

L'évolution de la psychothérapie d'un adolescent névrotique: de l'investigation à la prise en charge

Louhab FERGANI

Psychologie clinique, Université de Béjaia

Résumé

Chercheurs et cliniciens se sont penchés depuis quelques années sur la question de l'évaluation des psychothérapies. Les deux questions de pourquoi et de comment une psychothérapie marche restent toujours au centre de la recherche en psychothérapie. Privilégiant, sur le plan méthodologique, la méthode de l'étude de cas, l'auteur de cet article propose de tracer les moments clé de l'évolution de la psychothérapie d'un adolescent: le cas Karim. Ce cas, tel qu'il est présenté, met l'accent sur certains éléments en rapport avec la deuxième question, c'est-à-dire sur les mécanismes de changement et comment se produisent-ils au cours de la psychothérapie.

Mots clés : adolescence; psychothérapie; névrose; changement en psychothérapie; étude de cas.

Abstract

Researchers and clinicians have been recently concerned about the evaluation of psychotherapy to answer two basic questions: why and how psychotherapy is performed. A case study was used to describe and define the basic stages that characterize the development of psychotherapy of a young adolescent, Kamel. This situation, as presented by the author, allows us to take note of some of the elements related to the second question, namely mechanics of change and how it occurs during psychotherapy.

Keywords: Adolescence; psychotherapy; neurosis; change in psychotherapy; single case

ملخص

يهتم الباحثين والعياديين منذ بضعة سنوات بمسألة تقييم العلاجات النفسية للإجابة عن سؤالين أساسيين ما يزلان في صميم هذا الموضوع وهما: لماذا وكيف ينجز العلاج النفسي. اعتمد كاتب هذا المقال، من الناحية المنهجية، على طريقة دراسة الحالة حيث يقترح وصف وتحديد المراحل الأساسية التي تميز تطور العلاج النفسي لحالة شاب مراهق وهو حالة كريم. تسمح هذه الحالة، مثلما عرضها الكاتب بالإحاطة ببعض العناصر المرتبطة بالسؤال الثاني أي بميكانيزمات التغيير وكيفية حدوثه أثناء العلاج النفسي.

الكلمات الدالة: المراهقة؛ العلاج النفسي؛ العصاب؛ التغيير أثناء العلاج النفسي؛ دراسة حالات.

Introduction

La question de l'évaluation des psychothérapies s'est imposée aux cliniciens et aux chercheurs au cours de ces trente dernières années (Braconnier & Barbe, 2006 ; Thurin, 2009). Bien que l'efficacité générale des différentes psychothérapies ait été démontrée, deux questions centrales continuent de solliciter des réponses de la part des cliniciens et chercheurs. Il s'agit, selon Thurin, des deux questions suivantes:

1. *Pourquoi* la thérapie marche-t-elle ? C'est-à-dire, dans quelles conditions marche-t-elle (durée de la psychothérapie, modalités d'intervention, avec quels patients...) ?
2. *Comment* la thérapie marche-t-elle ? C'est-à-dire, quels sont les facteurs qui interviennent, quels sont les mécanismes de changement, comment se produisent-ils au cours de la psychothérapie, de son processus ? " (Thurin, 2009, p.236)

Tenter de répondre à toutes ces questions serait une gageure pour nous. C'est pourquoi nous nous limiterons ici à essayer d'apporter des éléments de réponse à la deuxième question, plus précisément aux mécanismes de changement et comment se produisent-ils au cours de la psychothérapie.

L'évaluation d'une psychothérapie reste un objectif difficile à atteindre si on pense à toutes les questions précédentes. Néanmoins, les études de cas permettent de mieux distinguer les différents éléments de l'intervention et de suivre de façon précise les processus de changement. (Thurin, 2009)

Dans cette présente contribution, nous vous proposons d'exposer un cas de cette «évolution qui est celle de Karim. La prise en charge psychologique se présente sous la forme d'une succession de consultations thérapeutiques allant des premières séances consacrées à l'investigation, aux dernières séances marquant la fin de sa psychothérapie. Nous synthétisons, dans les pages qui suivent, les phases de cette prise en charge. Il est vrai que cette démarche obéit aux soucis de présentation, mais elle a l'avantage d'être au cœur de la psychothérapie, dans la mesure où ces phases sont dictées par l'évolution de la psychothérapie elle-même.

1. La première phase

Au-delà des approches théoriques et psychothérapeutiques de l'adolescence, Braconnier et Barbe nous proposent quatre repères cliniques permettant d'identifier un adolescent en souffrance. (Braconnier, Barbe, 2006)

Un adolescent en souffrance est un adolescent dont la réalité externe est perturbée. Les difficultés scolaires, les problèmes familiaux, les questions d'orientation, les relations perturbées aux autres ou les comportements à risque sont souvent à l'origine d'une demande d'aide à l'adolescence.

Karim est le dernier d'une fratrie de quatre enfants (deux sœurs et un frère). Il avait 14 ans quand il s'est présenté, accompagné pour la première séance par ses deux parents, au centre de prise en charge psychologique¹ pour un suivi psychologique. Les parents énumèrent les problèmes de leur fils : bégaiement et difficultés scolaires, impossibilité de sortir de la maison pendant la nuit. Karim précise qu'à cause de ces problèmes il a quitté le club professionnel de foot dans lequel il jouait, il n'a pratiquement pas d'amis, et se sent incapable de prendre la parole quand il se trouve en groupe.

Un adolescent en souffrance est un adolescent dont la souffrance peut se manifester par des symptômes corporels, comportementaux, affectifs, cognitifs et relationnels.

Lors de notre première rencontre Karim accepte de nous rencontrer et de nous parler. Plutôt crispé et un peu inhibé, il met en avant son problème de bégaiement en précisant qu'il se produit seulement pendant la nuit et dans des situations particulières (mosquée, en présence de groupes). Il explique ses difficultés scolaires par le manque de concentration et un problème de mémoire. La symptomatologie dont souffre Karim, et qui a été décrite par le père, à savoir le bégaiement, difficulté de respiration, mouvements circulaires des yeux et sensation de perdre l'équilibre, de tomber et de ne pas pouvoir se relever s'est manifestée pendant les premières séances. Mais nous avons remarqué que beaucoup de ces symptômes se sont intensifiés en présence du père.

Un adolescent en souffrance est un adolescent dont le processus intrapsychique est soit stoppé dans son développement, soit fortement entravé.

Le père disait ne pas avoir eu beaucoup du temps à consacrer à Karim. La mère ne rapporte rien de particulier quant au développement psychomoteur du patient, mais elle dit que «C'est un bébé qui est

¹ Il s'agit de Centre de Prise en Charge Psychologique de Sidi Moussa (Alger). C'est un centre qui a été ouvert en 2000 par l'association SARP (Société Algérienne de Recherche en Psychologie) et, au sein duquel nous avons exercé en tant que psychologue clinicien de 2007 à 2011.



né angoissé » (مقلق) et, elle reconnaît ne pas l'avoir désiré, ne pas s'être bien comportée avec lui car la grossesse et la naissance de l'enfant sont intervenues dans un contexte difficile. Elle rapporte qu'à cette époque elle était très angoissée et obligée de prendre des somnifères pour pouvoir dormir. En effet, les parents reviennent sur les circonstances qui ont coïncidé avec la naissance de Karim. Né en 1994, en pleine période de terrorisme dans une ville limitrophe d'Alger qui a été très touchée par les massacres terroristes, la famille de Karim a été obligée de quitter sa ville pour aller s'installer dans la grande famille vivant dans une ville plus sûre. Le père de Karim était une cible potentielle pour les terroristes à cause de son métier d'enseignant.

Souvent, Karim se contente de répondre à notre question sur ce qui lui arrive par une seule et même réponse « Ce n'est que de l'angoisse » (قلقة بارك). Devant nos tentatives de le faire associer sur ce que peut être cette angoisse, son origine et ses causes, Karim avait de la difficulté à trouver des mots pouvant expliquer son état. Les données des méthodes projectives (Rorschach et T.A.T) et une épreuve de mémoire (la figure complexe du Rey) nous ont permis d'avoir plus de détails quant à la description des caractéristiques du fonctionnement psychologique de notre patient.

Au Rorschach, bien que la productivité se situe à la limite de la moyenne les réponses de Karim témoignent d'un investissement important du pôle intellectuel (cognitif). En effet, l'approche globale et l'approche parcellaire sont équitablement exploitées par le patient dans son effort cognitif pour produire des représentations dans lesquelles les objets sont formellement de bonne qualité et certains sont insérés dans une activité cognitive. La présence des réponses humaines, animales, banales et un nombre suffisant de réponses de bonne qualité formelle témoignent du bon rapport que le patient entretient avec la réalité. Les représentations et les affects susceptibles d'être sollicités par le matériel sont présents. Ils se traduisent dans les réponses du patient appartenant aux pôles kinesthésique et sensoriel. Les réponses kinesthésiques renvoient à un bon investissement de soi et de l'autre. Néanmoins, l'abord des représentations de relations suscitent un malaise chez le patient.

Les sollicitations conflictuelles sont souvent neutralisées par le recours à des mécanismes défensifs de type rigide (contrôle, formation réactionnelle, isolation, précautions verbales) accompagnés par le mécanisme d'évitement. Mais les mécanismes de contrôle échouent dans la modulation des affects dès que le patient est confronté à des situations chargées émotionnellement, comme nous l'avons constaté à travers la réactivité de Karim face aux planches pastel du Rorschach.

Au T.A.T, la construction des récits obéit à un discours cohérent; les récits sont relativement courts et la verbalisation est émaillée par les hésitations, les précautions verbales et les remâchages. En effet, les procédés rigides dominent les récits où les personnages sont souvent décrits dans une activité centrée sur les conflits intra-personnels et dans un aller-retour entre l'expression pulsionnelle et la défense et où le mécanisme d'intellectualisation est très présent.

L'isolation, la description et les références sociales sont aussi présentes à côtés des procédés de l'investissement de la réalité interne. Face au relâchement des procédés rigides ce sont les procédés d'inhibition, notamment la tendance à la restriction, et les motifs des conflits non précisés qui prennent la relève. En troisième position, les procédés labiles (investissement de la relation et expressions d'affects) viennent assouplir l'organisation rigide du patient. Enfin, les procédés de la massivité de la projection sont concentrés à la planche 8BM, témoignant ainsi de la difficulté du patient à élaborer la problématique d'agressivité essentiellement sollicitée par cette planche.

À l'épreuve de mémoire (FCR) Karim réalise aussi bien la copie que la mémoire dans un temps relativement long. La copie et la mémoire appartiennent au même type (I) dont la construction obéit à



une démarche cohérente. Toutefois, nous avons constaté une certaine rigidité dans la construction de certaines unités. Loin d'évoquer un problème de mémoire, le dessin de mémoire fait apparaître seulement quelques omissions, précisément l'unité 13 dont une partie est déplacée, une autre est omise. Par ailleurs, l'appréhension de la réalité reste de bonne qualité comme on a pu le constater à l'épreuve de la copie.

Enfin, un adolescent en souffrance est un adolescent chez lequel nous avons à prendre en compte la menace de structuration psychopathologique sous forme d'une organisation mentale telle que celle que nous pouvons rencontrer chez l'adulte.

Il est vrai que beaucoup d'adolescents présentent des problématiques psychiques dans lesquelles le processus intrapsychique semble stoppé ou entravé, mais d'autres peuvent présenter déjà à cet âge une organisation mentale clairement définie. (Braconnier & Barbe, 2006)

Le cas Karim correspond au deuxième cas de figure. Les caractéristiques du fonctionnement psychique du patient, décrites en haut, plaident pour une organisation pathologique névrotique de type phobo-obsessionnelle. Le suivi thérapeutique de notre patient dépend de ce diagnostic psychopathologique et, s'articulera autour des objectifs suivants tels qu'ils sont formulés par Braconnier et Barbe: permettre à l'adolescent de prendre conscience de ses styles de coping, notamment sa tendance à l'évitement et à l'inhibition, mais aussi de certains mécanismes plutôt inconscients comme par exemple les dénégations, les formations réactionnelles et l'intellectualisation qui structurent son organisation défensive, comme les projectifs l'ont montré et comme nous allons le voir tout au long de sa prise en charge; lui permettre également de repérer ses états émotionnels négatifs et de les exprimer sans culpabilité; enfin, promouvoir et valoriser la réflexion sur soi.

2. La deuxième phase

Karim est un patient qui s'est montré extrêmement ponctuel à ses rendez-vous; et pourtant les premières séances ont été difficiles pour lui. Victime de ses difficultés de respiration, de bégaiement et de son corps tremblant, il a pu nous faire part, en s'appuyant sur notre soutien, des idées qui l'obsèdent pendant qu'il subit ses crises somatiques : il pense « qu'il ne sera pas guéri », comme s'il anticipait, dans sa tête, le risque d'être submergé par l'anxiété et de s'évanouir (نفكر في القلقة والغمة). Bien que parfois Karim eu du mal à poursuivre l'entretien à cause de l'importance de ses crises, il s'est montré réceptif à l'égard de nos encouragements.

Pendant les premières séances le père accompagnait toujours son fils à la consultation sous prétexte que ce dernier ne connaissait pas le lieu. À la fin de ces séances, le père venait nous voir pour exprimer son inquiétude pour son fils en essayant de donner des explications à ses troubles actuels par le fait « qu'il s'est moins occupé de lui étant enfant, était dur avec lui, et qu'à l'époque toute sa famille était perturbée à cause de la situation sécuritaire ».

Loin d'adopter une attitude d'opposition et de rejet qu'on rencontre souvent chez les enfants de cet âge à l'égard des parents, Karim nous rapporte qu'il s'entend très bien avec son père et les autres membres de sa famille. Néanmoins, il se réserve le droit de considérer le comportement de son père comme étant parfois agressif vis-à-vis de lui. Quand nous avons abordé les difficultés de Karim dans le contexte de l'école, nous avons retenu un point qui nous semble important, à savoir que le patient paraît ne pas souffrir des symptômes de sa crise en présence des autres élèves, mais dès que l'enseignant apparaît, Karim commence à « se sentir perturbé » (نتفرش). À part ces quelques remarques, Karim avait du mal à aller de l'avant et devrait se rendre compte de la monotonie qui commence à caractériser nos rencontres.



Progressivement Karim apparaît moins submergé par les symptômes de sa crise et semble se sentir en confiance et en sécurité dans le lien que nous avons pu créer avec lui jusque là. Désormais le rythme de la séance commence à changer. En effet, le patient retrouve le plaisir de la parole et il nous livre des bribes de son histoire personnelle sans hésiter à chercher lui-même des explications à certains faits de sa vie. De ce matériel nous retenons quelques éléments qui nous semblent plus significatifs.

Dès le début d'une séance il nous relate un incident qui s'est produit quand il avait 12 ans. Un jour sa mère s'est évanouie suite à une dispute avec sa grande sœur. Étant présent, Karim tremblait, se souvient avoir pleuré et avoir eu très peur. C'est à partir de ce moment qu'il a commencé à avoir peur de mourir. Il qualifie cet incident de «traumatique» et reconnaît n'en avoir parlé à personne.

Karim est un adolescent qui se mésestime, il dit ne pas avoir confiance en lui. Il explique sa peur de jouer au foot par ce manque de confiance en lui, mais aussi par le fait que les gens qui le regardent risquent de le voir «commettre des fautes». Il précise à ce propos : «Même si je sais que je n'ai rien fait, je m'inquiète, je m'étouffe et j'ai peur de m'évanouir». Par ailleurs, il évite de regarder les matchs de foot à la télévision par peur d'avoir sa crise. Il nous rapporte également une panoplie de peurs : peur des places vides, peur du ciel nuageux, peur d'un séisme, peur de sortir la nuit. L'adolescent nous rapporte comment toute activité de la vie quotidienne devient pour lui source de questions qui l'obsèdent. Parfois, ces questions prennent une dimension abstraite comme par exemple «quelle est la valeur de la prière pour l'homme ?».

Alors que les vacances d'été se rapprochent, Karim nous fait part de ses peurs de participer à un voyage organisé. Il dit penser constamment à la possibilité qu'il s'évanouisse devant les compagnons de voyage et à ce que ces derniers diraient de lui. Il est d'autant plus inquiet que son seul copain ne serait pas là. Face à toutes ces peurs et ces angoisses exprimées, Karim a pu prendre conscience un jour que « finalement tout ça se passe dans ma tête, ça se passe dans mes pensées...ce sont de mauvaises pensées » (في التخمام...شغل تخمام عيان).

Ainsi, il nous déclare presque sur un ton de défi qu'il est prêt à affronter sa peur de voyager malgré l'absence de son ami. De notre part, ce n'est qu'en revoyant les notes que nous avons prises que nous nous sommes aperçu du chemin fait ensemble jusque là. Cette période coïncide avec la fin de l'année scolaire. Karim nous a déjà informés que ses résultats scolaires se sont améliorés. Mais nos échanges aussi ont évolué positivement. En effet, malgré son inhibition de départ le patient a su saisir la parole qui lui a été offerte et nous faire part, au cours des différentes séances, de ses peurs et de ses difficultés. À notre question sur la qualité de son sommeil, il répond qu'il dort bien et, nous rapporte spontanément le rêve suivant : «J'ai rêvé que mon doigt était coupé... j'ai rêvé que j'étais au stade, ma grande sœur est venue me regarder jouer. » (نمت كشغل صبعي مقطوع...نمت روعي قاعد في صطاد نتاعنا...جات). (ختي لكبيره باش تنفرج (مخلط، شغل خلوطه...ماشى حاجة باينة..ماكانش علاقة)).

3. La troisième phase

Karim a pu relever le défi d'aller en voyage pendant la période des vacances d'été. Cependant, à la reprise, il nous parle de nouveau des mêmes troubles dont il souffrait et il présente les mêmes difficultés d'expression pendant quelques séances. Karim se dit obsédé par des pensées sur sa maladie et l'idée de ne pas guérir. Ses symptômes (difficulté de respiration, peur de s'évanouir, bégaiement, phobie nocturne) se sont aggravés et élargis pour toucher l'école, la maison, et ses activités à

l'extérieur (le sport, la mosquée, les amis). Nous avons remarqué que le seul moment où Karim a exprimé directement un affect, c'est quand il a parlé de sa tristesse à cause de son incapacité à reprendre le sport avec son équipe de foot. Il dit qu'actuellement toutes ses pensées tournent autour du foot, et que venir à la consultation l'angoisse davantage car il est obligé de parler de ses problèmes.

Pendant les séances qui suivent, nous avons proposé à Karim des exercices de relaxation qu'il a volontairement acceptés. Il semble logique que ce genre d'exercices soit motivé par la nature des symptômes dont souffrait le patient (difficultés de respiration, bégaiement), mais leur introduction à ce moment de la prise en charge semble répondre aussi à notre inquiétude personnelle face à la problématique du patient qui nous rapporte d'une part une angoisse permanente, envahissante, et handicapante, mais dont l'origine reste inconnue, et d'autre part des idées et des pensées répétitives et bien focalisées. En effet, nos tentatives pour aborder avec le patient d'autres sujets n'ont pas abouti. Nous avons tenté d'échanger avec Karim sur des sujets auxquels s'intéresseraient beaucoup d'adolescents de son âge, à savoir les films, la musique, et le sport et ses stars mais aucun de ces sujets ne l'intéressait, en revanche il nous précise qu'il aime bien lire des ouvrages portant sur la religion, notamment sur le parcours biographique des prophètes. Nous n'avons pas pris en considération la remarque du patient pensant qu'en plus du fait que nous n'avons pas suffisamment de connaissances sur ce sujet, aborder un tel sujet risquerait de renforcer les défenses rigides du patient. En revanche, nous avons pensé que les exercices de relaxation permettraient à Karim d'accorder plus d'attention à son corps et, de minimiser la quantité d'énergie exploitée dans ses pensées «obsédantes».

Par leur technicité, les exercices de relaxation relancent nos échanges sur un autre mode. Contrairement à nos attentes et bien que Karim se soit montré un peu résistant lors des premiers exercices, il investit rapidement ces exercices en se montrant plus participatif. C'est ainsi qu'il nous rapporte comment il recourt aux exercices de respiration quand il ressent un malaise à la maison ou à l'école. Il nous raconte avec une «quasi joie» le plaisir de découvrir et d'apprendre comment on respire correctement alors qu'avant il confondait entre «inspirer» et «expirer». Mais cela n'a pas empêché l'angoisse de se manifester et de perturber la vie quotidienne.

Maintenant, elle prend la forme d'une angoisse de mort qui se cristallise dans des événements actuels et dans des événements du passé. Dans l'actualité, cette angoisse de mort se manifeste, par exemple, quand Karim se trouve à l'école, en train d'étudier un poème pourtant sur la thématique de la mort, et/ou quand il regarde à la télévision une équipe de foot marquer un but. Quant à un événement du passé, Karim revient spontanément sur l'incident de l'évanouissement de sa mère quand il avait 12 ans, en précisant que ça s'est produit à la tombée de la nuit (المغرب), et qu'il n'a pas dormi de toute la nuit car il avait peur que sa mère meure. Quand on lui demande si cet incident n'aurait pas un lien avec sa peur actuelle de sortir la nuit, il nous répond par un non, mais il ajoute que ça pourrait avoir un rapport avec le séisme de 2003² (Karim avait 9 ans à cette époque) qui s'est produit à la tombée de la nuit alors que le patient se trouvait seul dehors et pendant lequel il avait eu peur de mourir. Dès lors Karim exprime de plus en plus sa souffrance au point qu'il nous donne l'impression d'être un petit enfant en détresse qui reproche à ses parents (il l'a effectivement fait lors d'une séance) «de ne pas se rendre compte à quel point il souffre». Cette attitude régressive est probablement favorisée par les séances de relaxation au cours de l'une desquelles le patient a failli s'endormir.

² En effet, en mai 2003, un séisme très fort a frappé les régions de Boumerdès et d'Alger faisant plusieurs centaines de victimes.



4. La quatrième phase

Désormais les symptômes de Karim se concentrent uniquement dans la sphère familiale et apparaissent seulement le soir. Le soir, à la maison, il refuse de manger avec la famille, il bégaye davantage, se plaint de maux de tête et s'enferme dans sa chambre. Comme nous lui suggérons qu'en se comportant ainsi il cherche peut-être être plus d'attention de la part de sa mère - la seule qui le comprend selon ses dires - il nous répond par une nette dénégation : « Je ne cherche pas à attirer son attention, j'ai faim mais je ne mange pas » (ماشى باش نجبد الإهتمام نتاعها، نجوع بصح مانكولش). De plus, il reconnaît que son père est « une source d'angoisse » et qu'il déteste sa grande sœur car elle l'oblige à étudier. Les séances de consultation sont pour lui l'occasion d'exprimer sa colère contre les membres de sa famille qui ont changé d'attitude à son égard, à cause de ses mauvais résultats à l'école. Mais c'est la relation du patient avec sa grande sœur qui prend le dessus ou qui occupe le devant de la scène. Il entretient avec elle une relation d'ambivalence. Il exprime simultanément sa colère et sa reconnaissance envers elle ; il parle d'une forme de dépendance à son égard. C'est dans ce contexte que Karim nous rapporte le rêve suivant (qu'il a fait une quinzaine de fois): «J'ai rêvé que je courais et tombais, ne pouvant me relever, il fallait que quelqu'un vienne me secourir» (ننوم (روحي نجري، نطيح ما نقدرش ننوض حتى يجي واحد يرفدني). Par analogie entre sa situation de dépendance à l'égard de sa famille et la prise en charge psychologique, l'association autour de ce rêve a permis à l'adolescent de prendre conscience de son besoin d'autonomie.

Autour des difficultés pratiques (lire à l'école un paragraphe qu'il a écrit, reprendre son sport) qu'il rencontre quotidiennement, et par voie associative⁵ Karim lie ce qu'il a appelé « des idées négatives » à son sentiment d'incapacité. Incapacité d'intervenir quand sa grande sœur et sa mère se disputaient, incapacité de réagir quand on le traitait « d'idiot » (جايح), « incapable et sans valeur » (ما يقدرش أو ما (يسواش)). Mais, ayant compris que dans «l'ici et maintenant » de la séance, il peut exprimer ce qu'il ressent, Karim n'a pas hésité à attaquer sa famille, disant en avoir marre et ajoutant même que normalement il appartiendrait à une autre famille. Cherchant plus d'explications à ses «idées négatives» et «ses angoisses», il se souvient qu'à l'âge de 5 ou 6 ans il faisait la même crise (impression de s'étouffer) et que son père se précipitait «en le transportant dans ses bras » pour l'emmener en urgence chez le médecin. Il nous déclare, naïvement, lors de la séance suivante: «Je me souviens que, quand j'étais petit, 5 ans ou 5 ans et demi, je détestais mon père et j'avais peur de lui...et j'étais proche de ma mère» (نشفي كي كنت صغير 5 ولا 5.5 سنين كنت نكره بابا ونخافوه...وكنت قريب من (يما). Le père est perçu « comme quelqu'un qui le gêne » (كنت نشوفوه حاجة تجنيني). Quand on s'attarde un peu sur cette période et qu'on évoque sa relation avec ses parents, le patient s'en défend par une série de mécanismes rigides (dénégations, formations réactionnelles, intellectualisation) en faisant référence essentiellement à la morale et la religion (الأخلاق، الصلاة، الجامع). Ainsi, l'adolescent se révolte contre le modèle identificatoire fourni par les parents. La fin de cette phase coïncide avec les vacances d'été.

5. La cinquième phase

Ayant retrouvé, après les vacances, le rythme de vie qu'il espérait: sortir la nuit, jouer au foot, se rendre à la mosquée pour faire ses prières, disparition de ses crises à la maison, fréquentation des amis, Karim nous rapporte une autre problématique, à savoir «des complexes» (عقد), et «une personnalité faible» (شخصية ضعيفة). Il nous demande de l'aider à dépasser ses complexes et à fortifier sa personnalité. Contrairement à ses parents qui lui demandent d'arrêter sa prise en charge psychologique, Karim s'est montré motivé pour changer et «devenir quelqu'un de très important». Au cours de séances suivantes, il ne s'agit pas d'intervenir pour soutenir et encourager cet adolescent qui

était au départ «inhibé et passif », comme nous l'avons fait pendant les séances précédentes, mais d'écouter un «adolescent actif» parler de ses projets d'avenir.

À présent, ses rêves se caractérisent aussi par une dimension plus active, à l'instar d'un rêve qu'il a fait à plusieurs reprises et dans lequel il se voit en train de se disputer avec tous les membres de sa famille. Ce rêve ne va pas tarder à devenir réalité. En effet, la prise en charge de Karim va être en quelque sorte l'élément déclenchant d'un désaccord tenace entre l'adolescent et son père. Ce dernier appelle le secrétariat et annule une des séances habituelles de son fils sous prétexte que Karim a cours. En apprenant la nouvelle, Karim exige que son père rappelle et confirme le maintien de son rendez-vous. Au cours de cette séance, qu'il s'est «réappropriée», Karim a remis en cause non seulement l'autorité parentale, mais aussi le système d'autorité dans sa globalité: la mosquée, l'houma³, l'école et les professeurs. Il exprime sa volonté de s'affirmer et revendique explicitement sa différence.

6. Les phases de la quiet de soi

Les séances qui suivent peuvent se résumer par le titre suivant : «Un adolescent en quête de lui-même». En effet, Karim parle beaucoup de la personnalité pendant ces séances. Il dit « ne pas avoir de la personnalité» (ماعنديش شخصية) et/ou « avoir une personnalité faible» ; il précise que « personne dans son entourage n'a une forte personnalité». Il dit ne pas avoir envie d'être comme tout le monde; il dit avoir envie d'être différent et d'acquérir une forte personnalité. Il s'acharne sur son père et sa grande sœur qu'il qualifie de «personnes sans personnalité». Il reproche à ses parents de ne pas le «considérer» et, à ses camarades de le considérer comme un doublant donc comme un mauvais élève.

Il n'hésite pas à qualifier «d'hypocrites» son professeur de sciences islamiques et le directeur de son école à cause de leur comportement. Quand nous essayons de faire comprendre à l'adolescent l'importance que prend à cet âge la recherche de sa propre personnalité et de son positionnement par rapport aux autres, il semble bien en prendre conscience. Bien que Karim continue d'évoquer une relation conflictuelle avec sa famille, nous avons remarqué que ses propos, notamment sur son père, se sont assouplis au cours des séances. Ainsi, le père, figure la plus controversée, n'est pas une personne sans personnalité, mais il devient une personnalité que Karim ne comprend pas bien.

Mais, un changement important s'est produit au moment où Karim remarque, avec étonnement, que sa famille a cessé de lui mettre la pression à propos de sa scolarité, malgré son dernier résultat qui n'était pas satisfaisant. Se sentant libéré et retrouvant une certaine autonomie, il évoque son désir de réussir à l'école qui représente, selon ses dires, une satisfaction morale pour lui. Pratiquement parlant, Karim a arrêté ses entraînements avec son équipe de foot pour se consacrer à ses études. Il est important de noter que déjà depuis un moment nous ne rencontrons Karim qu'une fois par quinzaine et nous avons déjà abordé avec lui la fin de sa thérapie.

Cette décision est intervenue pendant la période de désaccord père/fils sur la question de la poursuite de la prise en charge psychologique. Sans doute une telle décision représente-t-elle une forme de compromis entre les deux parties, mais elle répond aussi au changement dans la nature de la demande. Quand Karim nous a demandé de l'aider à «fortifier sa personnalité» nous savions que cette demande était au centre même de sa problématique, à savoir son rapport avec la figure du père. Nous avons souligné ci-dessus le besoin de Karim de se positionner face au père et face à toute image pouvant le représenter, à l'instar des professeurs, du directeur d'école, et des institutions elles-mêmes (la famille, l'école, la mosquée). Ainsi, loin des soucis pour lesquels Karim est venu nous voir (peurs

³ Le quartier



diverses, difficultés scolaires), les dernières séances de sa psychothérapie nous ont marqué. Posé et déterminé, Karim partage avec nous ses projets pour l'avenir. Il affirme avoir acquis des connaissances sur lui-même. Il va même jusqu'à interroger le fonctionnement général de la société et de ses institutions. Certes, le fonctionnement par l'intellectualisation a tendance à prendre le dessus sur l'autre versant de sa personnalité en rapport avec ses désirs, ses fantasmes et ses préférences les plus intimes. Mais, n'est-ce pas là une autre problématique nécessitant une psychothérapie encore plus approfondie?

Conclusion

La psychothérapie de Karim s'est étalée sur deux ans à raison d'une séance par semaine. Mais le nombre total de séances atteint seulement une cinquantaine à cause des séances annulées, des périodes de vacances, et le changement de la fréquence, passant à une séance par quinzaine au cours de la dernière phase de sa prise en charge. Cette présentation, non exhaustive et synthétique du déroulement des séances, nous a permis de mettre l'accent sur plusieurs paramètres qui régissent le fonctionnement de la psychothérapie, comme par exemple les interférences entre les différents niveaux tels que l'individuel et le social, l'actuel et le passé.

Au fur et à mesure que le patient parlait et loin de nous focaliser sur ses symptômes, nous nous sommes d'abord attachés au soulagement momentané de sa souffrance actuelle. Rassurer l'adolescent en établissant une relation de confiance a permis de favoriser l'expression de ses angoisses et la possibilité d'une contenance émotionnelle. La tendance excessive de Karim à internaliser ses états émotionnels s'est amoindrie grâce au travail sur soi effectué au cours de sa psychothérapie. Cependant, cette dernière caractéristique s'est révélée plus qu'une tendance, elle est une des composantes essentielles de la personnalité de l'adolescent qui, malheureusement, pourrait entraver le déroulement normal de sa vie future. Remédier à une telle problématique nécessite une psychothérapie plus poussée; la psychothérapie d'inspiration psychanalytique serait plus appropriée pour le cas de notre patient. Néanmoins, une possible projection dans l'avenir est alors envisagée par l'adolescent qui a réussi, à la fin de sa psychothérapie, à s'imposer comme une partie prenante dans l'interaction patient-thérapeute.

Références bibliographiques

1. Braconnier, A. & Barby, R., 2006. Adolescence et psychothérapie. *Psychothérapie*, vol. 26, n° 2, 87-90. DOI 10.3917/psys.062.0087
2. Brelet-Foulard, F. & Chabert, C., 2003. Nouveau manuel du T.A.T. Approche psychanalytique 2è éd. Paris : Dunod.
3. Emmanuelli, M. & Azoulay, C., 2001. Les épreuves projectives à l'adolescence. Approche psychanalytique. Paris, Dunod.
4. Gianluigi, M., 2005. Actions thérapeutiques en psychothérapies d'adolescents. *Adolescence*, 52, 285-294. DOI : 10.3917/ado.052.0285
5. Montheil, M. C., 1998. Manuel de la feuille de dépouillement de la figure complexe de Rey, Figure A et B. Alger: Société Algérienne de Recherche en Psychologie.
6. Schäppi, R., 2011. Quoi, comment ou pourquoi? A propos des questions à se poser en psychothérapie, *Psychothérapies*, 3, 203-214. DOI 10.3917/psys.113.0203
7. Thurin, J. M., 2005. Expertise Inserm sur les psychothérapies. Contextes, déroulement, enseignements et perspectives. *Cliniques Méditerranéennes*, 71, 19-40.
8. Thurin, J. M., 2009. Evaluation du changement en psychothérapie. *Thérapie familiale*, vol. 30, n°2, 235-250.