anxieuses sont les plus intriquées.

Dans les seconds, on retrouve de manière marquée, lorsqu'on les recherche, des symptômes de fatigue, surtout matinale, de ralentissement psychomoteur, de difficultés de concentration, de perte d'intérêt, des troubles du sommeil et de l'appétit, des plaintes somatiques variées. La tristesse est plus sourde, sorte de tonalité sombre de l'humeur, avec des vécus de vide, de difficulté à penser. Ces tableaux peuvent plus fréquemment être méconnus pendant assez longtemps par l'entourage, ce qui contribue d'autant à leurs effets très préjudiciables sur le développement de l'adolescent, et accroît le risque de geste suicidaire grave sans signe d'appel.

Un troisième type de tableau où intervient une problématique dépressive est celui que nous montrent ces adolescents qui s'enferment dans des comportements d'échec à valeur auto-punitive, ou dans des comportements provocants et de défi qui inévitablement amènent une sanction dans la réalité. Dans ces situations, les adolescents, tout comme leur entourage, méconnaissent la dynamique dépressive qui sous-tend leurs comportements, et attribuent leurs sentiments de découragement et de colère aux effets qui en découlent. Nombre d'échecs scolaires, de consommations chroniques de cannabis, sources de conflictualités familiales, entrent dans ce cadre. Leur traitement rencontre d'importantes difficultés compte tenu de l'intrication de défenses caractérielles narcissiques et masochiques².

LE RISQUE SUICIDAIRE À L'ADOLESCENCE

Les idées de suicide sont fréquentes à l'adolescence (un adolescent sur trois) ; elles sont souvent méconnues des adultes, et notamment des parents, tout comme les tentatives de suicide, qui concernent un adolescent sur dix³. Elles ne sont pas nécessairement liées à un syndrome dépressif. Dans trois quart des cas, on ne retrouve pas les critères diagnostiques d'une pathologie psychiatrique bien identifiée (mais la présence d'un tel diagnostic augmente statistiquement le risque de récurrence). La signification psychopathologique de ces gestes suicidaires n'est pas univoque. Ils sont souvent révélateurs d'impasses dans le développement de l'adolescent ; on retrouve fréquemment des liens parents-adolescent entravés par des dépendances affectives mutuelles excessives, ou au contraire par des situations de négligence d'un parent, souvent le père, avec une relation mère-adolescent trop proche, sur un fond de dépression maternelle.

Toute tentative de suicide, même apparemment " mineure " sur le plan du risque vital et banalisée par les intéressés, nécessite un bilan pédopsychiatrique dans les meilleurs délais, compte tenu de la fréquence des récurrences (un quart environ), qui comportent un risque vital accru (deuxième cause de décès chez les sujets masculins de 15 à 24 ans).

L'APPROCHE THERAPEUTIQUE

Dans tous les cas, il est important de ménager un temps de rencontre avec l'adolescent et ses parents, et un temps avec l'adolescent seul. L'ordre de ces deux temps dépendra de l'âge de l'adolescent mais surtout de sa capacité à reconnaître l'existence d'un malaise et le cas échéant à souhaiter une aide.

Le temps de consultation avec l'adolescent et ses parents permet à ceux-ci d'exposer au médecin leur perception des difficultés de leur enfant, et les événements ou circonstances qu'ils peuvent mettre en lien avec ces difficultés. C'est l'occasion pour l'adolescent d'entendre ses parents parler de lui à un tiers, ce qui est souvent une expérience neuve si le médecin peut suffisamment " ouvrir " l'entretien. A cet égard, il est intéressant par exemple de demander à chacun des parents d'évoquer les souvenirs qu'ils gardent de leur vie lorsqu'ils avaient l'âge qu'a aujourd'hui leur enfant.

Le temps de la rencontre singulière avec l'adolescent doit garantir à celui-ci le respect de la confidentialité ; il faudra donc discuter avec l'adolescent de ce qui peut être retransmis ultérieurement à ses parents. Ceci ne doit cependant pas amener le médecin à renoncer à assumer ses responsabilités dans les cas qui le requièrent : si, par exemple, le médecin considère qu'un risque suicidaire significatif est présent, il l'évoquera en son nom propre pour proposer les mesures qui lui semblent nécessaires.

Une seconde règle générale est de ne pas se précipiter vers la prescription de médicaments antidépresseurs.

Il est en effet prioritaire d'accompagner l'adolescent et ses parents dans une démarche visant à approfondir les différentes dimensions du malaise ou de la souffrance qui les amènent à consulter. Les motifs manifestes peuvent en effet masquer des dynamiques pathogènes qu'il importe de reconnaître pour permettre une réelle mobilisation. L'avis d'un psychiatre ou d'un psychologue expérimenté dans le travail avec les adolescents et leurs parents, en qui le médecin a confiance et avec lequel il a l'habitude de travailler, constitue une exigence de bonne pratique lorsque l'existence d'un trouble dépressif est envisagé.

Dans un deuxième temps, lorsqu'un cadre de prise en charge globale peut être mis en place, la prescription de psychotropes peut être indiquée en complément d'un suivi psychothérapeutique de l'adolescent et de ses parents.

Les médicaments antidépresseurs ont deux types d'effets cliniques : d'une part, ils diminuent assez rapidement (une dizaine de jours) l'intensité des vécus affectifs et émotionnels douloureux, avec un certain effet " anesthésiant " à ce niveau et, d'autre part, ils agissent favorablement, avec un délai supplémentaire d'une semaine, sur les symptômes psychosomatiques - fatigue, ralentissement, troubles de la concentration -.

Une troisième recommandation est, pour le médecin généraliste, de veiller à se constituer un réseau de collaboration spécialisé, personnalisé et fonctionnel. Les difficultés de l'abord des problématiques adolescentes imposent pratiquement au médecin de disposer de ressources tierces. Avoir l'occasion de réfléchir à sa pratique avec des collègues, mais également collaborer avec un ou quelques pédopsychiatres, psychologues et/ou équipes de santé mentale qu'il connaît personnellement, en qui il a confiance et à qui il peut adresser les patients en vue d'une intervention spécialisée, constitue pour le médecin généraliste un dispositif quasiment indispensable. Trois critères doivent ici prévaloir : la qualité, la disponibilité et surtout la diversité et la complémentarité des différentes ressources de ce réseau. De ce dernier point de vue, on distinguera :

- le recours à des psychiatres ou psychologues d'adolescents, ayant l'habitude de travailler avec les parents (critère de qualité), pour adresser la majorité des situations ; de préférence le médecin disposera de ressources de ce type en pratique privée mais également en pratique publique (service de santé mentale, consultations hospitalières, centres de planning familial), pour les patients qui ont des difficultés financières ;

- la ressource d'une équipe pluridisciplinaire de psychiatrie de l'adolescence pour les cas " lourds ", notamment ceux où des troubles psychiatriques chez les parents, des situations de marginalisation ou d'exclusion sociale, mais également le caractère de violence ou d'impulsivité rendent un traitement en cabinet privé peu praticable (services de santé mentale, certaines consultations hospitalières) ;
- la ressource d'un service d'urgences psychiatrique, ou à défaut d'un service d'urgences générales, servant de recours et de solution d'attente dans les cas, assez rares, où il n'est pas possible d'attendre une consultation, ou dans les situations de " crise " particulièrement bruyantes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Jeammet P : La dépression chez l'adolescent. In : Lebovici S, Diatkinc R, Soulé M, eds. Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris, PUF, 1985
2. Ladame F : Adolescence dépressive, pathologie du narcissisme et échecs thérapeutiques. *Adolescence* 1983 ; 1 : 29-43
3. Matot J-P, Hirsch D : Prévenir le suicide à l'adolescence. Dix questions aux médecins généralistes sur le suicide à l'adolescence. Fonds Houtman, ONE, Bruxelles, 2002

Correspondance et tirés à part :

J.-P. MATOT
H.U.D.E.R.F.
Service de Pédopsychiatrie
Avenue J.J. Crocq 15
1020 Bruxelles
E-mail : Jean-Paul.Matot@huderf.be

Travail reçu le 30 avril 2009 ; accepté dans sa version définitive le 13 juillet 2009.