



L'alliance thérapeutique avec l'adolescent en crise

Julien Fousson ¹

La clinique de l'adolescence, si elle comporte des spécificités qui justifient son individualisation, s'ancre profondément dans une perspective développée à partir du travail avec les enfants. Nous allons donc détailler dans un premier temps comment les pédopsychiatres ont abordé la question de l'alliance thérapeutique avant de nous consacrer aux aspects de cette question propres à l'adolescence.

Spécificités de la psychothérapie chez l'enfant

L'intérêt des pédopsychiatres pour la question de l'alliance thérapeutique est lié aux caractéristiques particulières que présente leur exercice par rapport à celui de la psychiatrie adulte. Nous commencerons donc par rappeler brièvement deux de ces caractéristiques importantes pour notre propos.

La question de la demande

Lorsqu'un patient adulte consulte en psychiatrie, il est porteur d'une certaine demande d'aide en lien avec ses symptômes. On se trouve alors dans cette situation que Freud (1920) décrit comme idéale :

« Quelqu'un par ailleurs maître de soi souffre d'un conflit interne auquel il ne peut mettre fin tout seul, si bien qu'il finit par venir chez le psychanalyste à qui il se plaint de la chose et demande son aide. Alors le médecin travaille la main dans la main avec l'une des parties de cette personnalité pathologiquement divisée en deux, contre l'autre partenaire du conflit. » (p. 248)

Cette demande liée au désir de guérison est ainsi l'indicateur d'une souffrance sous-jacente, souffrance qui constitue le « moteur principal » du traitement (Freud, 1913).

Bien sûr, la situation ne se présente pas toujours avec autant de clarté, même en psychiatrie adulte, comme c'est souvent le cas par exemple lors des interventions de crise. Néanmoins, cette situation dépeinte par Freud comme idéale à l'analyse, et l'on pourrait ajouter, à toute psychothérapie, nous permet de souligner un point spécifique de la psychothérapie d'enfant : ce dernier ne peut venir de lui-même chez le médecin pour demander son aide. Le « temps de la demande » (Oury et Monasse, 1987) n'est pas un temps individuel, il ne peut correspondre à une démarche

¹ Praticien Hospitalier sur le Service ERIC au Centre Hospitalier J.M. Charcot (Plaisir, 78).

personnelle : « Aucun enfant jusqu'à l'adolescence ne peut faire d'emblée une demande de psychothérapie pour lui-même sans le support initial d'un parent ou d'une institution » (p. 139).

Est-ce à dire que l'enfant ne présente pas de demande propre ? C'est apparemment la position d'une des pionnières de la psychanalyse d'enfants, Anna Freud, position affirmée dès ses premiers travaux (1926) :

« Le recours à l'analyse ne part jamais du petit patient, mais toujours des parents ou de l'entourage. On ne demande jamais à l'enfant s'il est d'accord. Si on lui posait cette question, il ne serait pas non plus en mesure d'émettre un jugement, ni d'y répondre. L'analyste est un étranger pour lui, et l'analyse quelque chose d'inconnu. Mais ce qui importe d'avantage, l'enfant, dans bien des cas, n'éprouve aucune souffrance, il ne ressent souvent lui-même aucun trouble ; son entourage, seul, souffre de ses symptômes ou de ses espiègleries. Ainsi, tout ce qui paraît indispensable, dans la situation de l'adulte, fait défaut dans celle de l'enfant : la conscience de la maladie, la détermination personnelle et la volonté de guérir. » (p. 4)

La psychanalyse d'enfant doit donc, pour cet auteur, être précédée d'une « phase préparatoire » visant à rapprocher l'attitude de l'enfant de « l'attitude idéale du patient adulte » (p. 5). Par ailleurs, le thérapeute ne pouvant pas s'adresser à l'enfant « de personne à personne » doit s'appuyer sur ses parents tout au long du traitement – nous allons revenir sur ce point dans le paragraphe suivant.

Précisons toutefois que cette position théorique adoptée par Anna Freud apparaît en contradiction avec ce qu'elle rapporte, dans ce même texte, de sa pratique. Elle présente en effet plusieurs observations de jeunes patients exprimant très clairement une souffrance et une demande d'aide. Renders (1991) suggère que cet écart entre théorie et pratique peut être lié à son histoire personnelle : « Les conditions de sa propre analyse d'enfant avec son père ont dû amener Anna Freud, au moins inconsciemment, à douter de la possibilité pour un enfant d'un parler vrai avec un analyste, d'un parler en son nom, d'une demande propre. » (p. 133)

Actuellement, beaucoup d'auteurs ne partagent pas cette position théorique. Ainsi, Mathelin souligne : « Il serait faux de prétendre que seuls les parents demandent, même si ce sont eux qui ont pris rendez-vous. Les enfants appellent par leur souffrance, par leur symptôme » (p. 25). Selon Renders (1991), qui note également la fréquence de l'expression d'une souffrance chez ses patients, l'enfant est ainsi porteur d'une demande qu'il s'agit d'entendre, le traitement pouvant être souvent mené « indépendamment de toute action directe et éducative sur son milieu » (p. 145).

Si donc une demande existe bien chez l'enfant, ce n'est pas tant une demande explicite que ce que l'on pourrait appeler une *demande indirecte* de l'enfant, demande qu'il exprime à travers ses symptômes et sa souffrance.

La place des parents

Nos réflexions à propos de la question de la demande chez l'enfant conduisent à souligner la place particulière qu'il convient d'accorder à l'entourage, et notamment aux parents. Cet aspect est relevé par Sigmund Freud (1933) dans une perspective très proche de celle de sa fille :

« Les résistances internes, que nous combattons chez l'adulte, sont, la plupart du temps, remplacées chez l'enfant par des difficultés extérieures. Lorsque les parents se font les porteurs de la résistance, le but de l'analyse ou même celle-ci se trouve compromis ; c'est pourquoi il est souvent nécessaire d'associer à l'analyse de l'enfant une part d'influence analytique exercée chez les parents. » (p. 198)

Toute prise en charge thérapeutique d'un enfant est ainsi confrontée, du fait de cette importance du milieu extérieur, à deux difficultés.

La première surgit lorsque l'on tente de départager la limite entre ce qui revient à l'enfant et ce qui revient aux parents. Parmi ces derniers en effet, note Anna Freud (1965), certains « assignent à l'enfant un rôle dans leur propre pathologie », d'autres « transmettent réellement leurs symptômes à leurs jeunes enfants », d'autres encore jouent un rôle « en *entretenant* le trouble de l'enfant » (p. 37). De même, la question de la demande ne se résume pas à celle de la demande de l'enfant ; vient s'y superposer la complexité de la demande de ses parents ou d'autres membres de l'entourage (Mathelin, 1995).

La seconde difficulté réside dans l'importance que le thérapeute doit accorder aux parents dans le traitement de l'enfant :

« La tâche des parents consiste à aider le moi de l'enfant à surmonter les résistances et les périodes de transfert négatif sans abandonner l'analyse. L'analyste est sans recours si les parents manquent à cette tâche et s'ils se mettent du côté des résistances de l'enfant. En période de transfert positif, ils aggravent souvent le conflit de loyauté qui, invariablement, naît chez l'enfant vis-à-vis d'eux, à propos de l'analyse. » (A. Freud, 1965, p. 38)

Nous reviendrons dans le paragraphe suivant sur la première partie de cette citation et sur les conséquences qu'il faut en tirer au sujet de la question de l'alliance thérapeutique.

Notons, pour conclure nos remarques sur le rôle des parents, le point important souligné par la dernière phrase d'Anna Freud, point formulé de façon plus nette encore par Oury et Monasse (1987) : « Toute psychothérapie d'enfant comporte une dimension de rapt d'enfant » (p. 140). Si le thérapeute se trouve dans l'obligation de s'appuyer sur les parents pour mener à bien le traitement du petit patient, cet appui est fragilisé par une situation de rivalité à l'origine d'un « conflit de loyauté » chez l'enfant.

Anna Freud : les difficultés à établir une alliance thérapeutique avec l'enfant

Si nous avons consacré une large attention aux conceptions d'Anna Freud, c'est que celle-ci introduit dès 1965 la notion d'alliance thérapeutique dans le champ de la pédopsychiatrie.

Revenons sur la phrase citée plus haut :

« La tâche des parents consiste à aider le moi de l'enfant à surmonter les résistances et les périodes de transfert négatif sans abandonner l'analyse. »

L'alliance thérapeutique doit-elle alors être tissée avec les parents et non avec l'enfant ? Il ne semble pas qu'Anna Freud ait explicitement répondu par l'affirmative à cette question.

En revanche, il est clair que celle-ci se montre plus que sceptique quant à la possibilité d'établir une alliance thérapeutique avec l'enfant. Elle passe ainsi en revue un certain nombre d'obstacles à l'analyse d'enfant, dont le premier est le suivant :

« L'enfant n'entre pas en analyse de sa propre volonté, il n'établit aucun contrat avec l'analyste et ne se sent donc lié par aucune des règles analytiques. » (p. 26)

Elle conclut alors en ces termes :

« Somme toute, l'analyste d'enfants est confronté pendant le traitement à de nombreuses situations difficiles, qui mettent à l'épreuve son savoir faire. Ce qu'il ressent avec le plus d'acuité, c'est que, durant de longues périodes au cours de l'analyse, il doit agir sans qu'une alliance thérapeutique ait pu être établie avec son patient. » (p. 28)

Nous voyons donc que si Anna Freud envisage la notion d'alliance thérapeutique, c'est pour souligner combien celle-ci se révèle, tout comme la souffrance et la demande, très inconstante chez l'enfant.

Houzel : l'alliance thérapeutique comme élément du cadre

Houzel propose pour sa part une conception de l'alliance thérapeutique très différente de celle que nous venons d'examiner. Il définit ainsi cette notion :

« C'est l'adhésion de l'enfant à une expérience d'un type nouveau, qui inclut des aspects émotionnels, imaginaires et symboliques, et qui permet à l'enfant d'entrevoir un autre mode de fonctionnement psychique que celui qu'il est habitué à connaître et de découvrir la possibilité, l'espoir de donner un sens à ses symptômes et à sa souffrance. » (p. 85)

Dès lors, l'alliance thérapeutique doit être conclue en premier lieu avec l'enfant lui-même, « même si elle doit s'étendre aussi aux parents » (id.). Elle constitue, avec la situation analytique et le transfert, le cadre de la cure à l'intérieur duquel peut se dérouler le travail interprétatif. Le cadre, matériel mais surtout psychique, représentant ce qui permet « d'enclencher le processus psychanalytique » (Anzieu, 1986), il importe que cette alliance thérapeutique s'ébauche avant le traitement proprement dit, même si elle se renforcera au fur et à mesure de l'avancée de ce traitement.

Parfois, note Houzel, l'établissement d'une alliance thérapeutique avec l'enfant bute sur des obstacles qui sont liés aux parents ou à l'entourage :

« (...) collusion entre l'enfant et l'un des parents, tentative de sabotage de l'un des parents, immixtion de l'enfant dans un conflit du couple parental, rivalité avec un membre de la fratrie, etc. Il me paraît important d'accepter de différer une indication de psychanalyse jusqu'à ce que ces obstacles aient pu être surmontés, ou jusqu'à ce qu'une autre formule thérapeutique (par exemple une thérapie familiale) soit apparue comme plus adéquate. » (pp. 92-93)

On le voit, cet auteur se montre à la fois plus optimiste qu'Anna Freud quant aux possibilités d'alliance avec l'enfant et plus réticent que cette dernière à accorder une place aux parents, préférant semble-t-il réserver les indications de psychanalyse aux enfants dont les parents ou l'entourage ne font pas obstacle à l'alliance entre le thérapeute et le petit patient.

Cette position apparaît à la fois liée à une conception plus stricte du dispositif analytique et à une définition différente de l'alliance. Pour Houzel, en effet, l'enfant doit adhérer aux buts de la psychanalyse : « entrevoir un autre mode de fonctionnement psychique » et « donner un sens à ses symptômes et à sa souffrance », ainsi qu'aux tâches permettant d'y parvenir selon cette approche, c'est-à-dire à travers « une expérience d'un type nouveau, qui inclut des aspects émotionnels, imaginaires et symboliques ».

Sans tenir pour représentatifs de l'ensemble de la pédopsychiatrie les quelques repérages qui précèdent, nous pensons que ceux-ci permettent de mettre en exergue certaines particularités propres à ce champ.

Nous allons maintenant voir comment ces questions se posent à l'adolescence, point charnière entre enfance et âge adulte.

Les spécificités de l'adolescence

La clinique de l'adolescence, qui s'est progressivement constituée à partir de celle de l'enfance, est aujourd'hui considérée sans conteste comme un domaine spécifique de la psychiatrie. Nous allons envisager dans ce présent chapitre en quoi consiste cette spécificité, avant de nous consacrer à la question de l'alliance thérapeutique avec l'adolescent.

L'adolescence comme processus

L'adolescence est un concept distinct de celui de puberté. Si ce dernier correspond à des modifications physiologiques bien repérées, les limites de l'adolescence apparaissent en revanche plus difficiles à préciser si l'on s'en tient à des données immédiatement observables : âge, transformations physiques, indépendance sociale, etc. (Huerre, 2002). De plus, l'adolescence présente, du fait de son extrême sensibilité aux variations de l'environnement psychosocial, des modalités d'expression très diverses dans le temps et dans l'espace (Jeammet, 2001b).

Ainsi, ce n'est pas à partir de ses manifestations extérieures que l'on peut espérer cerner l'adolescence, mais plutôt en la considérant comme « une étape développementale universelle » (id.). Dans cette perspective, ces manifestations extérieures diverses peuvent en effet s'articuler au processus de maturation psychique qui les sous-tend.

Sur le plan psychopathologique, il est possible de décrire ce processus selon deux axes principaux de compréhension (Marcelli, 1999) :

« D'un côté, le plan précœdipien où l'analyse de l'élaboration du narcissisme, de la constitution de l'identité dans leurs rapports aux objets primaires s'inscrit dans un point de vue génétique-historique. (...) »

D'un autre côté, le plan œdipien/génital privilégie le remaniement actuel que la puberté suscite dans le corps, son image, et le rapport nouveau à autrui, en particulier aux objets œdipiens. La grille de lecture est avant tout synchronique et dynamique. » (p. 2)

On peut noter que ces axes insistent sur les transformations radicales vécues par l'adolescent, et notamment dans les rapports à son entourage.

Les enjeux de la relation à l'adolescence

La relation à autrui représente en effet un enjeu fondamental du processus d'adolescence.

Si l'on se place dans la perspective qualifiée par Marcelli de précœdipienne, on doit remarquer combien les relations à autrui questionnent les « assises narcissiques » de l'adolescent, selon l'expression consacrée par Jeammet (2001b). Ce dernier auteur propose, nous allons le voir, d'envisager la psychopathologie à travers la question de la dépendance.

Pour lui, les troubles surgissent lorsque les deux grandes lignes de développement de la personnalité, celle de l'*intériorisation* qui se nourrit des interactions avec les

objets extérieurs, l'environnement, et celle de la *différenciation* par lequel le sujet s'affirme dans son autonomie et qui met en jeu son narcissisme, apparaissent comme antagonistes au lieu d'être complémentaires – c'est « l'écart narcissico-objectal ». Cet écart narcissico-objectal trouve son origine dans la mauvaise qualité du lien que l'adolescent a établi avec les objets parentaux pendant la première enfance, et conditionne ses relations actuelles à autrui :

« Le corrélat de cette insuffisance des assises narcissiques internes est que l'équilibre narcissique demeure largement supporté par la relation aux objets externes auxquels est en quelque sorte confiée la mission de contre-investir une réalité interne qui fait peser sur le sujet une menace de désorganisation. (...) »

Ainsi, en se plaçant du point de vue du fonctionnement psychique, la dépendance peut être décrite comme l'utilisation à des fins défensives de la réalité perceptivo-motrice comme contre-investissement d'une réalité psychique interne défaillante ou menaçante. » (p. 675)

Or, cette dépendance aux objets externes que développe l'adolescent pour assurer ses assises narcissiques lui est difficilement supportable dans le cadre de sa recherche d'autonomie :

« C'est ce contexte qui est susceptible de faire émerger une véritable situation paradoxale pour l'adolescent où c'est son "appétence objectale" qui fait peser une menace sur son narcissisme et son autonomie avec cette particularité que plus son narcissisme est défaillant (...), plus le besoin objectal se fait sentir (notamment dans sa dimension identificatoire) et plus l'objet est perçu comme potentiellement aliénant et menaçant. » (Jeammet, 2001a, p. 31)

Le paradoxe réside donc en ce que « l'intolérance au lien est à la mesure de sa nécessité » (Jeammet, 2001b, p. 676). On comprend dès lors que le lien de l'adolescent au psychiatre va être le terrain de mouvements contradictoires liés à cette dépendance à la fois recherchée et redoutée – nous y reviendrons à propos de l'alliance thérapeutique.

Si l'on se place maintenant sur le plan qualifié par Marcelli d'œdipien/génital et privilégiant les remaniements actuels que la puberté suscite dans le corps, deux aspects au moins se révèlent fondamentaux (Marcelli et Berthaut, 2001).

Le premier concerne la « perte de la bisexualité potentielle » et l'idéalisation parentale propres à l'enfance. Ces deux éléments expliquaient le sentiment d'omnipotence de l'enfant auquel l'adolescent doit maintenant renoncer :

« La transformation pubertaire fait perdre à l'enfant ce sentiment d'omnipotence et cette bisexualité potentielle. Désormais son corps sera porteur d'une béance, d'un manque qui ne peut trouver son complément ni dans la personne elle-même, ni parmi les proches de la famille, en particulier la mère comme cela était possible pendant l'enfance. » (p. 97)

Le second aspect réside dans la transformation du lien œdipien. La puberté rend désormais possibles dans la réalité les fantasmes incestueux œdipiens. La force de l'interdit de l'inceste oblige alors l'adolescent à un travail psychique de « désengagement », de mise à distance du lien aux objets parentaux :

« Alors que, dans l'enfance l'apaisement était directement proportionnel à la proximité parentale (plus l'enfant était proche de ses parents plus il se sentait rassuré, apaisé, calmé...), avec la puberté, il y a un point de proximité entre parent et adolescent au-delà duquel le rapproché devient plus excitant qu'apaisant. L'excès de proximité (...) peut devenir excitant et désorganisant : désormais c'est en lui-même et par lui-même que le jeune pubère doit trouver l'apaisement (...). » (p. 98)

On le voit, cette perspective indique également combien le psychiatre, en tant qu'adulte et figure d'identification parentale potentiellement excitante, va devoir être attentif à se maintenir à la « bonne distance » dans sa relation à l'adolescent – nous reviendrons également sur cet aspect à propos de l'alliance thérapeutique.

Soulignons pour conclure ce paragraphe que les deux axes dégagés par Marcelli et sur lesquels nous nous sommes appuyés pour notre exposé ne décrivent pas des phénomènes indépendants mais représentent au contraire deux regards portés sur une même réalité. On conçoit aisément que la problématique de la dépendance est ainsi d'autant plus prégnante qu'elle se joue au cœur d'un lien fortement sexualisé, et qu'inversement la question de la distance aux objets œdipiens implique celle des assises narcissiques de l'adolescent.

La question de la demande

Dans ce contexte, on comprend combien la possibilité d'expression d'une demande par l'adolescent se révèle problématique. En effet, le paradoxe qui régit ses liens à autrui ne lui permet pas de reconnaître son désir (Jeammet, 2001a) :

« Le plus grand danger [pour les adolescents], c'est celui d'exprimer leur désir en tant que celui-ci leur fait sentir ce qu'ils vivent comme une forme d'emprise de l'objet du désir sur eux. (...) Ces adolescents sont dans une attente perçue comme totalement aliénante. » (p. 47)

Si donc les patients se montrent souvent opposés aux prises en charge pourtant destinées à leurs venir en aide, cette opposition n'est en fait bien souvent qu'apparente et repose au contraire sur un désir inavoué de l'adolescent – inavoué parce qu'inavouable, et en premier chef à lui-même :

« Ceci peut nous conduire à prescrire ce qu'on pense que le patient désire. Cette secrète attente qu'on le devine est typique de l'adolescent. Paradoxalement la prescription le soulage. Il faut qu'il y ait une contrainte extérieure pour qu'ils ne soient pas obligés de saboter tout ce qu'ils désirent. Face à leurs menaces de rupture ce peut-être au thérapeute d'être pour un temps porteur de leurs demandes. » (id.)

On retrouve ici le caractère indirect de la demande que nous avons relevé au sujet de l'enfant. Néanmoins, l'expression d'une demande n'est pas fondamentalement limitée, comme chez l'enfant, par une question de langage et de capacité d'auto-observation, mais par les enjeux relationnels impliqués par une telle demande et qui transforment souvent cette dernière en « non demande » (Botbol, 2000). C'est donc pour une raison différente de chez l'enfant que la demande explicite de soins est souvent formulée par les parents de l'adolescent.

Or, cette demande de soins par les parents participe à renforcer l'opposition à la prise en charge (Marcelli et Braconnier 1983) :

« En règle générale, non seulement l'adolescent ne demande rien, mais en outre il s'oppose souvent à la demande de ses parents, du moins au début.

(...) De la part de l'adolescent, le refus de consulter est donc habituel. Mais il n'a pas uniquement une signification intrapsychique. Il s'inscrit également dans une stratégie interactive surtout quand l'un ou les parents souhaitent cette consultation. » (p. 576)

Comme nous allons maintenant le voir, cette opposition aux parents ne représente néanmoins que l'un des enjeux relationnels entre l'adolescent et sa famille.

L'adolescence comme crise familiale

Les remaniements des liens à l'adolescence que nous avons pour l'instant essentiellement examinés depuis le point de vue du psychisme de l'adolescent ont également des répercussions sur la dynamique familiale, répercussions dépassant largement le cadre de la simple opposition à laquelle nous venons de faire allusion.

Comme nous y faisons allusion dans notre introduction, l'adolescence constitue en effet un de ces moments de crise que traverse toute famille au cours de son évolution. Si l'on considère, à l'instar de Pommereau (2001), que « la fonction essentielle de toute crise est de trancher, de séparer afin d'individualiser les éléments de ce qui formait jusque-là un "ensemble" unitaire peu ou pas différencié » (p. 512), on comprend aisément que l'autonomisation progressive de l'adolescent soit à l'origine d'une telle crise.

Les transformations radicales que représente l'adolescence sur un plan individuelle constituent donc également un changement qui affecte toute la famille, et notamment les parents renvoyés « à leur propre vieillissement, tandis que surgissent chez eux les fantômes du passé et ceux des difficultés de leur propre adolescence » (p. 513). Qui plus est, les parents traversent souvent à ce moment là une « crise du milieu de vie » qui « entre parfois en résonance avec la problématique de l'adolescent et favorise la confusion des générations et le trouble des limites chez l'adolescent » (Jeammet, 2001b, p. 677).

Ainsi, les manifestations extérieures présentées par l'adolescent, qu'elles s'inscrivent dans une simple « crise d'adolescence » au sens usuel du terme ou qu'elles se situent dans un registre pathologique, entraînent une « modification de la définition des relations » entre l'adolescent et ses parents, mais aussi entre les membres de la famille, ainsi qu'une « nouvelle distribution des rôles » au sein de celle-ci (Neuburger, 1988, pp. 52-53).

Il apparaît donc que le processus individuel que constitue l'adolescence ne peut être appréhendé indépendamment du contexte relationnel dans lequel il se situe ; aux bouleversements vécus par l'adolescent répondent de profondes modifications de la dynamique familiale.

Dans certains cas néanmoins, la trop grande rigidité du fonctionnement familial, « du fait d'un événement particulier et d'une fragilité préexistante » (p. 53), ne permet pas de telles modifications. Cela n'est pas sans répercussions sur le processus d'adolescence qui se trouve ainsi entravé.

Dès lors, la seule solution pour que puisse reprendre ce processus d'autonomisation consisterait pour l'adolescent à rompre avec sa famille. Mais, comme le note Salem (1990), « dans les familles comme dans d'autres groupes, la loyauté la plus fondamentale consiste dans l'engagement à sauvegarder le groupe lui-même » (p. 56). Une telle rupture ne pourrait se faire qu'au prix d'une déloyauté telle que l'adolescent y renonce le plus souvent.

Le développement d'une symptomatologie peut alors représenter une forme de compromis entre le besoin d'autonomisation de l'adolescent et le maintien de sa loyauté envers la famille, sans pour autant, bien sûr, apporter de réponse satisfaisante à la question de l'autonomisation. Par cette symptomatologie, l'adolescent précipite alors sa famille dans une situation de crise, au sens psychiatrique du terme cette fois.

L'alliance thérapeutique à l'adolescence

Les spécificités de l'adolescence telles que nous les avons exposées dans le précédent paragraphe indiquent que l'alliance thérapeutique avec l'adolescent devra tenir compte de deux caractéristiques propres à cet âge : la nature particulière de ses rapports à autrui et les modifications de la dynamique familiale.

La relation thérapeutique avec l'adolescent

Prenons la définition de l'alliance thérapeutique formulée par Bordin (la plus fréquemment citée) :

« Une compréhension et un accord mutuel au sujet des buts de changement (*goals*) et des tâches (*tasks*) nécessaires pour avancer vers ces buts s'accompagnant de la création de liens (*bonds*) afin de maintenir le travail des partenaires. » (Bordin, 1994, p. 13)

Si les capacités cognitives de l'adolescent sont dans l'immense majorité des cas parfaitement compatibles avec « une compréhension et un accord mutuel » au sujet des buts et des tâches, nos réflexions à propos des spécificités de la psychopathologie à l'adolescence indiquent que c'est au niveau de la création de liens avec le patient que va se situer la difficulté.

En effet, nous avons vu combien, pour l'adolescent, « l'intolérance au lien est à la mesure de sa nécessité », et que par ailleurs la proximité du psychiatre dans la relation thérapeutique peut se révéler très excitante. Pour Jeammet (2001a), ces deux aspects conditionnent la rencontre entre le médecin et son patient :

« On comprend que dans ce contexte le thérapeute a potentiellement un rôle traumatique. Du seul fait qu'il s'offre comme objet d'investissement, il comporte un risque de séduction susceptible d'être vécu comme une menace d'effraction pour le narcissisme. » (p. 39)

Selon cet auteur, le patient peut alors réagir contre cette menace selon deux modalités défensives. La première consiste en un surinvestissement de la personne du thérapeute :

« La défense par le transfert est d'autant plus facile pour l'adolescent que l'intensité de son attente à l'égard des adultes le pousse volontiers à investir massivement et de façon indifférenciée toute personne qui lui offre une telle écoute et une telle disponibilité. » (p.40)

La seconde est constituée par les « défenses par l'agir », au rang desquelles on compte la « rupture pure et simple de la thérapie » :

« Au-delà de leur diversité et de leurs particularités propres, elles ont en commun un recours préférentiel à la maîtrise par l'acte et une méconnaissance par l'intéressé de leur lien avec l'investissement transférentiel. » (id.)

Dans tous les cas, c'est donc la question de « distance relationnelle » qui se pose dès la première rencontre entre l'adolescent et le psychiatre (Marcelli et Braconnier, 1983) :

« [Les premières consultations] doivent s'efforcer d'établir la "bonne distance" entre l'adolescent et le consultant à partir de laquelle ce travail de réflexion-introspection en présence d'un autre devient possible. » (p. 571)

L'établissement et le maintien d'une alliance thérapeutique n'est donc possible que dans le cadre d'une relation suffisamment, c'est-à-dire ni trop ni pas assez, investie par l'adolescent.

Si seule l'intuition du clinicien lors des entretiens permet de trouver cette « bonne distance » nécessaire à une telle relation, certains aménagements du cadre psychothérapeutique peuvent également participer à favoriser une relation qui ne soit pas trop menaçante pour le patient (Jeammet, 2001a) en introduisant du tiers dans cette relation :

« Il est important qu'il y ait très tôt des tiers qui se mettent en place pour que justement cette massivité de l'investissement narcissique ne soit pas fixée de façon trop univoque sur une personne. » (p. 47)

Cette introduction de tiers peut se faire par exemple, lors des psychothérapies, par la mise en place de « thérapies bi ou pluri-focales » (p. 48), ou par le travail en équipe dans les situations de crise.

Alliance thérapeutique et famille

Nos réflexions sur la pédopsychiatrie nous ont conduit, rappelons-le, à dégager la question de la prise en compte des parents comme axe problématique de ce champ, axe dans lequel nous avons distingué deux volets : la question de la place à accorder aux parents et celle du conflit de loyauté dans lequel se trouve l'enfant, entre thérapeute et parents. Nous avons vu à propos des spécificités de l'adolescence que se surajoute dans ce cas particulier un troisième volet : celui de la crise familiale.

Nous allons maintenant envisager ces trois aspects à travers la question de l'alliance thérapeutique.

La place à accorder aux parents

La participation des parents à l'alliance thérapeutique apparaît fondamentale à l'adolescence. Aussi, la définition que proposent Marcelli et Braconnier (1983) de l'alliance thérapeutique à l'adolescence les incluent-elle tout naturellement :

« Nous définirons l'alliance thérapeutique comme la possibilité que thérapeute, adolescent et parent(s) s'accordent sur la reconnaissance d'un problème, sa nature et sur les moyens nécessaires pour entreprendre de le résoudre ou au moins tenter de le faire. » (p. 574)

Les parents font donc partie intégrante du processus de négociation considéré, depuis Bordin, comme essentiel à l'établissement d'une alliance thérapeutique.

Marcelli et Braconnier suggèrent également que, si l'on considère les deux parents et l'adolescent, le nombre d'alliés que compte le psychiatre parmi eux peut donner une indication schématique des possibilités de prise en charge :

- avec aucun ou un seul allié le consultant ne peut pratiquement rien faire ;
- avec deux alliés un cadre thérapeutique peut le plus souvent se mettre en place ;
- avec trois alliés le traitement sera facile à mettre en place et efficace sauf dans les quelques cas de pseudo-alliance de surface. (p. 575)

Le conflit de loyauté de l'adolescent

Sans évoquer ici les situations de discorde parentale où l'un des parents, contrairement à l'autre, est favorable à la prise en charge – situations dans lesquelles le conflit de loyauté de l'adolescent est particulièrement flagrant –, il faut noter que le seul fait d'être pris en charge par des soignants peut placer l'adolescent face à un conflit de loyauté.

Cette dimension est largement soulignée par le courant des thérapies familiales systémiques, et plus particulièrement par l'une de ses approches : la thérapie

contextuelle fondée par Boszormenyi-Nagy (1991). Dans cette approche, la loyauté envers sa famille d'origine, et notamment les parents, est un élément fondamental pour tout être humain, et explique bien des réactions face aux personnes extérieures. On peut ainsi comprendre, par exemple, les troubles bruyants d'un adolescent comme une tentative de soulager ses parents en les détournant de leur conflit de couple.

Appliquée à la situation thérapeutique, cette grille de lecture permet de comprendre que le simple fait, pour l'adolescent, de montrer une certaine confiance à un thérapeute peut parfois le rendre déloyal envers ses parents avec qui le dialogue est interrompu. Plus encore, une amélioration symptomatique obtenue par l'adolescent grâce au soutien de soignants peut indirectement désigner ses parents comme incompetents, puisque ceux-ci n'ont pas su ou pu l'aider à surmonter ses difficultés. Cette perspective permet ainsi d'expliquer pourquoi certains adolescents, malgré un suivi régulier, ne présentent aucune amélioration clinique, ou encore pourquoi d'autres interrompent brutalement leur prise en charge.

L'établissement d'une alliance thérapeutique avec l'adolescent dépend donc en partie de la signification que revêt, en terme de loyauté, la prise en charge pour cet adolescent.

La crise familiale

Enfin, la dynamique familiale et ses potentialités d'évolution participent à déterminer la possibilité d'établissement d'une alliance avec l'adolescent.

Relevons les conditions qui, selon Marcelli et Braconnier (1983) s'avèrent nécessaires au développement de l'alliance thérapeutique avec l'adolescent :

- la reconnaissance que les difficultés de l'adolescent lui sont propres (...);
- la reconnaissance d'une souffrance propre à chacun, l'adolescent d'un côté, le ou les parent(s) de l'autre ;
- la conviction que les difficultés peuvent être attribuées à un facteur psychologique et qu'elles justifient un travail de réflexion sur soi-même et sur la famille ;
- l'acceptation qu'un certain temps sera nécessaire avant de retrouver un meilleur équilibre (...). (p. 575)

Les deux premiers points indiquent clairement l'importance que l'adolescent, mais aussi sa famille, parviennent à repérer que ses symptômes et sa souffrance lui appartiennent, ou en d'autres termes que c'est bien une *demande individuelle* qui est manifestée à travers ses symptômes et sa souffrance.

Or, il arrive parfois que le patient comme sa famille ne parviennent pas un tel repérage, c'est-à-dire que le patient soit « confondu avec son symptôme » dans le discours familial (Neuburger, 1988). Selon cet auteur, plusieurs points permettent au psychiatre de repérer une telle confusion.

On peut tout d'abord en retrouver des indices dans le langage familial : « il "nous" a fait ceci ou cela... Sa mère ne supporte plus de le voir comme cela... ».

On peut ensuite repérer cette confusion par la discordance subtile qu'elle introduit entre ce qui est explicitement exprimé dans le discours de l'entourage et le comportement non-verbal de ce même entourage observé par le psychiatre. Ainsi, les membres de la famille peuvent se plaindre à longueur d'entretiens des troubles de leur adolescent, tout en les supportant avec beaucoup de tolérance dans le quotidien.

On peut enfin le repérer à travers ce que Neuburger nomme « la dispersion des éléments de la demande dans la famille », c'est-à-dire lorsque l'un de ses membres

présente le symptôme (l'adolescent), qu'un autre en souffre, parfois plus que le patient lui-même (un parent par exemple), et qu'un autre encore allègue de ce symptôme pour demander de l'aide au psychiatre (l'autre parent peut-être, mais aussi parfois un travailleur social, le médecin généraliste, etc.).

Pour cet auteur, ces indices sont importants à relever car ils indiquent un véritable changement de statut du symptôme :

« Être confondu avec son symptôme, c'est être confondu avec sa fonction dans le groupe... à savoir la tendance du groupe à l'homéostasie. Le symptôme pourrait être l'indice d'un changement dans la famille. Mais s'il est confondu avec l'individu, le symptôme devient un régulateur de l'homéostasie familiale. » (p. 51-52)

Dès lors, le symptôme ne renvoie plus, toujours selon cet auteur, à l'économie du sujet, mais bien à celle du groupe familial dont la logique d'appartenance, en quelque sorte, maintient prisonnier le patient. Celui-ci ne peut ainsi pas exprimer de demande propre, même de manière indirecte : « la structure groupale dominante empêche l'émergence d'une demande individuelle » (p. 11). Le symptôme n'est plus le porteur d'une demande individuelle mais bien d'une demande pour la famille. Il y a véritablement « aliénation au discours familial » (p. 22).

On peut penser que, dans de telles situations, l'alliance thérapeutique ne peut que difficilement s'établir autour de la proposition d'un suivi psychiatrique pour l'adolescent puisque ni ce dernier, ni sa famille, ne peuvent percevoir ses troubles comme étant en lien avec un facteur psychologique, donc individuel.

Conclusion

La prise en compte des parents constitue un axe problématique du champ pédopsychiatrique depuis son origine. Cet axe comporte deux volets : la question de la place à accorder aux parents et celle du conflit de loyauté dans lequel se trouve l'enfant, entre thérapeute et parents. Les spécificités de l'adolescence font que se surajoute dans ce cas particulier un troisième volet : celui de la crise familiale.

L'établissement et le maintien d'une alliance thérapeutique avec l'adolescent ont d'autant plus de chance de se réaliser qu'une alliance se développe également avec chacun des parents, que la prise en charge n'avive pas chez le jeune patient un conflit de loyauté et que la dynamique familiale conduit l'adolescent à être confondu avec son symptôme.

Bibliographie

- Albernhé K. et T. (2000) :** *Les thérapies familiales systémiques*, Paris, Masson (Médecine et Psychothérapie)
- Anzieu (1986) :** Cadre psychanalytique et enveloppes psychiques, *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2, p.12-24
- Ausloos G. (1995) :** *La compétence des familles. Temps, chaos, processus*, Ramonville Saint-Agne, Éditions Érès (Relations)
- Bordin E.S. (1994) :** Theory and research on the therapeutic working alliance : new directions, in A.O. Horvath et L.S. Greenberg (ed.), *The working alliance : theory, research and practice*, New-York, J. Wiley & Sons, p. 13-37
- Boszormenyi-Nagy I. (1991) :** Thérapie contextuelle et unité des approches thérapeutiques, *Dialogue – recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille*, 111, p. 21-44
- Boszormenyi-Nagy I., Krasner B. (1991) :** La confiance comme base thérapeutique : la méthode contextuelle, *Dialogue – recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille*, 111, p. 3-20
- Botbol M. (2000) :** Accès aux soins et non demande en psychiatrie de l'adolescent, *Nervure*, 13, 1 p. 14-17
- Braconnier A. (2003) :** Réflexions et recherches sur l'analysabilité et l'alliance thérapeutique : psychanalyse et/ou psychothérapie, *Carnet Psy*, juillet-août, p. 30-37
- Freud A. (1965) :** *Le normal et le pathologique chez l'enfant*, trad. franç. D. Widlöcher, Paris, Éditions Gallimard, 1968
- Freud A. (1926) :** Phase préparatoire à l'analyse des enfants, in *Le traitement psychanalytique des enfants*, trad. franç. E. Rochat, Paris, Presses Universitaires de France, 1951, p. 1-15
- Freud S. (1933) :** *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, trad. franç. R.-M. Zeitlin, Paris, Éditions Gallimard (Connaissance de l'inconscient), 1984
- Freud S. (1920) :** Sur la psychogenèse d'un cas d'homosexualité féminine, in *Névrose, psychose et perversion*, trad. franç. J. Laplanche, Paris, Presses Universitaires de France, 2002, p. 245-270
- Houzel D. (1986) :** Un élément du cadre : l'alliance thérapeutique, *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2, p. 78-94

- Huerre P. (2002)** : L'histoire de l'adolescence : rôles et fonctions d'un artifice, *Journal français de Psychiatrie*, 14, p. 6-8
- Jeammet Ph. (2001a)** : Enjeux actuels des thérapies à l'adolescence, *L'autre, cliniques, culture et société*, 2, 1, p. 29-52
- Jeammet Ph. (2001b)** : Innovations cliniques et psychopathologiques de l'adolescence, *Annales Médico-Psychologiques*, 159, p. 672-678
- Ladame F. (1986)** : L'adolescence : modèle des crises d'une vie ? in : *Crise et intervention de crise en psychiatrie*, Andreoli A., Lalive J., Garrone G. (eds.), Paris, SIMEP, p. 39-47
- Le Goff J.-F., Garrigues A. (1994)** : Boszormenyi-Nagy et la parentification, *Dialogue – recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille*, 124, p. 49-58
- Marcelli D. (1999)** : Entretien avec l'adolescent et son évaluation, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie*, 37-213-A-10, 9 p.
- Marcelli D., Berthaut E. (2001)** : *Dépression et tentatives de suicide à l'adolescence*, Paris, Masson, 2001
- Marcelli D., Braconnier A. (1983)** : *Adolescence et psychopathologie*, Paris, Masson (Les âges de la vie), 2004
- Mathelin C. (1995)** : De la demande des parents au désir de l'enfant, *Psychiatries*, 107, p. 23-28
- Neuburger (1988)** : *L'autre demande. Psychanalyse et thérapie familiale*, Paris, Édition Payot & Rivages (Petite Bibliothèque Payot), 2003
- Oury N., Monasse J. (1987)** : Parents, enfant : qui demande ? *Psychothérapies*, 3, p. 139-142
- Pommereau X. (2001)** : L'adolescence et la crise familiale : qui déclenche quoi ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 49, p. 512-514
- Renders X. (1991)** : *Le jeu de la demande : une histoire de la psychanalyse d'enfants*, Bruxelles, De Boeck Université
- Rousseau-Dujardin (1989)** : Tenir sa place, *Psychanalystes*, 30, p. 75-83
- Salem G. (1990)** : Loyautés, dettes et mérites : contribution théorique et clinique à la thérapie contextuelle, *Dialogue – recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille*, 110, p. 50-70



Cet article est une exclusivité du *Chameau psychiatrique*. Pour le citer :
 Fousson J. (2012) : L'alliance thérapeutique avec l'adolescent en crise, *Le chameau psychiatrique*, www.chameaupsy.com/articles-originaux/180-jf-2012b