L'Information psychiatrique 2018 ; 94 (1) : 53-7

La clinique psychiatrique de l'adolescent suicidaire repéré à haut potentiel intellectuel*

Marie-Sa Guillon [1]
Daniel Wurmberg [2]
Stéphane Ertle [3]

[1] Médecin psychiatre, PH, responsable de l'unité pour adolescents, Centre hospitalier de Rouffach, 27 rue du IV[e] RSM 68250 Rouffach France

[2] Psychologue clinicien, Unité pour adolescents, CH de Rouffach

[3] Neuropsychologue, pôle 8-9, CH de Rouffach

Rubrique dirigée par Martin Reca

Résumé. Les enfants repérés à haut potentiel intellectuel (HPI) se caractérisent par une hypersensibilité émotionnelle dans les interactions avec les autres, ont généralement une faible estime de soi, un sentiment d'être décalé par rapport à leur environnement. Souvent, ils imposent d'emblée une distance relationnelle dans une démarche de défense par la cognition et semblent passer toute émergence émotionnelle par le filtre du rationnel. Leur souffrance est teintée de lucidité douloureuse.

À partir d'une histoire clinique, les objectifs de ce travail sont d'aborder différents aspects de la clinique psychiatrique de l'adolescent suicidaire repéré à haut potentiel intellectuel.

Mots clés : évaluation, risque suicidaire, enfant surdoué, adolescent, pédopsychiatrie, souffrance psychique, émotion

Abstract. The psychiatric clinic of the suicidal adolescent discovered to have a high intellectual potential. Children identified as having high intellectual potential (HIP) are characterized by emotional hypersensitivity in their relationships with others, generally have low self-esteem, and a sense of being out of step with their environment. Frequently, they immediately impose a relational distance in a defensive approach by cognition and seem to pass any emerging emotional feelings through a rational filter. Their suffering is tainted with painful lucidity.

Based on a clinical history, the aims of this study are to address different aspects of the psychiatric clinic of the suicidal adolescent identified with a high intellectual potential.

Key words: assessment, suicidal risk, gifted child, adolescent, child psychiatry, psychic suffering, emotion

Resumen. La clínica psiquiátrica del adolescente suicida detectado o con alto potencial intelectual. Los niños detectados con alto potencial intelectual (API) se caracterizan por una hipersensibilidad emocional en las interacciones con los demás, suelen sentir una baja autoestima, tienen el sentimiento de estar desfasados con relación a su entorno. Muchas veces imponen de entrada una distancia relacional en una actuación de defensa por la vía de la cognición y parecen pasar cualquier emergencia emocional por la criba de lo racional. Su sufrimiento se tiñe de lucidez dolorosa.

A partir de un historial clínico, los objetivos de ese trabajo son abordar los diferentes aspectos de la clínica psiquiátrica del adolescente suicida detectado con alto potencial intelectual.

Palabras claves: evaluación, riesgo suicida, niño superdotado, adolescente, pedopsiquiatría, sufrimiento psíquico, emoción

« L'Homme souffre parce qu'il pense. »
La Condition humaine. *A. Malraux.*

Introduction

De notre pratique clinique, en consultation programmée en urgence (délai maximum de 24 h), les adolescents HPI suicidaires se caractérisent généralement par un sentiment de désespoir et d'inutilité, une perte de l'élan vital, et un risque suicidaire majeur (élaboration d'un scénario et identification de moyens létaux violents). Leur souffrance est teintée de lucidité douloureuse. Lors de la première rencontre, la manière dont certains adolescents HPI décrivent leur désespérance face au monde et leur décision d'interrompre ce processus de souffrance amène à penser que l'échéance du passage à l'acte est imminente. Les interactions apparaissent verrouillées. Ils imposent d'emblée une distance relationnelle dans une démarche de défense par la cognition et semblent passer par le filtre du rationnel toute émergence émotionnelle. Nous sommes amenés à développer des stratégies pour entrer en relation avec eux « en intelligence et en sensibilité » [1], afin de tisser le fil conducteur d'une relation thérapeutique rassurante.

Correspondance : M.-S. Guillon <ms.guillon@ch-rouffach.fr>

* Ce travail a été présenté au congrès FTSLU à Metz en 2017 dans le cadre d'un atelier.

doi:10.1684/ipe.2018.1742

Pour citer cet article : Guillon MS, Wurmberg D, Ertle S. La clinique psychiatrique de l'adolescent suicidaire repéré à haut potentiel intellectuel. *L'Information psychiatrique* 2018 ; 94 (1) : 53-7 doi:10.1684/ipe.2018.1742

D'où nos questionnements. Qu'en est-il de la clinique des adolescents suicidaires HPI ? Comment peut-on s'y prendre pour initier une relation de confiance ? Y a-t-il des différences d'approche et de prise en charge pour les adolescents HPI suicidaires ? Quelles sont leurs représentations de l'entretien ? Quels seraient les points d'ancrage à développer et à utiliser ?

À partir d'une histoire clinique, les objectifs de ce travail sont d'aborder différents aspects de la clinique psychiatrique de l'adolescent suicidaire repéré à haut potentiel intellectuel.

Rappel des connaissances actuelles

Caractéristiques des adolescents HPI

Il n'existe pas de signes pathognomoniques du haut potentiel intellectuel, mais la coexistence de plusieurs caractéristiques et d'une chronologie d'apparition dans le domaine de la communication verbale et sociale peut contribuer au repérage [2]. Quatre catégories sont identifiées : les particularités du développement, les troubles du comportement, les troubles de la régulation des émotions, et la spécificité du traitement des informations [3]. Les enfants et les adolescents repérés à haut potentiel intellectuel se caractérisent par des capacités cognitives et intellectuelles de bon niveau, une hypersensibilité émotionnelle et affective, un besoin de maîtrise et de justice, une très faible estime de soi, le sentiment d'être décalé par rapport à leur environnement, des difficultés à s'affirmer et une conscience douloureuse du monde. Ils pensent sur tout, tout le temps, intensément, sans cesse, mettent en perspective, anticipent, intègrent de nouvelles données qu'ils analysent en activant leurs logiciels. « Leur manière de penser est (à elle seule) créative » [1]. « La surdouance ne constitue en aucune manière un atout » [2]. « Être surdoué ne signifie pas être plus intelligent que les autres, mais fonctionner avec un mode de pensée, une structure de raisonnement différente » [4] Leur intelligence est « qualitativement différente » des autres enfants [5]. Ils sont dans l'impossibilité de s'adapter aux normes, décrivent l'impression d'être déphasés par rapport à leur environnement et leurs pairs ; ce qui induit pour certains d'entre eux un vécu de malaise, de décalage et de souffrance. Ils vivent souvent depuis l'enfance sans copains, sans amis véritables » [1]. Ils ont tendance à juger les autres trop lents, conformistes, sans fantaisie, fades et ont une sensibilité exacerbée face à l'échec [6]. Par leur aisance langagière, l'intensité de leurs propos, leur mode d'entrée en relation ou leur refus des règles, ces adolescents qui sont « par définition hors norme » [5] peuvent déranger, dérouter, provoquer l'incompréhension, la fascination, l'embarras [3], voire le rejet.

Adolescents HP et souffrance psychique

De nombreux enfants HPI sont en bonne santé, s'adaptent très bien à leurs aptitudes, vivent une scolarité et une socialisation satisfaisante [7]. D'autres, dans une recherche de conformité, tentent de renier leur mode de fonctionnement personnel. D'autres encore, sont en réelle souffrance psychique. Deux tiers des adolescents repérés intellectuellement précoces présentent des difficultés d'adaptation affectives, cognitives, émotionnelles au cours de leur parcours scolaire et personnel, pouvant entraîner des troubles psychologiques voire psychopathologiques.

Différentes études ont souligné la haute prévalence masculine dans l'expression de la souffrance morale : les filles contrôleraient mieux leur émotion [2]. Liratni *et al.* ont mis en évidence que les adolescents HPI du groupe clinique (présentant des troubles psychopathologiques) avaient une vie sociale moins riche et des difficultés prononcées d'autonomisation dans le système familial et social comparativement aux adolescents contrôles HPI [8]. « Ils ont de grandes difficultés à appréhender leur vie intérieure, leurs émotions, mais aussi le monde qui les entoure » [9]. S'ils sont confrontés à des événements de vie douloureux, leur mode de fonctionnement peut amplifier les traumatismes et conduire à une décompensation dépressive avec risque suicidaire majeur.

Profils cognitivo-affectifs du sujet HPI

La distinction complexe/laminaire apparaît importante à prendre en compte d'un point de vue clinique. Le risque de passage à l'acte, la souffrance psychique en général, semble plus intense chez les enfants à HPI complexe qui présentent d'autant plus un défaut d'adaptation à l'environnement et une dysrégulation émotionnelle.

Deux formes d'expression du haut potentiel chez l'enfant ou plus précisément deux profils cognitivo-affectifs sont décrits (complexe/laminaire). Ces profils permettent d'éclairer les modes de pensée des enfants à HPI, leur rapport au savoir, à l'apprentissage, leurs particularités cognitives ou encore leurs organisations affectives. L'observation clinique de certaines caractéristiques détermine l'appartenance d'un enfant à l'un ou l'autre de ces profils [10].

Le type « complexe »

Les enfants HPI de type complexe plus fréquemment rencontrés en consultation éprouvent un fort besoin d'apprendre, de comprendre ce qu'ils apprennent et pourquoi ils l'apprennent. Ils ressentent un besoin de stimulation intellectuelle, une grande curiosité du monde qui les entoure. Leur pensée est divergente, « arborescente », riche, rapide et associative mais parfois épuisante car prédominante et ininterrompue. Ils sont créatifs (leur mode de pensée procure un monde symbolique et un important panel émotionnel essentiels à la créativité), mais peinent toutefois à approfondir leur raisonnement, à planifier et anticiper et présentent des dyssynchronies sur le plan cognitif, psychomoteur et émotionnel. Leur différence, rejetée parfois par les autres mais également par eux-mêmes car vécue comme un poids, ainsi que leur hypersensibilité sont à l'origine de problèmes

relationnels et d'une grande solitude. L'inconstance des émotions qui les transportent peut les amener parfois à se montrer agressifs et imprévisibles [11].

Le type « laminaire »

L'enfant à HPI de type laminaire éprouve du plaisir à apprendre, se montre ouvert au monde, sans toutefois présenter une curiosité particulière ou un besoin de collecter les informations. Ces enfants se distinguent moins par leur mode de pensée que par leurs capacités cognitives hors du commun. Contrairement aux enfants HPI complexe, ils ont besoin de planifier et anticiper. Le processus de pensée est essentiellement analytique, linéaire et déductif. En outre, on relève moins voire pas de dyssynchronie cognitive ou psychomotrice. Ces enfants semblent moins torturés, plus sereins et dans l'acceptation de leur différence. Leur scolarité est souvent moins chaotique et les relations interpersonnelles moins conflictuelles. Ces enfants à HPI de type laminaire bénéficient de bonnes capacités cognitives, psychomotrices et relationnelles et s'adaptent plus aisément à leur environnement. Ils semblent nettement moins en souffrance et sujet aux angoisses comparés aux enfants à HPI de type complexe [10].

Histoire clinique

La première rencontre

Pierre, 17 ans, se présente en urgence, accompagné de sa maman, pour un risque suicidaire majeur. Au premier contact, dans la salle d'attente, il apparaît distant, ne présente aucun signe d'opposition ou de refus. Il accepte très facilement les conditions de l'entretien. D'après les informations transmises, Pierre s'isole, évite toute activité familiale, ne sort plus du domicile depuis plusieurs semaines, exprime des propos suicidaires. La famille sollicite un entretien en urgence avec une demande d'aide clairement exprimée.

Contenu de l'entretien

Pierre a une aisance linguistique, il emploie un vocabulaire pertinent, riche, élaboré, recherche le mot le plus juste, le plus précis possible et utilise facilement un langage complexe ou métaphorique. Ses propos sont dépréciatifs « *je ne sers à rien* », parfois désaffectisés, froidement exprimés, sans préambule, sans nuance, sans mélodrame, avec un sens critique et un niveau d'analyse intact, malgré l'intensité du désespoir. Il décrit au plus près ses difficultés de vie, l'intensité de sa souffrance, « *son sentiment d'être différent, de ne pas être à sa place, d'être en décalage avec les autres* ». Il aborde également ses difficultés à comprendre le monde, à s'intégrer dans un groupe et à donner du sens à la vie. Il évoque ses questionnements existentiels (« Pourquoi ? Est-ce-que ? Comment ?) [3] et décrira son immense détresse, ses tourments, l'amplitude extrême des émotions, sa désespérance, et son désespoir face au monde tel qu'il le perçoit : « *la vie m'ennuie, elle est ennuyeuse, c'est toujours la même chose, elle ne vaut pas le coup* ». Il reconnaît des ruminations suicidaires et confirme sa décision de mettre un terme à sa vie. « *Je suis dans une spirale et je souhaite ne plus souffrir* ». Il confirme clairement sa décision d'interrompre ce « *processus de souffrance intolérable* » par une mise en acte et donc de mettre fin à sa vie et suggère le mode opératoire et les conditions (« *être seul, avoir du temps, avoir la volonté d'agir* »). Ses propos mêmes implicites permettent de saisir clairement que la méthode a été longuement réfléchie et choisie pour être à la hauteur de la décision prise. La planification n'est pas précisée. Il argumente sa décision par une prise de conscience douloureuse, impossible à surmonter. Il semble enfermé dans sa conviction inébranlable que « *la vie finit toujours mal, qu'elle n'est que routine, que par conséquent il ne sert à rien de se mobiliser* » et sa décision « *de se détruire* ».

Conclusion de l'entretien

Pierre refuse catégoriquement une démarche de soin en milieu hospitalier dont les objectifs étaient de répondre à la situation de crise suicidaire, de prévenir un passage à l'acte, d'évaluer le contexte clinique, de construire une alliance thérapeutique, de débuter des soins et d'instaurer un partenariat avec la famille. Après concertation, un programme de soin multimodal et partenarial a été co-construit, avec mise en place d'un contrat avec Pierre et d'un dispositif prévention du risque suicidaire personnalisé : planification d'entretiens téléphoniques durant le weekend, consultations d'évaluation (psychiatriques) en CMP et à domicile (assurées par l'infirmière de l'équipe mobile), entretiens psychologiques et maintien du lien par des sms (assuré par un professionnel l'association Sepia spécialisée dans la prévention du risque suicidaire). Les modalités et les objectifs de chaque intervention ont été précisés.

Évolution

Les premiers entretiens psychologiques amèneront Pierre à s'inscrire dans une démarche de soin. Au décours de la prise en charge, la maman évoquera spontanément les conclusions du bilan psychométrique réalisé antérieurement, à son initiative.

Discussion

Notre expérience clinique actuelle nous amène à penser que la qualité de la rencontre avec l'adolescent HPI dépend de notre capacité à identifier rapidement les spécificités des adolescents HP et à les utiliser comme levier de communication et d'échanges. Identifier leur spécificité permettrait d'adapter notre stratégie thérapeutique et de proposer des soins qui correspondent à leur profil psychologique et fonctionnel.

Si certains adolescents HPI suicidaires expriment clairement une demande de prise en charge en ambulatoire, d'autres refusent catégoriquement de consulter, tout en

reconnaissant l'intensité de leur souffrance. Après avoir déployé différentes stratégies (discussion, argumentation, négociation, menace, ultimatum...) pour les convaincre, les parents, conscients de l'état clinique de leur adolescent suicidaire, se présentent avec lui épuisés, inquiets, rassurés qu'il soit finalement présent. La charge émotionnelle est intense, renforcée par de la culpabilité vis-à-vis de la méthode qu'ils ont dû employer et des doutes quant à l'utilité de la démarche qu'ils entreprennent, compte tenu des propos, de l'argumentation et l'attitude de leur enfant.

Lors de cette première rencontre, le plus souvent, ces adolescents prennent une posture d'écoute et adoptent une attitude de mise à distance, apparaissent distants, froids, sous contrôle. Ils imposent une distance relationnelle. Les expressions faciales sont figées. « *Ils semblent porter un masque* », sans doute dans une démarche de protection, « de défense par la cognition » pour « passer par le filtre de l'intellectuel et du rationnel toute émergence émotionnelle » [5]. Il ne s'agit pas d'une réelle opposition ou d'un rapport de force. « Ils testent le psy » [5]. Ils sont à l'écoute, peut-être pourrait-on dire aux aguets, en alerte, en hypervigilance. Ils semblent intégrer chaque information transmise, et mémoriser chaque idée qui leur semble pertinente ou intéressante à analyser ou à reformuler par la suite, au décours de l'entretien ou ultérieurement. « Tout prend racine et se développe dans leur monde intérieur de leur pensée et du ressenti » [1]. Ils passent souvent par l'humour noir, le cynisme, ce qui accentue la froideur et la distance. Par leur sensibilité, leur sens de l'observation et leur capacité d'analyse, ils perçoivent rapidement les failles ou les limites de leurs interlocuteurs. Certains s'y adaptent à leur dépend, d'autres s'en saisissent. Par exemple, certains pourront décliner « *je comprends très vite ce que sont les gens sans qu'eux-mêmes le sachent et je sais où ils veulent en venir* » ou « *je ne me livre qu'à ceux qui sont à la hauteur* ». D'autres encore s'adapteront au style du psy, à ses attentes « à ce qu'ils ont compris qu'il attendait » ; comme s'ils avaient « pour premier objectif de décoder la pratique du thérapeute », « pour analyser ses capacités à l'aider » [4]. Ainsi, « ils testent le cadre et pousse les limites » [4]. Généralement, ils ne disent rien spontanément de leurs potentialités intellectuelles ; ils n'évoquent à aucun moment les résultats du bilan psychométrique si ce dernier a été réalisé antérieurement. Mais dès qu'ils perçoivent que certaines de leurs caractéristiques HP ont été identifiées, ils marquent leur étonnement : « *Comment avez-vous deviné ?, Comment avez-vous compris ? Qui vous l'a dit ?* », demandent-ils systématiquement, droit dans les yeux. Ce temps est souvent suivi d'un apaisement général de leur part. Et à ce moment, on les perçoit très vulnérables, en attente de qualité et d'authenticité, et exigeants quant aux capacités relationnelles déployées, aux techniques d'entretiens utilisées, et aux propositions thérapeutiques déclinées. Ils semblent alors attentifs à la mise en place, avec leur accord, d'un cadre thérapeutique strict et bienveillant. Les premières étapes du processus thérapeutique sont d'évaluer le contexte clinique, d'apaiser la crise suicidaire, de définir la stratégie thérapeutique, et de faciliter l'engagement dans le soin afin de les accompagner dans un processus psychothérapeutique de qualité et de les aider à réactiver l'élan vital. Bourgeois précise « qu'on est donc réduit à imaginer le traitement d'une angoisse existentielle au sens propre, sans se priver des traitements symptomatiques » [9], si nécessaire.

Conclusion

À ce stade de notre réflexion, il nous apparaît pertinent de repérer, d'évaluer la présence d'une symptomatologie anxiodépressive, d'un risque suicidaire, des comorbidités qui peuvent accentuer, aggraver la présence de troubles anxio-dépressifs (troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité TDA/H...) et d'identifier leur mode de fonctionnement. Il est nécessaire de départager ce qui provient de la douance ou de la psychopathologie, mais également d'intégrer les différentes dimensions cognitives, comportementales et affectives. Le but est de nous adapter pour aller à leur rencontre et de mettre en place une organisation de soin structurée et suffisante par rapport au contexte clinique. S'appuyer sur les spécificités de la personnalité des HPI pourrait être un levier de communication et de rencontre.

Bien évaluer est un premier acte de soin pour une prise en charge de qualité. Repérer cliniquement les signes de surdouance revêt une fonction thérapeutique [6] dans la mesure où cela permet l'élaboration d'une stratégie thérapeutique plus adaptée à leur profil singulier.

Caractéristiques des adolescents HPI

- Très bon niveau intellectuel, capacité d'analyse et de réflexion, perspicacité, besoin de maîtrise, potentiel émotionnel et affectif, empathie, perfectionnisme, intellectuallisation, questionnement existentiel
- curiosité, créativité, idéaliste, très intuitif
- mémoire de travail performante
- pensée en arborescence
- esprit critique, autocritique permanente, doute, refus des règles,
- défaut de confiance en soi, sentiment de dévalorisation et d'infériorité, grande sensibilité émotionnelle, sentiment de ne pas être à sa place et d'être différent, difficultés d'intégration, difficultés à gérer ses émotions, besoin de justice/grand sens de la justice/ sensibilité à l'injustice.
- défaut de reconnaissance vis-à-vis d'eux mêmes.
- haut degré d'exigence vis-à-vis de soi-même et des autres.

Remerciements Nous remercions très sincèrement C. Claudel, documentaliste au centre hospitalier de Rouffach pour sa contribution dans nos travaux de recherche.

Liens d'intérêts les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Bost C. *Différence et souffrance de l'adulte surdoué*. Paris : Vuibert Pratique, 2011.
2. Robert G, Kermarrec S, Guignard JH, Tordjman S. Signes d'appel et troubles associés aux enfants à haut potentiel. *Archives de pédiatrie* 2010 ; 17 : 1363-7.
3. Revol O, Louis J, Fourmeret P. L'enfant précoce : signes particuliers. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2004 ; 52 : 148-53.
4. Siaud-Facchin J. *L'enfant surdoué, l'aider à grandir, l'aider à réussir*. Paris : Odile Jacob, 2002.
5. Siaud-Facchin J. Quand l'intelligence élevée fragilise la construction de l'identité : comment grandit-on quand on est surdoué ? *Développements* 2010 : 35-42.
6. Guignard JH, Zenasni F. Les caractéristiques émotionnelles des enfants à haut potentiel. *Psychologie française* 2004 ; 49 : 305-19.
7. Bleandonu G, Revol O. Approche psychopathologique et psychanalytique des enfants surdoués. *EMC. Psychiatrie/Pedopsychiatrie* 2016 ; 37–200–A–20 : 1-6.
8. Liratni M, Pry R. Enfants à haut potentiel intellectuel : psychopathologie, socialisation et comportements adaptatifs. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2011 ; 59 : 327-35.
9. Bourgeois D. Adolescents, surdoués, suicidaires. Un syndrome de Schopenhauer ? *L'Information Psychiatrique* 2016 ; 92 : 9-13.
10. Terrassier JC. « Les dyssynchronies des enfants intellectuellement précoces ». In : Tordjman S, éd. *Les enfants surdoués en difficulté, de l'identification à une prise en charge adaptée*. Rennes : Presses universitaires de rennes, 2005.
11. Marcelli D, Braconnier A. « Le problème de l'agir et du passage à l'acte ». In : *Adolescence et psychopathologie*. Paris : Masson, 2008, pp 96-127.

Comment préserver sa propre santé et sa passion du métier dans un contexte professionnel de plus en plus stressant ?

Isabelle Sauvegrain / Christophe Massin
• Février 2014
• 14,8 x 21 cm / 192 pages
• ISBN : 978-2-7040-1394-4

Tension, stress, risque de *burn-out* ...
Toutes les clés pour vous accompagner au quotidien

La compréhension du stress est abordée ici dans toutes ses dimensions, tant socioprofessionnelles que personnelles.

Ouvrage disponible sur www.jle.com

doin® | John Libbey EUROTEXT