

Les conduites d'auto-sabotage à l'adolescence

P. Alvin, responsable

Service de médecine pour adolescents, Département de pédiatrie
Hôpital Bicêtre, Paris, France

*Ils me font tous chier à vouloir que je leur parle.
Personne ne peut rien faire. C'est clair. Avoir fait tout ça pour rien!
Recommencer sans fin. S.O.S. tout le monde s'en fout.
Pourquoi est-ce si dur? Pourquoi ai-je si mal?*

Valérie

J'ai peur...peur de devenir comme je vous déteste, peur d'être détestée! C'est vous qui m'avez tuée, maintenant, restez bouche bée, pleurez, souffrez. C'est ma revanche.

Nadine

Le désespoir est un des sentiments les plus jouissifs (sic), car on se sent vraiment vivre.

Jean

C'est vrai, ça m'arrive souvent de fumer un pétard avant d'aller me coucher. Déjà mon père veut m'en voyer en foyer. Mais je vais refuser d'y aller.

Au secours, j'en ai marre, j'ai peur de continuer mes conneries!

Didier

Je voulais mourir sans souffrir, doucement, pour monter au paradis, loin de mes parents. Voilà pourquoi j'ai choisi l'anorexie, et je n'en vois toujours pas la fin.

Juliette

Tentative de suicide pour Valérie, Nadine ou Jean, avec même chez ce dernier une véritable fascination négative, fuite dans les toxiques pour Didier, anorexie mentale pour Juliette... Pour quoi, comment en sont-ils arrivés là?

Les adolescents, justement parce qu'ils sont adolescents, connaissent tous une période spécifique de conflit de leurs besoins complémentaires de dépendance et d'indépendance non satisfaits. Ce "I can't get no satisfaction", résulte en grande partie de l'effet conjugué de deux phénomènes très spécifiquement éprouvés à cet âge là, qui se renforcent l'un l'autre.

D'un côté, il y a un effet tout à fait nouveau et déstabilisateur de "rapproché" dans les relations, induit par la sexualisation du corps de l'adolescent, et surtout par la sexualisation de l'ensemble de ses relations, en premier des liens familiaux. De l'autre côté, il y a l'obligation de plus en plus pressante pour l'adolescent, tant psychologique que sociale, d'acquiescer une autonomie. Cette tâche met directement à l'épreuve ses ressources internes, tout en les testant.

Le rapproché dans les relations rend tout à coup l'adolescent particulièrement sensible aux variations de la distance relationnelle avec les personnes adultes dont il dépend. La brusquerie, voire parfois la brutalité de ses changements d'attitude - qui laissent l'entourage si souvent perplexe - témoignent bien de ce tiraillement que ressent l'adolescent vis à vis des personnes justement précédemment les plus investies par lui. Tout se passe comme si ces personnes, dans sa recherche d'un réaménagement de son espace relationnel, devenaient l'objet d'une sorte de phénomène d'attraction-répulsion. C'est d'ailleurs bien pour cette raison qu'être parent d'adolescent n'est pas toujours de tout repos. On se souvient, à ce sujet, d'une phrase de Winnicott: "Les adolescents, de façon très caractéristique, vont mettre à l'épreuve toutes les mesures de sécurité, toutes les règles et toutes les disciplines. Un enfant bien portant a besoin de personnes autour de lui pour rester sous contrôle. Mais cette discipline doit être dispensée par des personnes capables d'être à la fois aimées et haïes, objets de méfiance et de dépendance". Il n'y a qu'à penser à certaines scènes ordinaires de repas en famille, où plus personne n'ose plus parler librement, de peur de provoquer l'incident tellement attendu qu'il finit par être créé. Susceptible, l'adolescent semble tantôt absent, tantôt à vif. Ses parents font trop de bruit en mangeant, ils sont trop gros, ont des manières insupportables, etc. Il trouve refuge dans sa chambre, quand il ne fuit pas chez des amis. Si l'espace est devenu par moments irrespirable, ce n'est pas nécessairement parce qu'il est mauvais, mais surtout parce qu'il est ressenti comme rétréci, "encombré" du fait essentiellement de ce climat de sexualisation des liens qui impose la nécessité de trouver un nouveau style dans les relations. On comprend que pour l'adolescent, le caractère pénible et menaçant d'un tel rapproché puisse rendre ce jeu d'échange en famille soudain plus difficile.

Or pour être soi et devenir réellement autonome, il faut nécessairement et d'abord accepter de se nourrir des échanges avec les autres. Pour devenir autonome, il faut donc aussi être capable d'ouvrir un espace extra-familial, et de vivre des premières et véritables expériences de prise de distance. Or ces expériences ont leur envers, dans la mesure où elles confrontent toujours l'adolescent à la question suivante, plus ou moins lancinante selon les cas. De quoi suis-je vraiment capable par moi-même? Qu'ai-je vraiment dans le ventre? Enfin et surtout, à quel point suis-je encore dans l'attendre de recevoir de mes proches, mes parents, cette force dont je ne suis pas encore possesseur?

Les conflits d'opposition sont très utiles aux adolescents. Ils sont même une des formes privilégiées et attendues du réaménagement de l'espace, à commencer par l'espace familial. Toute la gamme des comportements est alors possible, de la simple bouderie à l'attaque verbale, jusqu'à la fugue. Ces conflits et leurs expressions variées sont d'ailleurs de fréquents motifs de consultations d'adolescents, à la demande de parents inquiets. Celles-ci débouchent en général sur le constat d'un malaise ou d'une crise familiale contemporaine de l'adolescence, et contribuent à dédramatiser l'atmosphère.

Ces comportements, dès lors qu'ils restent fragmentaires et sans lendemain, sont normaux et témoignent même d'une certaine santé développementale. En réalité, ils offrent un compromis extrêmement utile. Quand on s'oppose à une personne, on continue en fait à beaucoup s'appuyer sur elle, en ignorant qu'on a besoin d'elle et qu'on s'appuie sur elle, puisque c'est pour la contredire!

Le problème, c'est que certains adolescents ont de multiples raisons de ne pas se sentir bien assurés intérieurement. Ces raisons peuvent tenir à des événements de leur histoire, au climat de plus ou moins grande insécurité dans lequel ils ont grandi, aux fragilités éventuelles de leur(s) parent(s), comme à une sensibilité, une vulnérabilité particulière de leur structure plus personnelle. Quoiqu'il en soit, chez ces adolescents là en particulier, l'idée de s'autonomiser peut leur faire tout à coup ressentir, et avec force, le besoin ou la dette de besoin qu'ils ont encore des adultes, et surtout, l'ampleur de la dépendance affective dans laquelle ils se trouvent vis à vis de leurs parents. Ils sont alors projetés dans une proposition très paradoxale qui peut se résumer comme suit: "Ce dont j'ai besoin, cette force que sont supposés avoir les adultes, c'est ce qui menace mon autonomie naissante". Ou encore: "Ce dont j'ai besoin pour pouvoir être moi-même et développer mon autonomie, parce que j'en ai besoin, et à la mesure de ce besoin, représente une menace pour mon autonomie" (Philippe Jeammet. Pathologie de la dépendance à l'adolescence. Med et Hyg 1992;50 320-8. Pour cet auteur, qui a beaucoup travaillé cette question, il existe à cet âge toute une problématique de la dépendance, où l'adolescent essaie de substituer à ses liens affectifs relationnels, vécus comme d'autant plus menaçants qu'ils sont plus nécessaires, des liens de maîtrise et d'emprise).

Or ce besoin de recevoir des adultes ce qui manque, ne peut que renforcer la sexualisation des liens tout en les conflictualisant. Tout dépend alors du degré ou de la violence avec lesquelles ce paradoxe sera ressenti, et la manière dont l'adolescent essaiera de le dépasser. Les choses dépendront aussi, pour une part, de la position des parents à ce moment là. S'ils s'avèrent eux-mêmes par trop troublés ou "intéressés" par les transformations (sexuelles surtout) de leur enfant, hypercontrôlants, indiscrets et à l'extrême voyeurs, ou excédés et rejetants, ils ne manqueront pas de rendre la situation encore plus difficile pour lui.

De façon assez caractéristique, l'adolescent peut réagir en attaquant le parent représentant le lien d'investissement affectif le plus fort. Telle fille, dont le père admire tant l'allure, s'enlaidira à la mesure de cette admiration. Tel garçon, que l'on souhaite viril, prendra des allures d'autant plus passives. Celui pour lequel la mère a tant sacrifié pour son éducation se mettra à ne plus rien faire à l'école. Celle qui a reçu une éducation stricte et religieuse prendra des airs de plus en plus dévergondés, ou se lancera dans des aventures sexuelles précoces et peu investies, etc. Les défenses exprimées par ces adolescents, lorsqu'elles se radicalisent, sont d'autant plus pénibles, opaques à la compréhension et sources de malentendus qu'elles opèrent souvent par renversement; l'amour devient la haine, le besoin devient révolte, le respect ou l'admiration se transforment en mépris ou dérision. Le réel danger, derrière tout cela, c'est que la mise à distance du parent peut se faire via le rejet affiché de l'idéal, d'autant plus que cet idéal se trouve confondu avec celui du ou des parents, ou surinvesti par eux. En d'autres termes, le danger est que l'adolescent ne choisisse de se "débarrasser de l'eau du bain pour mieux se débarrasser du parent". Le risque d'auto-sabotage des potentialités n'est ici plus très loin. Heureusement, ce risque peut rester partiel, et déboucher sur un réinvestissement constructif: l'histoire, et nos propres pratiques, fourmillent d'exemples de jeunes gens qui, un temps dangereusement dynamisés par leurs conflits et leur opposition au modèle parental, ont fini par libérer leurs forces créatrices ailleurs ou plus tard, et parfois fort brillamment. Mais ce n'est pas toujours le cas.

Nous connaissons tous ces adolescents qui nous inquiètent vraiment, ou qui nous ont beaucoup inquiété, parce que cette fois leurs comportements ressemblaient beaucoup plus à une lutte sans fin, une obstination vers un cul de sac, un arrêt de leur développement. Chez eux, on a l'impression que tout consiste à éviter de donner à l'autre un pouvoir sur soi, comme s'il leur fallait à tout prix échapper à l'emprise possible de la ou des personnes les plus investies par eux: non seulement en ne répondant pas à leurs attentes, mais surtout en évitant tout ce qui pourrait être de l'ordre d'un authentique plaisir partagé. Une telle position de refus, où se mêlent alors toujours défi, délit mais aussi dépit, assure évidemment à l'adolescent une maîtrise de la situation. Ce sentiment de maîtrise peut même lui faire croire qu'il est devenu réellement autonome, ou ne dépendant de personne.

Mais la réalité est évidemment beaucoup plus pathétique: l'adolescent ne se rend pas compte qu'il s'est laissé piéger par des comportements de refus qui ne peuvent que s'auto-alimenter, puisqu'ils laissent intact, et même accroissent, ce besoin qu'il serait censé avoir dépassé. A l'extrême, ses comportements qui étaient là pour contrôler et rendre moins menaçant le lien de dépendance deviennent progressivement des substituts de ces personnes investies, voire une "raison de vivre", dans un cercle vicieux auto-renforcé, source de fascination proprement addictive. C'est le cas des anorexiques, de beaucoup d'utilisateurs répétés de toxiques, et d'un certain nombre d'adolescents suicidants. Mais d'autres situations peuvent traduire le même phénomène: conduites à risque "traumatophiles", non-compliance avérée vis à vis d'un traitement pourtant vital, grossesses précoces à répétition, mises en échec scolaire, etc. Tous ces adolescents semblent vivre une menace constante de leur identité, mais en réponse à cette menace, c'est tout ou partie de leurs potentialités qu'ils finissent par mettre en péril.

Bien sûr, il n'y a que peu de choses comparables à première vue, en particulier en termes des risques médicaux encourus, entre celle qui tente un beau jour de se suicider, celle qui s'enfonce dans l'anorexie et celui qui vit sa "lune de miel" toxicophile ou déjà sa galère de toxicomane. Il existe évidemment encore moins d'explication univoque, et il resterait à comprendre ce qui fait que tel ou tel comportement ait été ainsi "choisi" à tel moment plutôt qu'un autre. Mais tous ces adolescents semblent avoir été au moins en butte au même paradoxe sus-décrit, et surtout à son impossible résolution. Comme il s'agit justement d'un paradoxe, il n'a pu se formuler comme tel ni même être perçu comme une contradiction. Il s'est fait surtout sentir par ses effets paralysants sur l'adolescent, empêchant tout travail de représentation du problème, ne trouvant d'expression qu'au travers du comportement ou du passage à l'acte. Et l'on n'est pas étonné de constater à quel point, dans toutes ces situations ou leurs multiples variantes, c'est le corps même de l'adolescent qui apparaît la cible privilégiée de ces comportements plus ou moins consciemment auto-destructeurs.

En définitive, on ne peut essayer de comprendre ce qui se passe, chez un adolescent en difficulté, qu'en analysant son histoire, sa structure personnelle et la conjoncture. Cela vaut pour toute démarche de soins, en particulier préventive.

Son histoire, c'est surtout les contraintes du passé, leur poids et les liens avec l'environnement. C'est, en quelque sorte, "l'héritage" familial et culturel. Sa structure personnelle, c'est essentiellement ses atouts et ses faiblesses, ses forces et ses fragilités

internes, ses défenses mises en place et leur importance. La conjoncture, c'est d'abord et avant tout l'adolescence, dans sa double dimension pubertaire et psychosociale, à laquelle il faut ajouter tous les événements qui ont pu l'émailler, voire l'accidenter: séparations, deuils, rencontres plus ou moins heureuses, etc. Mais c'est aussi la nature de l'environnement familial et social: sa sensibilité aux véritables besoins de l'adolescent et son aptitude à entrer en résonance plus ou moins positive ou négative avec sa problématique, sa rigidité ou sa violence intrinsèque et peut-être surtout sa capacité à lui fournir ou non des supports efficaces.

L'exemple des tentatives de suicides chez les adolescents

"On dit d'un fleuve emportant tout qu'il est violent, mais on ne dit jamais rien de la violence des rives qui l'enserrent", Bertolt Brecht.

La violence et l'apparente irrationalité des conduites suicidaires ont toujours suscité toutes sortes d'attitudes défensives, individuelles ou institutionnelles. Et quand on est jeune, vouloir mourir ou faire comme si, peut paraître particulièrement incompréhensible, inacceptable ou moralement condamnable.

De tous les actes à l'adolescence, la tentative de suicide est sans doute le plus violent et le plus chargé de sens. Mais comme avec tous les passages à l'acte, les personnes qui en sont les témoins, les destinataires ou les "victimes" ont toujours le sentiment pénible d'être exclus, traités comme des objets. Ils se sentent mis brutalement devant le fait accompli, non pris en compte, ignorés dans leur identité, traités comme des étrangers, etc. De la même manière et d'une façon générale, les soignants n'ont pas été bien préparés pour aborder cette problématique. Certains peuvent même en éprouver un tel inconfort qu'ils préfèrent dénier ou ignorer le sujet, quitte à éviter toute confrontation clinique avec lui.

Et pourtant, des jeunes suicidants sont amenés tous les jours ou presque aux urgences des hôpitaux. Et pourtant encore, le domaine du suicide recouvre un très large éventail de comportements ou d'états psychiques dont les statistiques ne nous permettent de saisir que la partie visible de l'iceberg. Sous celle-ci se trouvent toutes les tentatives de suicide non hospitalisées ou passées inaperçues, les menaces suicidaires, et surtout toute une série de situations non univoques, dont certaines sont de réels équivalents suicidaires.

En définitive, les adolescents vulnérables peuvent côtoyer, puis s'éloigner du risque suicidaire, au gré des fluctuations de leurs circonstances de vie ou de leur vie psychique. La plupart d'entre eux demeurent parfaitement anonymes. Mais de tous ceux qui pénètrent cette aire de probabilité, il importe de se rappeler que très peu, en réalité, finiront par se donner la mort.

Un gros problème avec le suicide, c'est que même aujourd'hui, son évocation reste fortement empreinte par son histoire. Certes, nous sommes loin de Saint Augustin ou de Saint Thomas d'Aquin, pour qui le suicide était un crime détestable et un péché mortel. Mais la discrimination sociale, la honte familiale, sans parler de la culpabilité insupportable de

l'entourage, contribuent à perpétuer le tabou. Les suicides et les tentatives de suicide, lorsqu'elles ne sont pas complètement refoulées ou présentées comme des accidents, restent les archétypes des secrets de famille. De leur côté, les professionnels continuent d'éviter d'apposer le mot "suicide" à celui de "tentative", parce qu'il effraie. A contrario, les expressions comme "récidiver" ou "commettre un suicide" sont très courantes, comme on réfère à un crime, un inceste ou tout autre acte répréhensible.

Ceci est bien ironique, quand on sait que les jeunes suicidants sont justement souvent eux-mêmes victimes de maltraitements divers, et que les filles suicidantes qui ont une histoire incestueuse sont loin d'être exception. Mais il n'y a pas que cela: il existe encore une singulière tendance à minimiser les tentatives de suicide à faible potentiel de létalité, en particulier chez les filles ("comportement manipulateur, attitude histrionique, faux suicide, chantage, simple geste suicidaire, etc."). Que la mort n'ait pas semblé le but clairement cherché fait trop facilement croire que ces tentatives ne sont pas sérieuses. On peut d'ailleurs se demander à quel point ces attitudes ne relèvent pas de positions défensives, en réponse à l'effroi que l'idée même du suicide évoque toujours peu ou prou: parler de "petite tentative" invite à évacuer la dimension suicidaire de l'acte. Il est certes évident que la létalité potentielle et peut-être plus encore la gravité de l'intentionnalité de l'acte suicidaire sont des facteurs très importants à prendre en compte, car leur valeur prédictive eu égard aux répétitions suicidaires ou à une issue fatale ultérieure est largement démontrée. Mais on sait qu'avec les adolescents, la ligne de partage en matière d'intentionnalité est souvent très difficile à définir avec précision.

En définitive, et au-delà de la question immédiate de vie ou de mort, le principe même d'une distinction entre tentative grave ou mineure, ou pire sérieuse ou non sérieuse, semble inapproprié et surtout très dangereux. Toute tentative de suicide possède son degré propre d'ambivalence et d'impulsivité. La méthode employée dépend très souvent de facteurs circonstanciels, comme le contenu de la pharmacie familiale ce jour-là. Surtout, quand les adolescents envisagent le suicide, ils ne pensent pas nécessairement à la mort en tant que telle, mais bien plutôt à l'intolérabilité de leur expérience de vie. Ainsi, un geste mineur en apparence peut très bien émailler une situation catastrophique, ou encore révéler un drame personnel caché, et jusque là sans issue.

Le fameux effet cathartique du geste suicidaire est un concept séduisant mais dangereux. Certes, le suicide signe une intolérable souffrance psychique, le geste lui-même venant comme gommer cette souffrance et les conflits qui l'entretiennent. Mais le risque de répétition est de 30% à 40%, surtout dans la période des quelques mois qui suivent.

Et au-delà de ce simple constat, les études de suivi ont bien montré à quel point les conduites suicidaires sont symptomatiques d'un danger non négligeable pour l'équilibre psychosocial à plus long terme de ces jeunes. Tout ceci justifie donc amplement qu'une intervention précoce et active soit non seulement anticipée, mais qu'elle comporte d'entrée de jeu des objectifs clairement définis et surtout un véritable projet de soins et de suivi. Tout le monde comprendra qu'une telle démarche est impossible à imaginer dans le contexte d'une simple évaluation, qui plus est dans le cadre stressant d'un service d'urgence. Par ailleurs, la fidélité des adolescents suicidants à leurs rendez-vous, dans ces situations, est

notoirement désastreuse, et ce simple constat devrait dissuader de l'idée d'une prise en charge d'emblée et uniquement ambulatoire de ces problèmes.

Le meilleur moment pour intervenir auprès d'un adolescent suicidant est sans conteste la période qui suit immédiatement les premiers soins médicaux aux urgences. C'est à ce moment là, précisément, que la crise suicidaire promet d'être la plus "exploitable", avec une mobilisation optimale de l'adolescent et peut-être plus encore de son environnement. Mais quelles qu'en soient les meilleures intentions, un tel travail ne peut être ni imposé, et encore moins improvisé.

Les adolescents qui se remettent de leur tentative de suicide dans les locaux des urgences, (ou en réanimation le cas échéant), sont dans un état d'expectative très ambivalent, et vivent des sentiments très contradictoires. Ils perçoivent très bien que ce qu'ils viennent de faire est blâmable, ou pourrait être étiqueté comme un acte de folie. Jusqu'à 30% ont déjà une, voire plusieurs tentatives de suicide dans leurs antécédents. La plupart espèrent en silence qu'une compréhension ou qu'une aide leur soit offerte. Cela dit, certains sont prêts à affirmer que rien ni personne ne pourra de toutes façons les aider, ou que c'est leur affaire. On retrouve là un moyen de défense courant chez les adolescents menacés, qui consiste à renverser une proposition en son contraire. D'autres ont peur ou préfèrent, à ce moment-là, simplement nier la valeur ou le caractère suicidaire même de leur geste ("c'était pour dormir, c'était pour rien" etc.).

Les parents, quant à eux, peuvent faire montre d'états émotionnels très divers, allant de l'hostilité agressive la plus explicite au désarroi le plus pathétique, en passant par l'indifférence feinte. Leur réaction initiale la plus commune demeure la banalisation, voire le déni, cachant le plus souvent une culpabilité réprimée ou un sentiment de honte massifs, tous deux bien compréhensibles.

C'est pourquoi l'objectif du tout premier entretien est d'abord d'assurer une pleine reconnaissance de la crise suicidaire en tant que telle, avec les mots qu'il faut et sans faux fuyant, pour ensuite proposer un projet de séparation aménagée de quelques jours, pour "faire le point". La liberté de refuser le séjour hospitalier, comme la promesse d'une médiation active des soignants entre l'adolescent et ses parents sont indiscutablement les meilleurs garants d'adhésion au projet, tant de la part de l'adolescent que de ses parents.

Une fois hospitalisés dans un cadre adapté, constatant qu'ils ne sont en aucune manière considérés différents et découvrant l'intérêt dénué de tout jugement que leur témoignent les soignants, la grande majorité de ces jeunes éprouvent une certaine détente. Beaucoup sont très soulagés d'entendre que leurs parents seront vus ou convoqués parallèlement, pour des entretiens avec les médecins, les psychothérapeutes ou l'assistance sociale selon les besoins. Ils se montrent en général très participants dans les diverses activités récréatives ou autres routines offertes par le service. De façon assez surprenante, ils s'ouvrent très volontiers sur eux-mêmes, appréciant de raconter leur biographie, leur histoire et leur parcours personnel, ainsi que leurs malheurs et leurs attentes.

Ces jeunes sont aussi toujours très intéressés et très attentifs à leur examen physique, sur lequel nous insistons précisément beaucoup. Cet examen est souvent l'occasion pour eux d'exprimer pour la première fois un certain nombre de préoccupations corporelles ou questions quant à leur développement, et non rarement pour nous de dépister telle ou telle affection jusque là négligée ou méconnue. Ces adolescents sont particulièrement sensibles à leur image corporelle, à leur développement sexuel, et à ce que nous pouvons leur en dire. Les filles, en particulier, sont souvent demandeuses de conseils et d'une consultation gynécologique.

La tâche du psychothérapeute, au-delà de la nécessaire évaluation psychologique individuelle, est surtout d'essayer d'ouvrir au symbole et de faire lien dans ce contexte extrême de rupture. En effet, c'est paradoxalement leur déficit apparent de sens immédiat qui caractérise les conduites suicidaires de l'adolescent. Les "raisons" apportées dans l'après coup nous paraissent bien souvent des leurres, qui n'emportent ni notre conviction, ni souvent d'ailleurs celle du jeune suicidant lui-même.

Il importe enfin d'insister sur l'importance du travail parallèle avec les parents. Celui-ci est indispensable pour une bonne compréhension du contexte, une prise en compte des besoins propres des parents, et surtout pour permettre dans toute la mesure du possible une alliance thérapeutique dont ils ne se sentent pas exclus, alliance en grande partie garante des possibilités de suivi ultérieur de l'adolescent.

Les adolescents qui viennent de faire une tentative de suicide partagent un dénominateur commun de souffrance, de stress et de désespoir. Mais ils constituent un groupe extrêmement hétérogène en terme de structure psychologique, de profil familial et de biographie personnelle. En ce sens, ils défient tous les stéréotypes. Dans notre expérience, seule une minorité s'avèrent profondément déprimés, psychotiques, ou demeurent très activement suicidaires. A ce titre, seulement 3% ont nécessité un transfert en service spécialisé psychiatrique. La plupart sont issus de familles conflictuelles ou dissociées, et manquent manifestement du soutien dont ils ont besoin. Certains sont manifestement perçus comme mauvais éléments, voire boucs émissaires. D'autres font ou ont fait l'objet de manipulations affectives ou de maltraitances diverses, au sens large de ces termes. Les situations nouvelles qu'amènent la puberté, l'adolescence et la sexualité génitale accroissent leurs demandes affectives tout en les exposant à de multiples désillusions. Ce contexte, comme un cercle vicieux, favorise l'irruption des crises dans la famille et aggrave les ruptures de communications, de plus en plus mal supportées. A l'extrême, certains ont des familles pathologiquement dysfonctionnelles voire complètement désintégréées. Tout à l'opposé, certains semblent avoir évolué au sein d'une famille aimante et sans problème. Cette impression d'harmonie peut parfois couvrir une crise larvée ou cacher un secret familial lourd de signification. Ailleurs, entre autre cas de figure, on peut retrouver le climat confus d'un lien sexualisé exacerbé et non résolu, entre un des parents et son enfant.

En pratique, les suivis après tentative de suicide s'avèrent extrêmement hétérogènes. Il faut comprendre et accepter que certains adolescents ne peuvent que difficilement s'exprimer sur eux-mêmes, et ce d'autant que leurs difficultés sont plus grandes. Ceux-là évitent en général ou abandonnent rapidement les suivis psychothérapeutiques proposés. Ce n'est pas pour

autant que la prescription de consultations médicales répétées soit inutile, bien au contraire. Elle permet de s'occuper des besoins de santé primaires de ces jeunes, souvent négligés, et de plus démontre à l'adolescent l'intérêt qu'on lui porte, alors qu'il se trouverait justement tous les défauts, en particulier celui de n'être intéressant pour personne. Ce suivi médical peut également favoriser, dans certains cas, une reprise ultérieure des contacts avec un psychothérapeute.

En conclusion, il faut réinsister sur le fait que l'étendue du domaine que recouvrent les conduites suicidaires n'a d'égal que celui des nombreuses résistances exprimées à leur encontre. Cette violence ainsi retournée contre soi est certainement le symptôme d'une vulnérabilité personnelle particulière, et vise le plus souvent à faire souffrir, tout en les mettant à distance, les objets d'amour dont l'adolescent justement dépend le plus. Mais au-delà, une hypothèse de travail très utile dans toutes ces situations reste que cette violence représente le vecteur ultime d'une réponse à des sentiments personnels profonds d'injustice, de menace, de contraintes psychiques ou de violences subies, au sens le plus large de ces termes.

Nous sommes certainement encore loin d'avoir exploité toutes nos possibilités de prévention tertiaire. Cela dit, toute relation de soins digne de ce nom, avec tout adolescent, devrait tout inclure, y compris les idées et les antécédents suicidaires. C'est peut-être cela, le message simple qu'il devient urgent de transmettre et d'enseigner, avant toute autre chose.