

PRÉSENTATION ET ANALYSES DE DEUX CAS D'ADOLESCENTS PRÉSENTANT DES CONFLITS PSYCHOLOGIQUES

HAROUNI MOUSSA

Professeur des Universités, L.R.F.P.P. Université
Mentouri-Constantine.

***Résumé :** La prise en charge des enfants et des adolescents est fort complexe, complexité qui a été soulignée par Freud en premier et par d'autres psychologues et psychanalystes. Pour les enfants nous savons que Freud s'est carrément opposé à une psychothérapie psychanalytique à cause de leur manque de maturité (Freud et Ferenczi firent des psychothérapies par l'intermédiaires des parents). Plus tard Mélanie Klein s'opposa fortement à cette vision jusqu'à entrer en conflit ouvert avec Anna Freud. Sigmund Freud prit position avec sa fille. La question du transfert et de l'identification est posée. La prise en charge des adolescents étant complexe, les psychothérapeutes lui préfèrent celle des adultes.*

Dans cette communication nous présenterons deux cas d'adolescents que nous avons tenté de prendre en charge, d'analyser les causes de leurs problèmes, de porter un éclairage sur les difficultés de leur prise en charge et de discuter les résultats auxquels nous sommes parvenus.

Premier cas :

Le premier cas est celui d'un adolescent de 16 ans. Un jour en rentrant dans la salle des enseignants, vint me voir une étudiante qui prépare un magistère sous ma direction, pour me supplier d'aider un mère médecin dont le fils, adolescent, qui l'accompagne refuse de rentrer avec elle à la maison. J'ai un peu tergiversé avant de prendre décision.

Sans attendre longtemps j'ai tout d'abord <<vu>> la mère avant de m'entretenir avec l'enfant. De cet entretien qui a duré le temps nécessaire ressortirent les causes suivantes : cet adolescent sous anxiolytique est suivi depuis un moment déjà par un psychiatre. Ce traitement le rend au premier abord passif, replié sur lui-même à tel point qu'il était identifié comme schizoïde. Conséquence de ce traitement et/ou de cette prise en charge : de mauvais résultats scolaires. Cet adolescent est rentré en crise ouverte avec le psychiatre à partir du moment où ce dernier a osé critiquer la manière avec laquelle ses parents l'élevaient/l'éduquaient en lui lançant à la figure des propos tels : <<tu n'es qu'un enfant gâté, tes parents te font tout et toi tu rechignes, si tu étais mon fils cela ne se passerait pas comme ça>>.

Ce qui devait arriver arriva. L'adolescent s'opposa fermement à toute idée de continuer à suivre le traitement de ce psychiatre. Ainsi il accepta de rentrer avec sa mère à condition de ne plus le voir dorénavant.

Devant ce tableau clinique et dans l'urgence, nous nous sommes sentis investis d'un devoir d'aide. Comment faire ? Par quoi commencer ? Il fallait tout d'abord parer au plus pressé ; c'est-à-dire (re)structurer cet enfant dans un contrat psychothérapeutique. Ce qu'il accepta avec joie.

Cependant une question se posait : Pourquoi le refus du psychiatre et mon acceptation ?

Tout simplement pour deux raisons :

Première raison :

Ce psychiatre ne faisait nullement une prise en charge d'ordre psychothérapeutique mais uniquement une prise en charge psychiatrique classique. Conséquence de cette <<pratique>> : les

mécanismes du contrat psychothérapeutique tels que l'empathie, le transfert, etc., font défaut. L'adolescent n'a qu'un statut d'objet dans cette prise en charge. Les séances que je fis étaient en revanche inscrites dans un contrat où son statut de sujet, de client, comme le dit Rogers, le mettait dans un état de confiance, à telle enseigne qu'il pouvait librement parler de ses problèmes, de ses relations avec ses parents et de son statut avec la fratrie.

Deuxième raison :

Son problème c'est l'inégalité de statut entre lui et ses sœurs. Pour les parents c'est faux ! Bien sûr pour les parents c'est toujours faux. Pourtant après cinq séances, il était tellement bien que son père, médecin de son état aussi, décide, d'une manière unilatérale de mettre fin aux séances. Je le revis une autre fois, deux ans après, suite à une autre crise qu'une seule séance corrigea. Avant sa prise en charge par nos soins, il était isolé, déprimé avec agressivité classique, auto-agressivité, passivité, etc. Aujourd'hui, nous n'allons pas jusqu'à dire qu'il <<respire>> la santé nonobstant l'amélioration tangible de son état, mais disons qu'il est sorti des affres de la souffrance psychologique dans laquelle il était confiné.

Deuxième cas :

Un jour une dame m'amena son fils. Il avait à l'époque 09 ans. Pourquoi me l'a-t-elle amené ? Sous la coupe d'un gang, il devient dealer. Des élèves à qui il a vendu <<la drogue>>, eurent beaucoup de problèmes. Cette histoire/fait divers entraîna, comme il fallait s'y attendre, une situation conflictuelle entre l'enfant et ses parents d'une part et entre l'enfant et l'école d'autre part.

L'état de panique dans lequel se trouvait la mère ce jour là ne peut être saisi, un tant soit peu, qu'à travers la rage qui accompagnait ses propos : <<il faut changer notre enfant de cette école ... notre enfant n'est pas normal, on m'a dit que c'est un délinquant, un dealer etc.>>. Une forte culpabilité semblait émerger de son discours. Au premier abord très gentille et très timide, elle ne comprenait apparemment pas ce que leur arrivait. Je la réconforte, tant bien que mal. Je prends l'enfant par la main d'une manière empathique et lui dit <<votre enfant est gentil madame, il est

intelligent, ça saute aux yeux et il est tout sauf délinquant, il a juste besoin d'être aidé>> Je discute avec l'enfant il reconnaît avoir commis une <<erreur>> et qu'il a fait du tort à ses parents, il pleura même. Je présente le problème à la mère en le <<banalisant>> totalement. <<Votre fils vit un passage difficile qui a un lien avec sa phase pré pubertaire, ce qui déteint sur ses relations>>. Pour la mère la relation familiale avec lui est très normale même s'il ne fait *qu'à sa tête*. Son père fait montre d'une indifférence à son égard. En effet absorbé totalement par son travail il ne rentre que tard le soir. Habitant au 11^{ème} étage cela complique davantage sa surveillance lorsqu'il sort du domicile. En effet, lorsqu'il sort, il a du mal à refaire les 11 étages. Tout l'entretien avec l'enfant est réalisé devant sa mère afin qu'il ne suspecte rien.

Je propose à la mère de ne pas le changer d'école car cela risque de compliquer sa scolarité davantage et de le marginaliser encore plus. A la fin je lui remets une lettre pour le directeur d'école de son fils dans laquelle je développais la stratégie d'aide à entreprendre avec un enfant pubère où la compréhension et le non étiquetage doivent être la priorité des priorités et que, tout compte fait, aucun acte n'est déclaré délinquant tant que l'enfant ne se déclare pas lui-même en tant que tel.

J'ai exigé que le père soit présent à la deuxième séance. Tout en discutant avec les parents, je demande à l'enfant de me faire un dessin de la famille réelle et imaginaire. Sur le dessin de la famille réelle, l'enfant ne se présente pas du tout. Sur celui de la famille imaginaire, il se représente accompagné de ses amis.

J'explique aux parents qu'un problème relationnel grave subsiste dans la famille et qu'il y a un travail important à faire à ce niveau. En effet les parents avaient pris le pli de s'occuper davantage de son plus jeune frère que de lui-même. <<Naturellement>>, pour eux l'affection consiste uniquement à acheter <<des trucs>> à l'enfant et à le nourrir.

Une stratégie de prise en charge fut adoptée par l'école et la famille. J'organise à dessein des séances de travail et d'entretien avec la mère qui vit des problèmes avec ses parents qui, partageant avec elle le même toit, semblent être à l'origine de la gêne de cet enfant pubère.

Portée de notre action :

Il ya deux mois, je reçois encore une fois la mère qui me dit que son enfant a rechuté une seconde fois. Je le revois tout de suite après. Conséquence : il progressa positivement.

Il y de cela quelques jours, il fit une fugue <<suite à une erreur impardonnable>> de son enseignante qui le chassa de la classe parce qu'il avait, paraît-il, oublié son cahier de cours. Durant toute une semaine ses parents ne savaient pas où il dormait. Après entretien il m'avoua qu'il avait trouvé refuge dans un débarras proche de la maison.

La mère très inquiète me supplia de faire encore <<quelque chose>> pour son enfant. J'ai engagé avec lui un <<contrat>> de prise en charge avec beaucoup de réticences car son issue est totalement indépendante de ma volonté. Comment cela ? Nous pensons que son enseignant et par extension l'école en ont une grande responsabilité car, les enfants réussissent uniquement lorsqu'ils s'y sentent acceptés. L'enfant ne s'intéresse à sa scolarité que parce qu'il sait que cela fait plaisir à quelques personnes qui sont <<ses modèles>>. Le manque d'identification à ces modèles nuit à la structuration de la personne et aux projets entrepris. Pour paraphraser Freud, disons en guise de conclusion, que seul le sens permet de structurer l'individu dans un projet.

BIBLIOGRAPHIE

- 1/ Sillamy, N. (1980), *Dictionnaire de psychologie*, Paris, Bordas.
- 2/ Bernard, P. et Trouvé, S. (1977), *Sémiologie psychiatrique*, Paris, Masson.
- 3/ Encyclopédie Universalis (1995), *Drogue*.