

Dothead dossier

Sous-dothead Accompagner les jeunes en souffrance

Surtitre prise en charge

Lamia Abdul^{a,*},^b

Pédopsychiatre, chercheur Inserm

Rahmeth Radjack^{a,b}

Pédopsychiatre, praticien hospitalier, chercheur Inserm

Marie Rose Moro^{a,b}

Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, spécialiste de psychiatrie transculturelle, chef de service de la Maison de Solenn, chercheur Inserm

^a Maison de Solenn-Maison des adolescents de l'hôpital Cochin, AP-HP, 97 boulevard de Port-Royal, 75014 Paris, France

^b Université Paris-Saclay, UVSQ, Inserm, Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations, Team DevPsy, 16 avenue Paul-Vaillant-Couturier, 94807 Villejuif cedex, France

**Auteur correspondant.*

Adresse e-mail : lamia.abdul@aphp.fr (L. Abdul).

Les signes de la souffrance du cœur inscrits sur le corps

Résumé

L'adolescence est une période particulière lors de laquelle peuvent se réveiller certaines souffrances enfouies. Les douleurs psychosomatiques représentent d'ailleurs un nombre assez important des plaintes émises par les adolescents dans les services de pédiatrie. Dans ces cas-là, une prise en charge pluridisciplinaire va être proposée au jeune, afin de l'aider à reconnaître et à élaborer sa souffrance psychique, mais aussi à comprendre ce qui se camoufle sous les plaintes somatiques n'ayant pas d'étiologie organique.

© 2021

Mots-clés : adolescence ; angoisse ; douleur psychosomatique ; inscription générationnelle ; pédopsychiatrie ; séparation

Summary à traduire

© 2021

Keywords traduire et mettre par ordre alphabétique

Les douleurs psychosomatiques représentent de 15 à 25 % des plaintes des adolescents dans les services de pédiatrie [1]. Ces plaintes portent fréquemment sur les douleurs abdominales, dorso-lombaires, thoraciques et les maux de tête. La prise en charge de ces douleurs est souvent très complexe et nécessite la collaboration de plusieurs disciplines. Une exploration exhaustive sur le plan clinique et des bilans complémentaires par une équipe de pédiatrie constituent des étapes incontournables de cette prise en charge. Dans cet article, nous présentons la prise en charge pédopsychiatrique d'un adolescent souffrant de douleurs psychosomatiques pour illustrer la complexité et les possibilités de soins mises en œuvre.

T1 Histoire clinique

Hédi¹ est un adolescent qui consulte pour des douleurs multiples au niveau de son corps par crises et sans causes étiologiques organiques. Les nombreux avis d'experts et les explorations radiologiques ont épuisé sa mère, qui élève seule son fils depuis les premiers mois de sa vie.

T2 Poids de la dépression maternelle

Au fur et à mesure des rencontres, nous apprenons l'histoire de cette famille originaire du Maghreb. Madame a quitté son mari pour mettre fin à ses violences sur elle et sur son bébé. Elle a, par la suite, appris que monsieur était déjà mari et père, ce qui lui avait été caché. Elle avait quitté son pays, son travail et sa famille pour le suivre en France. Après la séparation, elle décrit une période très douloureuse car elle a dû faire face seule, avec son bébé, aux difficultés de ce nouvel environnement qui lui semblait menaçant car peu encore connu. Elle décrit une période de dépression qui n'a pu être suivie ni par les professionnels, ni accompagnée par un entourage familial. Dans ce face-à-face avec sa mère, Hédi a été confronté, dès l'aube de sa vie, à la dépression maternelle. Quels soins maternels a-t-elle pu lui donner alors qu'il était bébé ? Comment l'a-t-elle porté ? Quelle enveloppe psychique Hédi s'est-il construit dans ces interactions mère-bébé ? La littérature nous permet aujourd'hui de comprendre l'impact potentiellement négatif des traumatismes et des dépressions périnatales sur les interactions précoces et sur le développement psychoaffectif de l'enfant. Comme dans cette famille, l'isolement et la solitude des mères migrantes qui traversent ces pathologies sont des facteurs aggravant l'impact sur le développement du bébé. Dans un pays qui leur est encore étranger, elles n'ont plus les défenses groupales pour lutter contre cette solitude.

T2 Somatisations fréquentes

Malgré un développement décrit sans particularités, Hédi est très tôt sujet à des somatisations qui l'empêchent d'avoir une scolarité régulière. Ses absences en classe peuvent durer plusieurs mois dans l'année. Cet absentéisme est toléré par sa mère et par les équipes pédagogiques. Hédi passe les années de l'école primaire avec justesse.

TEG1 Parallèlement aux somatisations de son fils, la mère souffre de migraines violentes qui l'immobilisent également et finissent par la priver d'un emploi. Le soutien du père est sporadique puisqu'il repart s'installer dans son pays d'origine avec sa femme et ses enfants issus d'une première union. Le père est d'ailleurs absent du discours d'Hédi et il est fortement discrédité dans le discours de sa mère. L'attitude d'Hédi en présence de cette dernière semble montrer qu'il s'est donné pour mission de la consoler de la déception ressentie vis-à-vis de son père.

TEG1 Au début de l'adolescence, les douleurs du corps deviennent encore plus bruyantes, ce qui justifie un suivi par un centre anti-douleur. Quelques mois plus tard, aux douleurs s'associe une symptomatologie anxio-dépressive. À cette période, l'équipe médicale du centre de la douleur nous adresse Hédi pour une prise en charge globale et pluridisciplinaire.

TEG1 Les entretiens réguliers permettent à Hédi d'exprimer son inquiétude pour la santé de sa mère. Il nous racontera qu'à plusieurs reprises, il l'a amenée aux urgences pour des maux de tête violents et a craint sa mort. Ces maux se sont exacerbés et sont devenus plus fréquents après le décès de la grand-mère maternelle d'Hédi. Ce deuil est encore très présent dans l'esprit de sa mère. Madame peut dire en entretien : « *S'il n'y avait pas Hédi, je partirais rejoindre ma mère.* » C'est donc au jeune homme de réanimer sa mère ou du moins de la garder en vie.

T2 Fragilisation narcissique

Hédi est un adolescent très grand avec une carrure imposante, mais il garde toujours la tête et les épaules repliées sur son corps. Son apparence a pu laisser croire à sa mère et aux adultes autour de lui qu'il était capable de tout gérer seul malgré ses fragilités et son jeune âge. Il a, en effet, dû faire face très jeune à des difficultés d'adulte dans le contexte d'une famille migrante monoparentale. Il ne retire jamais son manteau de peur d'exposer son corps qui lui fait honte du fait d'un surpoids et d'une gynécomastie. Il se présente comme un adolescent pour qui les relations amicales et amoureuses sont dérisoires. Il est très discret et observateur. On se laisse facilement prendre par son apparente maturité, qui cache une fragilité narcissique. D'ailleurs, au début de la prise en charge, Hédi nous confiera ces paroles : « *Cela fait des décennies que je me sens comme suspendu, flottant.* »

TEG1 Hédi est un jeune à la sensibilité très accrue au monde environnant, qui semble en permanence dans une hypervigilance pour tenter de « *tout comprendre* », selon ses propres mots. Malgré l'irrégularité de sa scolarité, Hédi présente de belles capacités intellectuelles lorsqu'il n'est pas aux prises avec ses affects dépressifs et les somatisations. Pour compenser cette sensibilité perceptive, son discours est très rationalisé et son fonctionnement opératoire. Cela lui permet d'éviter d'aborder ses émotions, ses craintes pour la santé de sa mère, son angoisse de grandir dans ce monde qui lui paraît menaçant, sa colère contre son père. Parfois, il se perd dans ses théories introspectives hermétiques. Hédi est celui qui présente le monde extérieur à sa mère. Cette responsabilité trop lourde pour un enfant et un adolescent le fragilise sur le plan narcissique. Cette situation se retrouve souvent à la deuxième génération de migrants. Madame semble quelque peu perdue entre la façon dont son fils lui a présenté la situation et ce que lui disent les professionnels. Dans le discours d'Hédi, les éléments de réalité

sont parfois distordus lorsqu'ils attaquent trop violemment son narcissisme fragile. Cette situation apporte des difficultés supplémentaires dans la prise en charge.

TEG1 En évitant régulièrement les propositions de soins, comme les hospitalisations, les soins-études, les hôpitaux de jour, et les exigences scolaires, Hédi se retire au domicile avec sa mère. Il présente des pensées magiques pour excuser ses absences et les interruptions de soins ne pouvant élaborer les affects dépressifs. Pendant ces périodes de rechute dépressive et d'angoisse de séparation, il semble victime du fantasme de rester un éternel enfant évitant de toute ses forces la pression du monde moderne et ses exigences. Il semble déchiré par ce dilemme : devenir un homme et accepter les responsabilités, ou rester un éternel enfant et renoncer à l'indépendance. Les tentatives de séparation, il est vrai, amènent une grande culpabilité. Comment se séparer, ne plus s'inquiéter pour sa mère malade, sa seule figure d'attachement ? À défaut de pouvoir utiliser des modèles identificatoires dans la réalité, il utilise les jeux vidéo dans lesquels il choisit un avatar vivant des aventures trépidantes et qui lui donne virtuellement la possibilité de faire face aux menaces extérieures.

T1 Discussion

Marie Rose Moro [2] décrit trois périodes de vulnérabilité psychique dans l'histoire des familles migrantes et leurs enfants : la période des interactions précoces mère-bébé, celle des premières années de scolarisation et celle de l'adolescence.

T2 Trois périodes clés

Remonter au début de l'histoire périnatale d'Hédi nous permet de faire l'hypothèse que ses symptômes prennent racine dans sa toute petite enfance et se réactivent lors de l'accès à la scolarité et à l'adolescence.

TEG1 Le corps douloureux à l'adolescence se fait messager d'une histoire difficile de liens précoces entravée par la dépression et par le traumatisme maternel. Didier Anzieu soutient que « *le moi-peau [...] c'est l'existence d'un fantasme d'une peau commune à la mère et à son enfant* » [3]. Ce fantasme de peau commune permet au bébé de faire le passage entre la vie intra-utérine et l'autonomie progressive qu'il va acquérir dans son moi. Dans le cas du jeune Hédi ainsi que de sa mère, dès les interactions précoces mère-bébé, ce moi-peau a été teinté de douleurs et de souffrance. Didier Anzieu explique « *ce qui caractérise cette peau commune, c'est que dans cette région-là, la mère et l'enfant n'ont pas besoin de recourir à une médiation pour communiquer [...] ce qui est senti par l'un est senti par l'autre* ».

TEG1 L'angoisse d'Hédi est rapidement projetée sur l'école, qui devient un monde menaçant pour lui tout comme la France l'a été pour sa mère lors des interactions précoces mère-bébé. À l'adolescence se posent les questions sur les filiations et les affiliations pour construire son identité, sa peau-propre. Le processus d'autonomisation s'accélère, la séparation d'avec les parents impose l'arrachage de cette peau commune pour permettre au jeune de construire sa peau propre. Une peau qui lui permet d'interagir dorénavant avec le monde environnant et son entourage, tous deux lui donnant les moyens de son indépendance. Cette nouvelle étape réactive la souffrance en jeu dans le moi-peau des liens précoces. Les

douleurs du corps, ce corps-souffrance, expriment ce qui ne peut se dire de la souffrance psychique car trop précoce.

T2 Un accompagnement à plusieurs niveaux

Madame, contrairement à son fils, reconnaît le lien entre les difficultés vécues pendant les premières années de vie d'Hédi, les vulnérabilités familiales sur le plan psychique et les douleurs exprimées par leurs corps. L'adolescent, lui, met à distance ce lien.

TEG1 Le père et le grand-père sont absents du discours d'Hédi et de sa mère. Le seul souvenir évoqué est la violence envers la mère et le fils. Ils ne peuvent donc occuper la place symbolique et soutenir l'adolescent dans ce travail de séparation et d'autonomisation. Lors des crises d'Hédi, sa mère se remobilise pour l'accompagner dans les lieux de soins. Serait-ce là une des fonctions des douleurs psychosomatiques ? Réanimer la mère ? La garder en vie ?

TEG1 Devant la menace de rechute dépressive ou d'échec scolaire, Hédi se remobilise dans des demandes peu organisées. En difficulté devant les propositions de soins faites par les professionnels, ce sont souvent ces derniers qui s'adaptent à son rythme. L'alternance des périodes de progrès et de régression devient cyclique et entraîne un sentiment d'échec chez les soignants. Les efforts déployés par Hédi pour casser le cercle douleurs, dépression, décrochage scolaire sont coûteux pour son psychisme, et tout cela reste précaire avec une anxiété de performance qui n'est jamais loin à chaque nouveau progrès.

TEG1 Mais avec le soutien de sa mère et la conviction des professionnels, nous parvenons à mettre en place une psychothérapie individuelle pour aider ce jeune à entrer en contact avec ses émotions et son monde intrapsychique. Cet espace de symbolisations pourra lui permettre de trouver des images et des mots à mettre sur ses maux. Ce travail, à terme, peut l'aider à investir le monde extérieur en confiance. La famille a également accepté une aide éducative pour introduire un tiers dans la relation mère-fils [4]. L'éducateur est un homme de l'âge du père d'Hédi, ce qui lui permet de s'identifier à une figure masculine porteuse de dynamisme. Le jeune homme peut s'appuyer sur lui pour recommencer à investir les apprentissages et les soins. L'éducateur l'accompagne d'ailleurs parfois dans les différents lieux lorsque sa mère est souffrante. Les périodes d'inertie seront moins fréquentes à partir de cette rencontre.

TEG1 Enfin, une thérapie transculturelle est proposée à la famille. Madame peut verbaliser la perte de l'enveloppe culturelle du pays d'origine, de l'enveloppe familiale sans pouvoir se représenter les codes culturels du pays d'accueil. Les violences subies et la séparation avec le père d'Hédi ont largement entravé ce processus, douloureux de base pour tout migrant. Elle décrit sa difficulté à affilier son fils à la culture d'origine comme à la culture du pays d'accueil. Les difficultés d'Hédi à investir l'extérieur sous plusieurs formes (scolarité, activités extra-scolaire, socialisation, soins) illustrent cette difficulté d'affiliation dans l'histoire familiale. Les consultations transculturelles permettront à mère et fils de construire le récit de l'histoire migratoire des parents, d'élaborer les difficultés de filiation et d'affiliation ainsi que d'acculturation et de métissage. Jamais évoquées en entretien individuel, les étiologies traditionnelles peuvent également être explorées dans ce dispositif de soins. Les articulations individu-groupe, psychisme-culture, fortement rappelées dans la littérature

transculturelle, révèlent qu'il est souvent difficile de traiter un patient sans l'inclure dans un travail de consultation transculturelle.

T1 Conclusion

La problématique de la perte et du deuil jalonne le parcours de vie d'Hédi et a laissé une fêlure dès l'aube de sa vie. Ces pertes, ces deuils n'ont pas pu être élaborés, et, à l'occasion de la période de l'adolescence, cette opportunité s'actualise par les manifestations douloureuses dans le corps mais aussi par les affects dépressifs. À l'adolescence, le corps est le carrefour où se confrontent les différentes tensions liées aux remaniements pubertaires. La somatisation est une manière d'utiliser le corps comme un espace de rencontre entre la réalité externe et la réalité interne, entre la dépendance et le besoin d'autonomie.

Comprendre et renvoyer au patient que la douleur ressentie est réelle, cela est fondamental dans la prise en charge des douleurs psychosomatiques des adolescents. L'alliance thérapeutique avec le jeune et sa famille en dépend. La prise en charge pédopsychiatrique doit être individualisée et ajustée à l'âge, au niveau de développement psychoaffectif, à la dynamique familiale et à la culture du patient. Elle doit aider à défaire les nœuds du développement psychoaffectif du jeune et à soutenir les parents dans leur fonction de protecteurs capables d'accompagner leur enfant dans le monde extérieur. La clinique montre qu'à l'adolescence les plaintes somatiques peuvent dissimuler une fragilité narcissique, une angoisse de séparation, une dépression. Un travail de psychothérapie individuelle, mais aussi très souvent familiale pendant l'adolescence, sera nécessaire pour aider le jeune à reconnaître et à élaborer sa souffrance psychique comme à comprendre ce qui se camoufle sous les plaintes somatiques n'ayant pas d'étiologie organique.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Points à retenir

- Les douleurs psychosomatiques nécessitent une prise en charge multidisciplinaire.
- L'intégration des parents dans le soin par le biais des thérapies familiales est importante.
- Les difficultés de filiation et d'affiliation à la culture d'origine et à la culture d'accueil doivent être explorées dans le dispositif de consultation transculturelle.
- Un travail psychothérapeutique est à mener pour renouer avec les émotions et les angoisses infantiles enfouies et pour offrir un espace de symbolisation.

Note

¹ Pour des raisons de confidentialité, le prénom a été modifié.

Références

- [1] Rousseau S, Grietens H, Vanderfaeillie J. The Relation between parenting stress and adolescents' somatisation trajectories. *J Psychosom Res* 2014;77(6):477-83.
- [2] Moro MR. *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*. Paris: Dunod; 1998.
- [3] Anzieu D. *Le Moi-peau*. Paris: Dunod; 1995.
- [4] Marcelli D, Braconnier A. *Adolescence et psychopathologie*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2008.