

La grande menace : le COVID-19 et l'angoisse des jeunes

Emmanuel de Becker

The big thread: COVID-19 infection and adolescent anxiety

The current crisis is simultaneously disrupting and stabilizing adults, as well as children and adolescents, or maybe even grieving them. Along with the phenomenon's scale, opinions of all kinds are multiplying, fueling more the feeling of insecurity and consequent anguish. In addition to the largely relayed physical concerns, our aim has been to draw attention to psychic and relational health, while focusing on the youngest society members. After recalling the notion and concept of anxiety disorder, we have proposed several therapeutic axes.

KEY WORDS

Anxiety disorders, children and adolescents, insecurity, anguish

La crise actuelle bouleverse et déstabilise autant les adultes que les enfants et les adolescents quand elle ne les endeuille pas. Devant l'ampleur du phénomène, les avis en tout genre se multiplient, alimentant davantage le sentiment d'insécurité et en corollaire l'angoisse. À côté des préoccupations d'ordre physique largement relayées, notre propos souhaite attirer l'attention sur la santé psychique et relationnelle, en se centrant sur les plus jeunes de la société. Après avoir rappelé la notion de trouble anxieux, nous proposons quelques axes thérapeutiques.

POUR INTRODUIRE

Une pandémie n'opère en général aucune distinction fondée sur la nationalité, l'ethnie, le genre ou l'âge. La crise actuelle bouleverse et déstabilise autant les adultes que les jeunes quand elle ne les endeuille pas. Elle menace les équilibres fragiles, amplifie les précarités, modifie les patterns transactionnels entre les individus. Comme tout phénomène nouveau, cette crise génère des bouleversements internes, aux issues potentiellement dommageables mais aussi constructives, révélant le cas échéant, à nous-mêmes et aux autres, des aspects de notre personnalité que l'on ignorait jusqu'alors. Quand bien même le COVID-19 épargne relativement les jeunes générations, les retombées indirectes concernent de facto les enfants et les adolescents. Du fait de leur vulnérabilité intrinsèque et de leur lien de dépendance aux adultes, ils représentent une catégorie à risque, confrontée aux effets secondaires à court et à long termes de la crise que nous connaissons. Centrons-nous sur les impacts relatifs à l'angoisse chez le jeune individu, en épinglant ensuite quelques recommandations thérapeutiques.

L'ANGOISSE

Dès son origine, l'enfant est confronté à de multiples situations anxiogènes, celles-ci étant par essence non maîtrisées ou non comprises. Si on considère le bébé, il est dépendant de son entourage de par son statut de néotène, comme le rappelle Delion (1). Marqué par cet état, il développera une sensibilité à toute situation d'inconfort et d'incertitude ainsi qu'en corollaire une angoisse existentielle. S'il regroupe plusieurs significations, le terme d'angoisse renvoie essentiellement à une expérience subjective. De nombreux auteurs d'orientations diverses ont abordé l'angoisse, appréhendant entre autres la question de l'être, de la vie et de la mort. En soi, l'angoisse n'est point réductible à une expression psychologique, à une manifestation psychopathologique ou à une interrogation philosophique ; elle transcende ces champs épistémologiques. À côté de l'angoisse, on rencontre les notions d'anxiété et de stress ; cette dernière traduit l'ensemble des réponses face aux contraintes issues de l'environnement (2). Notons que le « stress toxique précoce » apparaît suite aux atteintes liées à la sécrétion continue de cortisol et d'adrénaline (déjà in utero) entre autres au niveau de l'hippocampe, du cortex pré-frontal médian, du noyau amygdalien, perturbant ultérieurement la mémorisation cognitive, l'intégration des émotions, les comportements d'attachement.

Si l'angoisse est ordinaire au cours du développement, elle devient pathologique lorsqu'elle vient désorganiser le fonctionnement psychique et relationnel du jeune individu. Se basant sur les classifications internationales actuelles en psychiatrie (CIM10 et DSM5), on parle des « troubles anxieux ». Hétérogènes, ceux-ci regroupent plusieurs types d'entités cliniques sans toutefois évoquer les organisations de personnalité sous-jacentes. Si les troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent sont maintenant davantage diagnostiqués, il demeure complexe d'établir la différence entre une peur « normale », une angoisse « développementale » et une anxiété pathologique. L'intensité, la durée, la souffrance associée, constituent des indicateurs à prendre en compte. Soulignons également que le trouble anxieux est le diagnostic psychiatrique le plus fréquemment posé chez le jeune entre six et dix-huit ans. Sur le plan épidémiologique, la prévalence des troubles anxieux est estimée, selon les études, entre neuf et trente-deux pourcents (3,4). En d'autres termes, un enfant sur dix voire un enfant sur trois présente un risque de souffrir d'une anxiété excessive. La sex-ratio montre que les filles sont deux fois plus concernées que les garçons. Si les troubles anxieux font partie des formes les plus stables des perturbations psychiques, il est rare qu'ils disparaissent spontanément. Ainsi, les enfants anxieux présentent un risque majoré de troubles de l'humeur ou des comportements addictifs à l'adolescence ; les tentatives de suicide à l'âge adulte sont aussi plus fréquentes. Dès lors, « attendre que ça passe » n'est guère l'attitude à adopter.

Les manifestations du trouble anxieux se présentent différemment selon les jeunes, leur développement, leur âge, leur personnalité, leur contexte socio-familial. Soulignons d'emblée

combien l'hyperactivité, l'agitation, les troubles des conduites ou d'apprentissage peuvent masquer le trouble anxieux. Rappelons succinctement quelques indices cliniques qui, d'ordinaire, sont évidents dès la première consultation pédiopsychiatrique ; ceux-ci sont habituellement corroborés par les éléments anamnestiques. L'enfant montre une tension motrice, une surexcitation, une hyper-vigilance ou à l'opposé un repli et un retrait massifs. Les parents font état d'éléments variés comme des moments de fatigue, des troubles du sommeil, de l'irritabilité. Chez le tout jeune enfant, des signes neuro-végétatifs hétéroclites tels, les tremblements, la pâleur, les céphalées, la bouche sèche, les sueurs, les troubles gastro-intestinaux diffus ou encore la pollakiurie sont fréquemment rencontrés. Dès deux ans, l'enfant peut évoquer des douleurs diverses en l'occurrence abdominales. On retrouve également des perturbations fonctionnelles somatiques ou des troubles du comportement. Le sommeil est rarement épargné ; il peut s'agir d'insomnies sévères ou de conduites d'opposition au coucher voire de manifestations hypnagogiques qui traduisent la peur du « lâcher prise ». Les cauchemars sont fréquents dès l'âge de deux ans tandis que les terreurs nocturnes interviennent vers quatre ans pour s'estomper au début de l'adolescence. Les manifestations cliniques peuvent être aiguës, comme la crise de panique, ou chroniques traduisant une inquiétude permanente. L'angoisse peut aussi s'organiser pour donner des symptômes phobiques (5). Une phobie dite simple traduit une peur intense déclenchée par une situation qualifiée de phobogène. Dans la suite, l'enfant peut également se munir d'objets contra-phobiques à valeur transitionnelle. Le jeune peut réduire massivement son champ d'exploration, éprouvant un besoin excessif de réassurance, ne parvenant plus à lâcher ses parents. La phobie d'objet ou celle de personnes engagées de manière symbolique dans une relation à l'enfant (comme par exemple le médecin) sont les témoins de l'envahissement de la vie psychique par des imagos parentales terrifiantes en lien aux conflits maturatifs du développement psycho-affectif. Plus loin, les phobies scolaires, fréquentes entre neuf et douze ans, concernent le (bon) élève qui, au moment de quitter le domicile, est saisi d'une angoisse massive que toute contrainte amplifie. Ces peurs qui, sont à relier à une angoisse de séparation peu ou non élaborée, trouvent souvent un écho chez le parent. Ces manifestations procurent des bénéfices secondaires consolidant les symptômes phobiques. L'angoisse peut aussi s'organiser en névrose traumatique dans le décours d'un événement éprouvant. Le traumatisme psychique est à comprendre comme un bouleversement de la vie, avec incapacité d'y répondre adéquatement, accompagné d'effets pathogènes, induisant une rupture de la continuité de l'existence de l'individu. Après une éventuelle période de latence, survient un tableau complexe constitué entre autres de trouble de concentration, de désintérêt général, d'angoisses diffuses, de crises de colère, de trouble du sommeil. Le diagnostic différentiel avec la dépression n'est alors guère aisé à réaliser. Quoiqu'il en soit, le trouble anxieux s'origine non seulement dans le psychisme

de l'enfant ou de l'adolescent mais également dans la réalité de celui-ci. Il y a donc lieu d'en tenir compte lors de la phase thérapeutique.

LES ATTITUDES THÉRAPEUTIQUES

La prise en charge du trouble anxieux, certainement dans le cadre de la crise liée à une pandémie, est multi-axiale, tenant compte tant du jeune individu que des parents, de la qualité des relations établies entre eux et du cadre familial dans lequel ils s'inscrivent. Si le « face-to-face meeting » demeure la modalité privilégiée, il y a lieu de s'adapter avec créativité en recourant aux moyens médiatisés dans une finalité tant préventive que curative de la détresse psychique des jeunes. Précisons que les enfants présentant un trouble autistique, un « double diagnostic » ou encore un psycho-traumatisme vivent différemment l'angoisse. Ils nécessitent donc un accompagnement spécifique, encore moins évident à mettre en place dans un contexte de mesures sanitaires exceptionnelles. Sans être exhaustifs, évoquons alors quelques repères généraux en soulignant combien il y a lieu de respecter la singularité de chaque individu. Ainsi tel jeune s'appuyant sur sa force de caractère, son « potentiel résilient », s'étayant sur un environnement socio-familial stable, traversera une période anxiogène sans impact majeur, tel autre, alors qu'il est à la base plus fragile psychologiquement, se révélera constructif et soucieux de son entourage, un autre encore, évoluant dans une constellation familiale en difficulté sur bien des plans, manifestera un trouble anxieux sévère au risque d'une éventuelle décompensation. Nous ne pouvons dès lors que rappeler l'importance de l'attention à accorder aux enfants et adolescents, en veillant à maintenir un dialogue régulier avec eux. Le cas échéant, une orientation vers des services spécialisés s'avère indiquée.

DE L'IMPORTANCE DE PARLER

Il arrive encore que des adultes refoulent leur part d'infantile pensant juste et adéquat de préserver l'enfant d'une réalité très angoissante. En voulant épargner le jeune, ces adultes ne protègent-ils pas, par projection et identification, l'enfant qui continue de vivre en eux ? Ne tentent-ils pas de protéger une certaine représentation idéalisée qu'ils se font de « l'innocence infantile » ? Le psychisme de l'adulte fonctionne alors comme celui d'un enfant au stade de la « pensée magique » : ce qui n'est pas nommé, n'existe pas... et on n'en parle pas. Parfois bien légitimement éprouvés, certains adultes sont tentés d'adopter le silence, se sentant démunis ou pris eux-mêmes par l'angoisse. Mentir est à éviter car l'enfant finit par découvrir tôt ou tard la vérité. Avec Dolto, nous avons appris à considérer l'enfant comme un être de langage (6). Il se nourrit autant de nos paroles que de nos soins, des paroles qui vont combler aussi l'absence. Dans la rencontre, veillons à utiliser un langage clair, simple et adapté à l'âge développemental, aux éventuelles difficultés cognitives ou psycho-affectives de l'enfant, en osant évoquer nos propres peurs et incertitudes d'adulte. Encourageons-le à parler de ce qui le préoccupe. Si l'enfant se

questionne, on peut lui demander : « ta question est importante (autrement dit, tu as de la valeur), je vais essayer de te répondre, mais avant, pourrais-tu me dire ce que tu as compris ? ». Par ce procédé, on accède aux théories élaborées par l'enfant, ce qui permet de lui répondre en s'ajustant au mieux à son niveau de connaissance et à ses représentations. Une réponse authentique de la part de l'adulte autorise en général une appropriation de l'angoisse par l'enfant. Par ailleurs, expliquons-lui qu'il est normal de se sentir triste, inquiet(e), perdu(e) ou en colère (7, 8). Quant aux adolescents, ils peuvent faire montre d'un détachement par rapport à l'angoisse, se vivant comme peu concernés par la menace, forts d'une toute-puissance propre à cette période de l'existence. Sans verser dans un discours moralisateur, on gagne à saisir l'occasion d'ouvrir des temps d'échange centrés sur des considérations plus générales éventuellement d'ordre politique ou philosophique. Rappelons également que l'adolescent, camouflé derrière une apparente assurance, peut vivre des troubles anxieux majeurs, et ce parfois dans une grande solitude. Parler du COVID-19, c'est évoquer la question de la maladie parfois fatale. L'enfant ne se représente pas la mort comme l'adulte (9). Pour les plus jeunes (en-dessous de huit ans), elle n'est point universelle, irréversible. Ainsi, les réactions des enfants sont très différentes de celles des adultes, pouvant se manifester par des régressions, des troubles psychosomatiques voire de l'auto ou de l'hétéro-agressivité (10). Notons que moins l'enfant appréhende une situation, plus l'angoisse et la culpabilité l'envahissent. La culpabilité est aussi une façon de garder un peu de contrôle (mieux vaut être coupable qu'impuissant).

VIVRE LA RÉALITÉ

Quand bien même les réactions d'évitement et de fuite sont salutaires, il n'est pas toujours possible d'échapper au Réel angoissant. Pensons à la maladie, au décès d'un proche, à une séparation. L'expression « ajouter de la vie aux jours » semble particulièrement adaptée aux circonstances actuelles. Toute crise majeure révèle voire amplifie les éléments de la réalité. Plutôt que de vouloir changer celle-ci, tentons d'activer un autre mouvement, celui d'un positionnement différent en mobilisant les ressources individuelles et celles de l'enveloppe partenariale socio-familiale. Concrètement, il s'agit de soutenir la créativité, la curiosité (la pulsion épistémophilique) dans une perspective de sublimation, ceci pour dépasser tant que faire se peut les pensées d'angoisse qui ont naturellement tendance à rétrécir le champ de la vie ; découvrir ou re-découvrir, seul et/ou en famille, un centre d'intérêt, une activité épanouissante, simple ou ludique... Si la parole permet l'expression d'un vécu et l'énonciation d'une subjectivité, l'acte, pour autant qu'il soit inscrit dans une élaboration, renforce le sentiment d'être quelque peu maître de son existence. Dans toute situation anxiogène, plus l'enfant est jeune, plus il est recommandé de veiller à la cohérence du cadre de vie. Ainsi, il pourra s'appuyer sur un fil conducteur scandant le rythme du quotidien, aux points de repère rassurants. Cet aspect est d'autant plus juste avec des jeunes

présentant des troubles neuro-développementaux. Mais c'est loin d'être évident pour de nombreuses familles ! Par ailleurs, reconnaissons que l'angoisse peut agir comme catalyseur des fonctionnements et dysfonctionnements individuels et groupaux. Si elle peut potentialiser et renforcer la solidité familiale, l'angoisse peut au contraire raviver les problématiques antérieures et intensifier la violence, l'enfant constituant par essence un être vulnérable. Mentionnons ici l'article 458bis du code pénal qui précise la responsabilité du praticien devant toute situation de danger impliquant les individus en état de vulnérabilité... Quant aux grands enfants et adolescents, la limite que représente une nouvelle réalité dictée par la société contrecarre l'élan naturel qui consiste à rejoindre le monde extérieur. Dans la crise actuelle, un paradoxe est présent étant donné qu'on impose de vivre exclusivement en famille, système censé être quitté pour éprouver son indépendance. « Privé de liberté », le jeune questionne les incohérences et failles du système. Angoisses, incompréhensions, limites drastiques constituent le terreau de possibles révoltes susceptibles d'enclencher des réactions violentes de part et d'autre...

DES SOINS SPÉCIFIQUES

En cas d'angoisses massives entravant le quotidien de l'enfant ou de l'adolescent, il s'avère indispensable de recourir à l'accompagnement spécialisé, s'appuyant entre autres sur l'approche psychothérapeutique. Quelle que soit l'orientation retenue, celle-ci conserve toute sa pertinence pour autant que le praticien fasse preuve de rigueur, d'empathie et de flexibilité psychique. Bien des voies thérapeutiques complètent utilement la psychothérapie. Abordons succinctement l'une d'entre elles, à savoir la méditation dite de pleine conscience (« mindfulness »). D'une manière générale, la pleine conscience, sollicitant la concentration et l'ouverture aux expériences internes, permet d'accorder, sans porter de jugement, toute son attention au moment présent afin d'être le plus en contact avec ses expériences vécues (11). Divers mécanismes d'action interviennent sur le plan neurobiologique. Plusieurs régions et circuits fonctionnels semblent impliqués; le cortex cingulaire postérieur, le cortex préfrontal ventro-médian, l'hippocampe, l'amygdale,

l'insula, la jonction temporo-pariétale, représentent quelques zones sollicitées, la méditation mobilisant en l'occurrence la régulation de l'attention et des émotions, la conscience corporelle, la réévaluation cognitive. Elle contient en soi un effet anxiolytique dont les répercussions positives dépassent la seule personne du jeune concerné (12). Comme cette approche thérapeutique suscite la surprise, l'enfant ou l'adolescent accepte plus volontiers de poursuivre d'autres axes de traitement. Il se vit acteur d'un processus, lui qui, parfois depuis longtemps, se sent opprimé par des angoisses massives. Par ailleurs, si les symptômes sont intenses, invalidants et/ou que la psychothérapie ne suffit pas à les contenir (par exemple en cas d'anxiété généralisée grave), un traitement psychopharmacologique peut être envisagé, associé à d'autres axes thérapeutiques. On retiendra aussi la médication en présence d'une comorbidité délétère. C'est toujours après une analyse soigneuse des tenants et aboutissants et discussion avec le jeune (si possible) et ses parents que la décision d'un tel traitement pourra être prise.

POUR CONCLURE

Suivons l'invitation de Lebrun à repenser notre rapport à la limite (13). Dans son dernier ouvrage, l'auteur fait le constat qu'il nous faut avoir le courage de reconnaître que le monde sans limite auquel nous « collaborons » depuis près d'un demi-siècle ne pouvait qu'aboutir à produire cet « immonde sans limite » dont nous nous lamentons aujourd'hui. D'après lui, nous sommes confrontés actuellement aux conséquences d'un raz-de-marée dont l'origine serait l'estompement dans le discours sociétal de la négativité inscrite dans la condition de l'être parlant. Lebrun observe que la limite, sous l'influence des sciences et des techniques, n'est plus progressivement perçue que comme une entrave au développement des possibles aussi bien qu'au déploiement de chaque individualité. Pourtant, la limite, loin d'être seulement une limitation, est la condition irréductible pour qu'existe du tiers. Il rappelle aussi que les mots constituent la tiercéité définitoire de notre humanité; en d'autres termes, les mots sont en eux-mêmes des limites (13). Cette crise permettra peut-être de repenser notre manière d'être et de nous énoncer ...

RÉFÉRENCES

1. Delion P. *Etre porté pour grandir*, temps d'arrêt Fédération Wallonie-Bruxelles, 2019.
2. deBecker E. *La pleine conscience comme premier temps thérapeutique des troubles anxieux chez l'enfant*, Annales Médico-Psychologiques, Doi : 10.1016/j.amp.2019.10.011.
3. Denis H. *Traiter les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent* Du diagnostic à la prise en charge Dunod 2017.
4. Denis H., Baghdadli A., *Trouble anxieux chez l'enfant et l'adolescent* EMC pédopsychiatrie 12/07/16 [37-201-A-30] 10.1016/S0246-1072(16)70042-3
5. Natanson J. *La peur et l'angoisse*, Imaginaire et Inconscient, vol. 22, no. 2, 2008, pp. 161-173.
6. Dolto F. *Parler de la mort*, Gallimard, 1998.
7. Julliard A-D. *Deux petits pas sur le sable mouillé*, Les Arenes, 2011.
8. Julliard A-D. *Une journée particulière*, Les Arènes, 2013
9. Chazelle Y. *L'enfant face à la maladie grave et à la mort*, Jusqu'à la mort accompagner la vie, vol. 114, no. 3, pp. 5-10, 2013.
10. Romano H. (dir) *Accompagner le deuil en situation traumatique*, Paris, Dunod, 2015.
11. Bibeau M., Dionne F., Leblanc J. *Can compassion meditation contribute to the development of psychotherapists' empathy? A Review Mindfulness*, 7, 2016, pp. 255-263.
12. Gotink R.A. et al. *Standardised Mindfulness-Based Interventions in Healthcare: An Overview of Systematic Reviews and Meta-Analyses of RCTs PLoS ONE*, 10, 2015, p. e0124344.
13. Lebrun JP *Un immonde sans limite*, ERES, 2020.

CORRESPONDANCE

Pr. EMMANUEL DE BECKER
Cliniques universitaires Saint-Luc
Psychiatre infanto-juvénile
Avenue Hippocrate, 10
B 1200 Bruxelles
emmanuel.debecker@uclouvain.be