



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mémoire

Trouble sévère du sommeil à l'adolescence : réflexions théorico-cliniques

Severe sleep disorder in adolescence: Theoretical-clinical reflections

Emmanuel de Becker

Service de Psychiatrie infanto-juvénile, Université Catholique de Louvain, Cliniques universitaires Saint-Luc, 10, Avenue Hippocrate, 1200 Bruxelles, Belgique

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 19 juillet 2017
Accepté le 5 septembre 2017

Mots clés :
Adolescence
Anxiété
Cas clinique
Insomnie
Somatisation
Trouble du sommeil

Keywords:
Adolescence
Anxiety
Clinical case
Disturbances of the sleep
Insomnia
Somatization

RÉSUMÉ

À l'adolescence, période de l'existence durant laquelle les modifications physiques et psychiques sont considérables, il n'est guère toujours aisé de pouvoir verbaliser ses appréhensions et incompréhensions. Le corps peut alors servir de vecteur, voire d'exutoire à l'indicible lié aux multiples expériences nouvelles et potentiellement anxiogènes que l'adolescent réalise. Il est fréquent que l'on parle de phénomènes psychosomatiques quand les manifestations du corps et de l'esprit sont intimement liées. Une des possibles expressions présentées à l'adolescence consiste dans les diverses modalités des perturbations du sommeil. Après un rappel succinct des troubles du sommeil à l'adolescence et leur compréhension, nous évoquerons une vignette clinique pour développer une réflexion sur quelques repères au niveau de l'accompagnement thérapeutique. C'est à partir de notre expérience au sein d'une unité de psychiatrie de liaison dans un hôpital général que nous discuterons d'un modèle original de prise en charge pédiopsychiatrique des phénomènes psychosomatiques.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

In the adolescence, period of the existence in the course of which the physical and psychic modifications are considerable, it is hardly always easy to be able to put into words apprehensions and incomprehensions. The body can then serve as vector, even release of the unspeakable connected in the multiple new and potentially stressful experiences, which the teenager realizes. It is frequent that we speak about psychosomatic phenomena when the demonstrations of the body and the spirit are confidentially connected. One of the possible expressions presented to the adolescence consists in the diverse modalities of the disturbances of the sleep. After a brief reminder of sleeping disorders in the adolescence and their understanding, we shall evoke a clinical label to develop a reflection on some marks at the level of the therapeutic support. It is from our experience within a unit of psychiatry of connection in a general hospital that we shall discuss an original model of pedopsychiatric care psychosomatic phenomena.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Lorsqu'elle se déploie sous l'impulsion de la puberté, l'adolescence génère des bouleversements, tels que le jeune individu peut exprimer son trouble, son désarroi sous forme de divers symptômes. À cette période de l'existence durant laquelle les modifications physiques et psychiques sont considérables, il n'est

guère toujours aisé de pouvoir verbaliser ses appréhensions et incompréhensions. Par essence, le sujet ne parvient pas à prendre le recul nécessaire pour élaborer les tenants et aboutissants de ce qu'il vit et ressent au plus profond de son être en pleine mutation [5]. Le corps peut alors servir de vecteur, voire d'exutoire à l'indicible, lié aux multiples expériences nouvelles et potentiellement anxiogènes que l'adolescent réalise. Il est fréquent que l'on parle de phénomènes psychosomatiques quand les manifestations du corps et de l'esprit sont intimement liées. En d'autres termes, une affection somatique est ici essentiellement attribuée à des

Adresse e-mail : emmanuel.debecker@uclouvain.be

<https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.09.009>
0003-4487/© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Pour citer cet article : de E. Trouble sévère du sommeil à l'adolescence : réflexions théorico-cliniques. Ann Med Psychol (Paris) (2017), <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.09.009>

difficultés ou des conflits d'ordre psychique. Une des possibles expressions présentées à l'adolescence consiste dans les diverses modalités des perturbations du sommeil. Après un rappel succinct des troubles du sommeil à l'adolescence et leur compréhension, nous évoquerons une vignette clinique pour développer une réflexion sur quelques repères au niveau de l'accompagnement thérapeutique. C'est à partir de notre expérience au sein d'une unité de psychiatrie de liaison dans un hôpital général que nous discuterons d'un modèle original de prise en charge pédopsychiatrique des phénomènes psychosomatiques.

2. Aspects psychopathologiques

Pour nombre d'adolescents, dormir n'est pas une priorité. Il n'est donc pas rare de constater régulièrement des jeunes en état de privation de sommeil [1,11]. Discussions interminables au téléphone ou sur Internet, jeux vidéo et télévision, sorties, sont autant d'interférences qui retardent l'heure de l'endormissement, créant des décalages dans les phases du sommeil. Il est admis qu'un adolescent est en moyenne connecté cinq heures par jour aux nouveaux médias [7]. Les utilisateurs d'écrans réduisent leur durée du sommeil, la lumière vive des tablettes d'ordinateur déréglant en effet la sécrétion de mélatonine. De plus, le jeune est soumis aux aléas d'un emploi du temps chargé et à des horaires irréguliers. Jonglant entre sa scolarité et ses diverses passions, il méconnaît les signaux qui indiquent la nécessité de dormir. Le sommeil se trouve décalé avec un endormissement tardif, qui peut entraîner un syndrome de retard de phase avec des réveils pénibles [2]. Il en résulte différentes difficultés comme les troubles de concentration et des apprentissages, de l'irritabilité et de la labilité émotionnelle, une atteinte du système immunitaire (maladies à répétition) [8].

Sans développer toutes les manifestations symptomatiques des difficultés du sommeil, rappelons que l'insomnie vraie peut se rencontrer à l'adolescence, traduisant habituellement une quantité et une qualité de sommeil normales, mais décalées vers la fin de la nuit, voire le début de la matinée [10,22]. En consultation pédopsychiatrique générale, il n'est pas rare d'entendre des adolescents se plaindre de leur sommeil. Les filles, plus fréquemment que les garçons, parlent d'insomnie, reliant d'ailleurs ces difficultés à des facteurs d'ordre psychologique, telles des inquiétudes sur le plan scolaire ou reliées à des tensions relationnelles intra ou extrafamiliales. L'endormissement constitue un moment délicat et fragile à l'adolescence. Bien des jeunes tentent de lutter contre l'angoisse qui s'installe avec la nuit [15]. Différents objets transitionnels, telles la musique ou les activités orales (comme le tabac, l'alcool) ou encore sexuelles (telle la masturbation) ont une double fonction de détente et de réassurance narcissique. Le sommeil représente par excellence un temps de régression qui réveille chez le jeune les sentiments de perte de maîtrise sur le monde pulsionnel surgissant au cours de l'activité onirique nocturne. Si l'insomnie peut être liée à des conditions inopportunes ou à une hygiène de vie et de sommeil médiocre, elle traduit également l'angoisse retardant l'endormissement avec, dans certains cas, une véritable phobie du coucher. Si l'insomnie occasionnelle précédant, par exemple, les périodes d'examen est relativement fréquente chez certains, l'insomnie chronique révèle habituellement une anxiété pathologique. Les troubles du sommeil chez l'adolescent sont toujours à considérer avec attention, susceptibles de signaler un mal-être profond, un dysfonctionnement psychologique nécessitant une réelle prise en charge. Des auteurs comme Marcelli et Braconnier ont souligné que le sens et la fonction du sommeil évoluent selon l'âge du sujet [18]. L'alternance sommeil/veille étant étroitement liée à l'alternance satisfaction/besoin, plusieurs dimensions, tels l'émergence

des désirs, les mécanismes de régression ainsi que la qualité des liens d'attachement complexifient et modifient ce rythme binaire. Dépendant de la maturation psychoaffective, le sommeil et l'activité onirique révèlent des aspects essentiels de séparation, de fusion, d'abandon, d'anéantissement, de renoncement... Pour accepter de s'endormir, le jeune individu doit pouvoir s'étayer sur une image fusionnelle mère-enfant protectrice. L'enjeu principal consiste à accepter la régression en l'investissant d'une charge libidinale qui respecte l'intégrité du Moi. Si, pendant l'enfance, la présence de l'entourage permet d'aménager l'aire transitionnelle propice à l'endormissement, la régression inhérente au sommeil étant assumée, il en est autrement à l'adolescence. L'importance des perturbations du sommeil illustre la vulnérabilité de l'aire transitionnelle d'endormissement, intensifiée par les enjeux et les remises en question adolescentes. Ces difficultés, certainement lorsqu'elles se chronifient et qu'elles entament l'état général, le fonctionnement du sujet, sont alors à comprendre comme des manifestations psychosomatiques.

La médecine psychosomatique est très ancienne, étant donné qu'Hippocrate lui-même établissait des liens entre le corps et l'esprit [19]. Dans une acception générale, on recourt au terme psychosomatique lorsque certains symptômes ou affections somatiques sont principalement attribués à des difficultés et des conflits d'ordre psychique. Dans le sens courant, on utilise ce terme lorsque l'approche médicale classique peine à soigner et à contrôler certaines maladies. Si les phénomènes psychosomatiques sont fréquents à l'adolescence, on les retrouve dès la naissance. Si les classifications diagnostiques internationales parlent de « troubles à symptomatologie somatique », on distingue schématiquement les troubles fonctionnels sans altération organique des maladies psychosomatiques marquées par une atteinte lésionnelle (parfois avec signes biologiques) [4]. Le diagnostic différentiel doit permettre d'écarter entre autres certaines manifestations qui associent également des phénomènes psychiques et une symptomatologie physique comme les retentissements psychologiques des maladies somatiques, les aggravations d'affections somatiques du fait de difficultés psychologiques, des plaintes persistantes d'allure somatique, régulièrement relayées par l'entourage, ne donnant pas lieu à de réelles manifestations somatiques observables, les comportements traditionnellement qualifiés de « conversions hystériques », le symptôme physique étant doté d'une signification symbolique inconsciente. Relevons aussi chez le jeune enfant le « syndrome du comportement vide » qui est une forme particulière de manifestations psychosomatiques parfois reliée à l'autisme ou à la psychose. Ce syndrome, souvent associé à des signes somatiques variés, est marqué par une inexpressivité affective, une indifférenciation au niveau relationnel, une absence d'activité auto-érotique et transitionnelle. Ce vide psychoaffectif doit être distingué des véritables états autistiques ou psychotiques précoces. État à haut risque psychosomatique, il est réversible si on aménage une prise en charge thérapeutique efficace ainsi que les conditions de vie générales de l'enfant.

Pour Kreisler, les affections psychosomatiques sont des maladies physiques, dont le déterminisme et l'évolution sont corrélés à des facteurs psychiques ou conflictuels [13]. Les expressions psychosomatiques (ou « à participation psychosomatique ») sont fréquentes dès le plus jeune âge, le corps de l'enfant et les manifestations corporelles qui s'y rattachent étant étroitement reliés aux interactions avec l'entourage. Une d'entre elles consiste d'ailleurs dans l'insomnie du premier trimestre de vie. Rappelons combien le nourrisson est un être essentiellement psychosomatique. N'en est-il pas de même au début de l'adolescence ? Deux grands mécanismes semblent à l'origine de ces somatisations particulières. Tout d'abord, on retrouve des souffrances par privation (accidentelle ou prolongée), tels les deuils, les séparations, les carences affectives précoces, les

blessures narcissiques... Ensuite, peuvent exister des épreuves conflictuelles, soit par tension externe (par exemple conflit entre les besoins et les désirs de l'enfant et ceux de son entourage), soit par tension interne (le sujet pris à la fois dans des mouvements d'amour et de haine envers le même objet). Au début, le trouble peut être réactionnel ; puis, dans un second temps, il est susceptible de s'organiser, se structurer, s'installer et évoluer pour son propre compte, en perdant éventuellement le sens qu'il avait précédemment. Et une comorbidité peut apparaître. Il est classique d'évoquer un mode de pensée opératoire ainsi qu'une « alexithymie ». Le sujet connaît en effet une difficulté à percevoir, à reconnaître ses émotions et à les exprimer verbalement. Tant le jeune enfant que l'adolescent peuvent se retrouver dans ces types de fonctionnement et de réactivité.

Lorsque nos défenses classiques ne peuvent contenir et contrôler nos affects conflictuels, il est fréquent que nous ayons recours à des processus de déplacement ou encore à « faire parler le corps ». Le phénomène psychosomatique est évoqué lorsqu'une manifestation physique apparaît, mais également lorsqu'elle disparaît. Nombre de cliniciens voient des parallèles entre la petite enfance et la première adolescence [24,25]. Les difficultés de sommeil sont d'ailleurs fréquentes à ces deux âges spécifiques de la vie.

S'appuyant sur les travaux de Marty, Press estime « qu'il existe deux types forts différents de somatisation. Maladies régressives d'une part, spontanément réversibles la plupart du temps et limitées dans le temps, permettant, à l'intérieur même de la crise, une réorganisation somatopsychique. Désorganisations contre-évolutives de l'autre, où, les paliers de fixation – régression ayant fait défaut, tant au niveau somatique qu'au niveau psychique, la désorganisation, commencée dans le psychisme, se poursuit dans le soma et aboutit à des maladies graves telles que cancers et maladies auto-immunes. La dépression essentielle, et son corollaire, la vie opératoire, sont les marqueurs de la désorganisation dans la vie psychique » [19,24,25, p. 156]. Par ailleurs, à la suite de Donabedian, nous comprenons que les transformations psychophysiologiques de la puberté amènent l'adolescent à un travail psychique de mise en représentations de ses pulsions sexuelles et de ses identifications postœdipiennes [5]. L'analyse des débordements des mécanismes défensifs conduit au processus de « démentalisation » à forte valence désorganisatrice. Il peut être lié à un trauma, à un investissement de suridéation ou encore à une surcharge d'excitation sexuelle peu maîtrisable à l'adolescence. La « démentalisation » peut entraîner une distorsion de la vie psychique, créant les conditions d'altération de l'image du corps, voire d'atteinte directe du corps [5]. Notons encore, comme l'a montré Nigolian, que l'adolescent peut opter pour la voie de décharge psychosomatique, donnant l'image du « jeune conforme et sage », à l'opposé des tableaux bruyants décrits habituellement à cet âge [23]. Cet auteur nous dit à ce propos qu'il « s'agit souvent des cas de figure les plus graves, au sens psychosomatique strict. La crise adolescente est absente, suite à une dissociation corps-psyché, les excitations pubertaires tournent en circuit fermé » ([23], p. 411). La somatisation viendrait se substituer à la crise adolescente, le pubertaire se confondant avec le somatique. Le corps prenant le relais d'une psyché conflictualisée, le symptôme met en évidence la relation primordiale entre l'archaïque et le pubertaire (celui de l'adolescent et celui des parents), tout en questionnant la séduction traumatique, « l'incestualité », la « passivation » (archaïque-infantile), le besoin de maîtrise ou encore l'angoisse liée à la pulsion scopique (voir/être-vu par le parent...). Concernant ce dernier aspect, soulignons, à la suite de Maïdi, combien les difficultés de sommeil peuvent traduire une fragilité du jeune sujet en lien avec des éléments fantasmatiques et/ou issus de la réalité matérielle [17]. « Taraudé par la honte et la culpabilité qui

agissent concomitamment à cette période tumultueuse, l'adolescent est traversé par des élans de pensée paranoïde. Ainsi, il est sur le qui-vive de tout, de soi comme des autres. Il se surveille et se sent surveillé. Il accuse et se sent accusé, il regarde et se sent regardé. Rappelons que la honte comme la culpabilité sont étroitement liées au regard qui surveille et à la voix qui critique, celle de la figure du père » [17, p. 283].

3. Vignette clinique

Sans être paradigmatique, illustrons notre propos par une vignette clinique issue de nos interventions en Unité de psychiatrie de liaison au sein d'un hôpital général. Nous rencontrons, dans le cadre des consultations générales pédopsychiatriques dans la même institution, Valentine, âgée de 12 ans et demi, accompagnée de sa mère. Mère et fille sont peu loquaces, les visages fermés, les traits tirés. Respectant le rythme d'énonciation de la jeune et de l'adulte, nous entamons notre anamnèse avec délicatesse et prudence. Par quelques mimiques, Valentine invite sa mère à s'exprimer. Précédée de deux garçons âgés respectivement de dix-neuf et quinze ans, Valentine est la troisième de la fratrie. Elle vit avec son père, sa mère et ses frères dans un milieu aisé. Intelligente, Valentine poursuit une scolarité avec performance et souci de la perfection. Discrète, elle entretient quelques relations amicales solides depuis l'enfance. Peu encline aux activités parascolaires, elle apprécie le tennis et le violon, activités qu'elle investit avec rigueur et sérieux. Petit à petit, nous tentons de rencontrer plus directement Valentine, l'invitant à s'énoncer. Soutenant le regard, elle manifeste un certain malaise, perdue dans ses pensées, ne parvenant guère à structurer une quelconque réponse à nos questions, somme toutes banales. Attentif à ne pas brusquer l'adolescente, nous proposons de poursuivre en invitant à nouveau la mère à faire état des raisons de la consultation. Madame, à mots choisis, parle de son inquiétude devant la dégradation de sa jeune fille sur les plans physique et moral. En effet, depuis plusieurs mois, Valentine s'endort de plus en plus tardivement, ce qui entraîne une fatigue importante avec perte d'élan vital, manque d'enthousiasme et absentéisme scolaire. Le problème est loin d'être récent. Dans les antécédents, nous notons un trouble du sommeil dès la naissance ayant amené des démarches vers différents thérapeutes (psychologue, psychomotricien, kinésologue...). Il y a un an, le médecin de famille a prescrit mélatonine puis somnifère, sans résultat probant. Valentine grandit, accompagnée de cette problématique, telle une caractéristique qui vient la définir. Cependant, actuellement, le trouble s'aggrave au point où son équilibre fragile bascule. Valentine acquiesce du bout des lèvres les propos maternels... sans toutefois donner l'impression de s'approprier son état.

Après ce premier contact, nous proposons de revoir rapidement l'adolescente, et si possible en présence de ses deux parents. Sitôt que nous évoquons la personne du père, Valentine se raidit et se ferme complètement. Madame reprend alors la parole et aborde d'autres difficultés, celles sur le plan relationnel entre son mari et la jeune : « Voilà plusieurs mois que Valentine n'adresse plus la parole à son père et que celui-ci évite le contact pour ne pas exploser de colère... » Aucune piste de compréhension n'est donnée, ni par l'adulte ni par l'adolescente. Valentine acceptera toutefois de nous rencontrer individuellement, en parallèle d'un entretien père/mère. L'adolescente confie qu'elle ne peut plus supporter la vue de son père, sans réellement en comprendre les raisons. Ce dernier, en présence de sa femme, n'en donne pas davantage, précisant que la relation s'est progressivement détériorée jusqu'à l'impossibilité pour la jeune de croiser le regard paternel. Impuissante, la mère a tenté de maintenir une

dynamique familiale bienveillante, reconnaissant que les cinq membres de la famille se sont petit à petit isolés, ne partageant plus rien sur le plan émotionnel. Lors de la rencontre avec les deux parents, la tension est perceptible. Le couple est en crise et ce, depuis de très nombreux mois. Madame ose alors une interprétation du comportement de Valentine : « Je me demande si notre fille, par son mal-être, ne traduit pas celui du couple... » Et Monsieur de poursuivre : « Veux-tu dire que Valentine souhaite que je dégage ? » Nous apprendrons que, sur l'initiative de Madame, une thérapie de couple a été initiée il y a deux ans, mais interrompue par Monsieur après cinq séances. Soulignons également que Madame travaille dans la société de Monsieur, qu'elle dépend entièrement financièrement de ce dernier et qu'elle ne dispose pas d'un budget suffisant pour assurer tous les frais inhérents à la vie familiale. Régulièrement, une crise éclate sur les questions de finances et de dépenses. Étant donné les souffrances individuelles et relationnelles, nous proposons un canevas d'accompagnement thérapeutique diffracté basé sur une co-thérapie (pédopsychiatre-psychologue). Si le premier clinicien rencontre le couple parental, le second assure les entretiens individuels avec l'adolescente, processus scandé par des réunions familiales. Les épreuves projectives (TAT et Rorschach), réalisées tant pour ouvrir sur des éléments inconscients que dans une tentative d'affiliation à partir d'un média, confirment un fonctionnement névrotique avec présence d'angoisses massives, d'affects dépressifs, des images parentales peu sécurisantes. La sexualité est absente et l'agressivité se déploie sur un mode archaïque. L'élaboration de Valentine demeure pauvre (pour ne pas dire « en panne ») ; quant aux parents, suite aux quelques entretiens, ils décident de se séparer pour une durée de six mois. Comme la dégradation de l'état psychique et physique de l'adolescente se poursuit, devant la détresse parentale nous proposons, après trois mois de suivi ambulatoire, une hospitalisation de trois semaines dans notre Unité de pédiatrie générale avec intervention de notre équipe PIM (« projet intégré multidisciplinaire »), Unité de psychiatrie de liaison spécifique. Cette hospitalisation vise plusieurs objectifs :

- un bilan réalisé par les confrères pédiatres spécialisés dans les troubles du sommeil ;
- une restructuration du cycle nyctéméral en redéfinissant une alternance correcte des temps de veille et de sommeil ;
- une distanciation relative du milieu familial permettant de travailler entre autres les aspects de liens d'attachement, d'identification, de construction identitaire.

Nous maintenons les entretiens tant individuels avec la jeune et chaque parent ainsi que les rencontres familiales et fraternelles. Nous avons ainsi l'occasion de faire connaissance avec les deux frères, peu conscients des difficultés de leur sœur. L'hospitalisation représente un événement qui fait crise pour le patient et pour le système familial. Celle-ci peut constituer en elle-même un levier thérapeutique par la séparation qu'elle implique entre le jeune et son entourage [6,12]. Cette séparation réelle et symbolique ainsi que le cadre défini de l'hôpital peuvent permettre au jeune de mobiliser son symptôme. Adhérent au projet thérapeutique, Valentine retrouve progressivement un cycle veille/sommeil normal. Les tests somatiques centrés sur le sommeil reviennent sans particularité, les pédiatres étant défavorables à toute médication psychotrope. Le seul point d'achoppement se situe dans le lien Valentine-père, étant donné le refus massif de l'adolescente de rencontrer le parent. Désarmé, ce dernier est choqué lorsque, croisant sa fille à l'étage de l'hôpital, celle-ci fait demi-tour pour l'éviter ouvertement. Dans l'après-coup, Valentine ne pourra rien en dire. L'hospitalisation ne l'autorisera guère à dépasser son mode de pensée opératoire...

Après trois semaines, l'adolescente regagne le domicile, quitté comme convenu par le père. Le suivi ambulatoire se remet

rapidement en place, poursuivant les lignes directrices des processus individuels et familiaux. Dans l'idée de consolider la remise en place du cycle nyctéméral, étant donné le lien fusionnel spécifique entre Valentine et la mère, nous préconisons une période intermédiaire durant laquelle l'adolescente est hébergée la moitié de la semaine chez ses grands-parents. Malgré ces aménagements, les troubles du sommeil réapparaissent, non sans une intensité moindre qu'au temps du début de la prise en charge. Deux mois après la sortie de l'hôpital, Valentine confie à la psychologue son désarroi face à ce que nous comprenons comme un climat incestuel généré par le père depuis de nombreuses années. Elle pourra enfin parler de ses affects et appréhensions à l'égard d'un parent qui suscite un trouble au niveau de l'intime, du corps et de la sexualité. Le décalage du sommeil avait entre autres une fonction de vigilance, de protection vis-à-vis de l'éventuel prédateur. Si l'adolescente a trouvé la force intérieure pour mettre des mots et du sens sur la somatisation, elle ne souhaite toutefois point s'en ouvrir par ailleurs, redoutant les retombées sur l'entourage d'une inévitable crise familiale. De plus, aucun élément matériel au sens d'un contact direct, tangible, entre l'adulte et Valentine ne semble avoir existé. Des regards, des allusions, des frôlements de la part de Monsieur ont abîmé l'enfant puis l'adolescente dans ses repères et sa construction identitaire. L'incestuel apparaît parfois plus traumatogène que les actes portés dans le réel du « corps à corps ». Ici, les dégâts psychiques sont tels que la jeune est fragilisée dans son estime personnelle et ses liens avec le monde extérieur [3]. Un an après le premier contact, l'accompagnement est toujours en cours...

4. Éléments de prise en charge

Évoquer la « psychiatrie de liaison » fait référence par essence aux nécessaires échanges entre le patient, la famille et les différents membres des équipes médicale et soignante dans l'élaboration et le suivi des projets thérapeutiques [9]. Dans un article collectif précédent, nous faisons état d'une initiative originale que constitue le « projet intégré multidisciplinaire » (PIM) [14]. Par les dialogues réguliers, ce dispositif vise à éviter, d'une part, le clivage des différentes prises en charge et, d'autre part, le déchirement du patient entre de multiples spécialités, leur logique et leur épistémologie. Ainsi, les termes de « psychiatrie de liaison » et de « projet intégré multidisciplinaire » prennent toute leur signification autour de la finalité de lier le soma et la psyché tant chez les soignants que chez l'enfant et sa famille. L'équipe du PIM est constituée de plusieurs spécialités : pédiatre, neuropédiatre, pédopsychiatre, psychologue, kinésithérapeute et éducateur. Étant donné que le séjour est de courte durée, nous veillons à la mise en place d'un canevas de prise en charge quotidienne par les différents membres de l'équipe (semainier avec horaire précis pour chaque discipline). À côté des bilans somatiques, des entretiens psychologiques et pédopsychiatriques sont réalisés pour compléter l'évaluation tout en créant les conditions propices à une rencontre authentique [21]. « Quand le conflit psychique se situe en amont du symptôme (somatisation, conversion hystérique, anorexie...), le corps agit quelque chose qui ne peut être pensé. Dans ces situations, un espace thérapeutique individuel de parole, d'élaboration et de mise en lien entre le symptôme et la pensée sera proposé au jeune. Des entretiens sont proposés régulièrement à la famille. Nous avons également une attention particulière à établir une alliance avec la fratrie et l'entourage du patient (intervenants sociaux, école). Ces différents entretiens permettent de mesurer les potentialités et les solidarités existantes entre les membres de la fratrie, mais aussi de connaître leur rapport à la maladie (empathie, rejet, déni...) et les représentations qu'ils en ont. En effet, les parents ont souvent

tendance à demander davantage aux frères et sœurs d'un enfant malade, voire d'éliminer toute possibilité de rivalité fraternelle, ce qui peut avoir diverses conséquences pour le reste de la fratrie et pour le patient » [14]. Les prises en charge kinésithérapeutiques constituent des moments privilégiés au cours desquels certaines difficultés peuvent être plus particulièrement abordées, telles que le sentiment de tension interne, les représentations corporelles, le rapport à son propre corps et à celui des autres, l'image et l'estime de soi... Dans le cas de somatisations ou de conversions hystériques par exemple, ces prises en charge sont particulièrement intéressantes afin d'aider le jeune à mettre en mots ce que son corps lui dit. Les soins se font dans des lieux tels que la piscine ou la salle de sport ou de jeu qui permettent d'observer le jeune et ses symptômes au travers de situations variées. Ces expériences corporelles se veulent également sources de plaisir, de détente et d'expériences positives. Elles contribuent à part entière au bien-être psychique du patient. Les interventions éducatives dans certains moments ciblés (repas, bains, école, transitions, séparations) sont importantes pour le jeune et sa famille. Les échanges informels et spontanés que l'équipe éducative entretient avec les parents sont également essentiels et nourrissent le travail des pédiatres, ainsi que les entretiens du psychologue et du pédopsychiatre. Les éducateurs peuvent également accompagner l'enfant et sa famille dans des démarches extérieures, dans le but de faire le lien avec le projet de sortie [16].

En complément de ce qui précède, il peut s'avérer utile de penser de manière structurée les éléments de conduite générale à tenir devant des manifestations psychosomatiques, tels des troubles graves du sommeil chez l'adolescent. Sans être exhaustif, épinglons-en quelques-uns :

- d'abord, reconnaître la symptomatologie physique et éliminer d'éventuelles causes organiques en soulignant qu'un symptôme psychosomatique peut être « surdéterminé » ;
- dès lors, effectuer un examen somatique approfondi sans tomber dans l'escalade (risque de renforcer ou de fixer certains symptômes) ;
- ensuite, évaluer les caractéristiques psychologiques du jeune, notamment son mode de pensée, ses modalités relationnelles, son développement cognitif, ses capacités à élaborer ou à se représenter psychologiquement une situation ;
- dans la mesure du possible, approcher la personnalité des parents, leur façon d'aborder le trouble de leur adolescent ainsi que leur relation de couple et de famille ;
- puis, resituer le trouble psychosomatique dans le cadre des interactions parents–adolescent, en rappelant que les manifestations psychosomatiques chez l'enfant mais également chez l'adolescent peuvent agir sur le psychisme de la mère (ou des parents) et induire des mouvements affectifs ou des comportements particuliers (rejet, « surprotection »...) ;
- dans la suite, repérer les éléments de l'histoire du jeune et de sa famille, les antécédents, les événements et les facteurs déclenchants et estimer leur impact dans la dynamique des interactions parents–adolescent ;
- pour, après, traiter les principales situations à risque d'évolution psychosomatique, soutenir les capacités d'expression des émotions du jeune et accompagner la famille.

Il y a lieu de concevoir les interventions à finalité psychothérapeutique, sans se priver des moyens de traitement à visée symptomatique (somatique). Soyons attentif à la façon dont on aborde ces troubles ; il est fréquent que les jeunes et leurs parents, lorsqu'on pose un diagnostic de « manifestation psychosomatique », aient le sentiment que le clinicien ne les prend pas au sérieux, estime « qu'ils n'ont rien » ou qu'ils « font exprès ». Il s'agit d'écouter, d'expliquer et de reconnaître la

souffrance de l'adolescent, tant auprès de lui-même que de ses parents. Ceux-ci attendront l'attention par rapport aux inquiétudes qu'ils ressentent, à leur sentiment de désarroi ou d'incompréhension, voire à leur culpabilité [26].

En se centrant sur les troubles du sommeil, il s'avère utile de rencontrer l'adolescent sur des aspects concrets de sa problématique, par exemple en le sensibilisant à un rite d'endormissement. Au niveau de la dynamique familiale, en soutenant le dialogue, il peut être intéressant de faire intervenir un tiers (un autre membre de la famille, un ami, un médecin...) pour apprendre à mieux gérer les relations interpersonnelles, mais aussi afin de trouver des solutions acceptables pour tous. De manière pragmatique, il y a lieu de poser un cadre clair et simple, en (ré)-installant, par exemple, des rituels du coucher, en décidant de l'heure à laquelle il est nécessaire de préparer sa nuit, de stopper Smartphone, ordinateur et chats interminables sur Internet, télévision et jeux vidéo... Poursuivre le dialogue, sans pour autant disqualifier la position des parents inquiets par l'attitude de leur jeune, demande une grande habileté. Par ailleurs, certaines équipes spécialisées dans le traitement des adolescents disposent aujourd'hui d'ateliers équipés de ces nouveaux modes de communication qu'ils intègrent à la thérapie, aux fins de rétablir une meilleure utilisation du virtuel. En conséquence, l'accompagnement des jeunes dits « psychosomatiques » et de leur entourage nécessite doigté, créativité, bienveillance et cohérence.

5. Conclusion

Il est classique d'entendre que le symptôme psychosomatique est « bête », contrairement au trouble de la conversion hystérique qui avait permis au père de la psychanalyse de sonder la profondeur et la logique implacable et secrète de la psyché [23]. Par ailleurs, il est fréquent de qualifier l'adolescence d'« âge bête », « expression qui en dit long sur la question du sens ou du moins de l'intelligibilité de cette population aux yeux des adultes frappés par un refoulement postadolescent parfois aussi hermétique que l'amnésie des temps reculés de l'enfance. Ce rapprochement des termes n'est pas innocent » [23, p. 403]. Les phénomènes psychosomatiques interrogent nos croyances, nos théories et leur rapport qu'elles entretiennent avec la pratique. Plus encore pour la pratique avec les adolescents que pour les autres âges de l'existence, une évidence s'impose ; c'est l'interrelation dialectique qui doit exister entre la clinique et la théorie quand on se penche sur les adolescents et leur somatisation. Pas de théorie qui ne renvoie à une observation clinique ; mais, à l'inverse, pas de clinique qui ne soit fondée sur une théorie, celle-ci seule lui donnant forme et existence. Les manifestations psychosomatiques de l'adolescent demandent une approche prudente et tenace de la part du clinicien. L'approche thérapeutique de l'« adolescent psychosomatique » doit intégrer à la fois un accompagnement concret du trouble somatique et une élaboration, souvent progressive, des enjeux personnels et relationnels qui sous-tendent les nœuds conflictuels. Les propos de Winnicott repris par Matot demeurent toujours d'actualité quand le pédiatre-psychanalyste estimait primordial de respecter le temps de l'adolescence et de l'adolescent au risque sinon de complexifier les processus de maturation graduelle qui aboutissent à l'avènement de la personne adulte [20,27]. Nous sommes ainsi invités à tenir compte du rythme du jeune tout en l'accompagnant dans une démarche de questionnement bienveillant et structurant.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Anderson B, Storfer-Isser A, Taylor HG, Rosen CL, Redline S. Associations of executive function with sleepiness and sleep duration in adolescents. *Pediatrics* 2009;123:701–7.
- [2] Beebe DW, Fallone G, Godiwala N, Flanigan M, Martin D, Schaffner L, et al. Feasibility and behavioral effects of an at-home multi-night sleep restriction protocol for adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2008;49:915–23.
- [3] de Becker E. Une expression particulière du PTSD à l'adolescence. *Ann Med Psychol* 2014;172:280–5.
- [4] de Becker E. Le diagnostic en Psychiatrie Infanto-Juvenile est-il possible et souhaitable ? *Cah Psychol Clin* 2017;48:65–90.
- [5] Donabedian D. L'adolescent et son corps. Paris: PUF; 2015.
- [6] Duverger P, Lebreuilly-Paillard A, Legras M, Chocard AS, Malka J. Le pédopsychiatre de liaison, un praticien de l'inattendu. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2009;57:505–9.
- [7] Fisher FM, Nagai R, Teixeira LR. Explaining sleep duration in adolescents: The impact of socio-demographic and lifestyle factors and working status. *Chronobiol Int* 2008;25:359–72.
- [8] Gau SSF, Shang CY, Merikangas KR, Chiu YN, Soong WT, Cheng AT. Association between morningness-eveningness and behavioral/emotional problems among adolescents. *J Biol Rhythms* 2007;22:268–74.
- [9] Gerardin P. Liens et liaison en pédopsychiatrie. Préventions et soins dans la pathologie du lien. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2009;57:452–5.
- [10] Hagenauer MH, Perryman JJ, Lee TM, Carsadon MA. Adolescent changes in the homeostatic and circadian regulation of sleep. *Dev Neurosci* 2009;31:276–84.
- [11] Iglowstein I, Jenni OG, Molinari L, Largo RH. Sleep duration from infancy to adolescence: reference values and generational trends. *Pediatrics* 2003;111:302–7.
- [12] Jousselman C. Psychiatrie de liaison en pédiatrie : entre corps, affects et pensée. *Arch Pediatr* 2000;1:1–3.
- [13] Kreisler L. La Psychosomatique de l'enfant. In: « Que sais-je ? » 4^e Éd, Paris: PUF; 1992 [revue et mise à jour].
- [14] Lamoureux I, de Becker E, Nassogne MC, Symann S. Un dispositif de travail original intégrant les soins du corps et de l'esprit chez l'enfant et l'adolescent. *Enfances-Adolescences* 2012;2:47–62.
- [15] LeBourgeois MK, Giannotti F, Cortesi F, Wolfson AR, Harsh J. The relationship between reported sleep quality and sleep hygiene in Italian and American adolescents. *Pediatrics* 2005;115(Suppl. 1):257–65.
- [16] Lenoir P, Maloy J, Desombre H, Abert B, Ould Taleb M, Sauvage D. La psychiatrie de liaison en pédiatrie : ressources et contraintes d'une collaboration interdisciplinaire. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2009;57:75–84.
- [17] Maïdi H. La révolte narcissique. *Adolescence* 2015;33:277–88.
- [18] Marcelli D, Braconnier A. Adolescence et psychopathologie. Paris: Elsevier Masson; 2013.
- [19] Marty P. L'Ordre psychosomatique. Paris: Payot; 1980.
- [20] Matot JP. L'enjeu adolescent. Paris: PUF; 2012.
- [21] Medikane F, Vallée L, Delion P. Pédopsychiatrie de liaison : une position de l'entre-deux ? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2010;17:209–10.
- [22] Moore M, Kirchner L, Drotar D, Johnson N, Rosen C, Ancoli-Israel S, et al. Relationships among sleepiness, sleep time and psychological functioning in adolescents. *J Pediatr Psychol* 2009;34:1175–83. <http://dx.doi.org/10.1093/jpepsy/jsp039> [Epub 2009 Jun 3].
- [23] Nigolian I. Adolescence et psychosomatique. *Adolescence* 2005;2:403–15.
- [24] Press J. Deuil, impasses psychiques et somatisations. *Rev Fr Psychosom* 2006;30:9–25.
- [25] Press J. La construction de la théorie en psychosomatique. *Rev Fr Psychosom* 2008;34:151–68.
- [26] Sami-Ali M, Corcos M, Cady S, Bensoussan M, Derzelle M, Le Goff JF, et al. Psychosomatique et adolescence. *EDP Sciences « Recherche en Psychosomatique »*; 2015.
- [27] Winnicott DW. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris: Payot; 1989.