

Réflexions sur les aspects développementaux, psychopathologiques et différentiels des conduites agressives à l'adolescence

Thoughts about developmental, psychopathological and differential sights in aggressive conducts during adolescence

Marie-Christine DALL'AVA,
Docteur en Psychologie*

RÉSUMÉ

La plus grande demande de consultations à l'adolescence concerne principalement les troubles de la conduite allant de l'agressivité à la violence ainsi que les troubles oppositionnels avec provocation. Il appartient de faire la part entre les aspects normatifs propres au développement et ceux appartenant à la psychopathologie. Il existe plusieurs sous types du trouble des conduites. Celui qui débute à l'enfance présente le plus mauvais pronostic et évolue vers une personnalité antisociale. Très fréquent, le trouble oppositionnel avec provocation présente certains éléments observés dans le trouble des conduites. L'agressivité peut transparaître aussi dans les formes résiduelles du trouble déficitaire de l'attention. Elle est essentiellement liée à l'impulsivité. Enfin, le défaut de contrôle des impulsions semble être un dénominateur commun de ces difficultés propres à la psychopathologie des adolescents. L'impulsivité sous toutes ses formes est certainement la cible thérapeutique première pour le psychomotricien.

MOTS-CLÉS : adolescence, trouble des conduites, trouble oppositionnel avec provocation, agressivité, impulsivité

SUMMARY

During adolescence, the majority of consultations are about aggressive or violent conduct disorders and oppositional defiant disorders. It is necessary to clarify the normative sights of development and the psychopathological ones. There are several subtypes of conduct disorder. One of them starts in childhood and has the worse prognosis. It can evolve toward an antisocial personality.

Frequently, the oppositional defiant disorder shows some elements observed in the conduct disorders. Aggression may also appear in residual forms of attention deficit/hyperactivity disorder, especially with impulsivity. At least, the deficient control of impulse seems to be a common denominator in psychopathological specific difficulties during adolescence. Impulsivity in its social, emotional, cognitive and motor forms is undoubtedly the first therapeutic aim for the psychomotor therapist.

KEY WORDS : adolescence, conduct disorder, oppositional defiant disorder, aggressivity, impulsivity.

B

aucoup de mythes et de stéréotypes parsèment la conceptualisation de l'adolescence, bien plus que pour toute autre période du développement humain. Stantley Hall qui a rédigé le premier ouvrage scientifique sur l'adolescence, au début du siècle, la qualifiait de "période de tumulte émotionnel marqué par le stress et les conflits, où dominant l'instabilité, la fougue et la loi des contradictions".

Un des stéréotypes les plus récurrents concerne l'agressivité des jeunes, laquelle serait recherchée et

entretenu. D'autres se centrent sur la sexualité, soit disant précoce, ou encore la consommation de drogues et d'alcool comme si l'adolescent était un toxicomane en puissance. Il y a enfin la perception qu'ont les adolescents d'eux-mêmes, ils auraient une image négative d'eux et seraient mal dans leur corps.

Quant aux mythes, on entend souvent dire qu'il est difficile d'établir un diagnostic à l'adolescence, car on ne peut démêler les éléments de la crise et les symptômes psychopathologiques.

*Centre Médico-social,
13 av. de Coupeau, 31130 BALMA

Avant d'aborder le trouble des conduites à l'adolescence, il serait donc souhaitable de clarifier certains aspects développementaux. Je ne développerais que deux de ces aspects qui se trouvent plus particulièrement impliqués dans le trouble des conduites, à savoir les relations sociales et familiales.

Quant à la psychopathologie de ces comportements perturbateurs, elle sera centrée sur les différents types de troubles des conduites, leur possible comorbidité et les facteurs déterminants. Enfin, nous mentionnerons quelques pistes d'intervention thérapeutique susceptibles d'être suivies par le psychomotricien.

Aspects développementaux de l'adolescence

L'adolescence peut être aussi considérée comme un phénomène socioculturel caractéristique des sociétés dites développées, qui tend de plus en plus à se prolonger. Les changements psychologiques propres à l'adolescence ne peuvent pas être considérés uniquement comme les conséquences des seules transformations anatomiques liées à la croissance et à la puberté. Leur importance varie selon les cultures dans lesquelles elles s'inscrivent.

Les relations avec les parents

Les changements physiques pubertaires comportent d'importants effets indirects. Quand le corps de l'enfant se met à ressembler de plus en plus à celui d'un adulte, les parents modifient insensiblement leurs relations. L'adolescent est traité comme un adulte en devenir. Ces changements modifient les attentes des parents envers l'enfant et accroissent leurs inquiétudes. Ils cherchent alors à exercer une domination

sur l'adolescent afin de l'aider à éviter les écueils d'une plus grande indépendance. Il semblerait que la période de l'adolescence soit plus stressante pour les parents que pour les jeunes (Gecas et Steff, 1990) : près de deux tiers des parents perçoivent l'adolescence comme l'une des étapes les plus difficiles du rôle parental, en raison de la perte de maîtrise sur l'adolescent et des inquiétudes quant à sa sécurité que suscite son indépendance accrue.

L'adolescent doit résoudre deux tâches opposées : acquérir l'autonomie tout en maintenant les liens d'attachement. L'acquisition de l'autonomie se manifeste par une augmentation des conflits entre parents et adolescents. Le maintien du lien se traduit par la continuité de l'attachement de l'adolescent à ses parents. Dans la majorité des familles on assiste à une augmentation des conflits mineurs concernant les problèmes quotidiens, comme les règles à suivre à la maison, l'habillement, les sorties, les résultats scolaires ou les tâches ménagères. Bien que cela soit très courant, il ne faut pas pour autant penser que ces conflits nuisent gravement à la qualité de la relation parents-enfant. Cette augmentation des tensions, loin d'être un événement négatif est à la fois saine et nécessaire au développement : elle fait partie du processus d'individuation et de séparation (Steinberg, 1988; Hill, 1988).

Paradoxalement, ni l'accroissement temporaire des conflits familiaux, ni la prise de distance par rapport aux parents ne semblent indiquer que l'attachement émotionnel des jeunes à leur famille disparaît ou s'atténue. Les études de Hunter et Younis (1982) portent sur leurs relations avec le père, la mère et leurs meilleurs amis. Les résultats montrent que l'intimité avec les parents diminue durant l'adolescence, tandis que celle avec les amis augmente. Mais les jeunes continuent de percevoir leurs parents comme une base de sécurité.

Les relations avec les pairs

Les groupes de pairs constituent un lien d'interaction permettant l'apprentissage des relations interpersonnelles et l'adaptation à l'environnement culturel. Mais à l'adolescence, les amis et le groupe jouent un autre rôle. L'adolescent amorce le lent et difficile passage du stade de dépendance infantile à la vie adulte autonome et le groupe des pairs devient le véhicule de cette transmission. Comme le faisait remarquer Erikson, l'esprit de clan et la forte conformité au groupe est une étape normale, sinon essentielle, de ce processus. A ce moment, les groupes de pairs cessent d'être des groupes unisexués pour devenir des bandes mixtes. Ce n'est qu'après que débiteront les relations amoureuses. La période où l'adolescent est le plus vulnérable au groupe des pairs se situe entre 13 et 15 ans. Toutefois il ne s'agit pas d'un facteur de risque car l'influence des pairs va plus souvent à l'encontre des comportements déviants qu'en leur faveur. La sensibilité à l'influence négative des pairs est moindre chez les jeunes qui sont proches de leurs parents.

Les conduites agressives

Globalement, il existe deux grandes catégories de troubles psychopathologiques : les troubles internes ou intériorisés et, à l'inverse, les troubles externes ou extériorisés.

Le premier type (internes) fait référence au retrait, à la dysphorie, à la somatisation de l'anxiété, à l'angoisse et à la dépression. C'est le registre affectif qui prédomine. Le second type, qui est celui qui nous concerne ici concerne le trouble des conduites. Sa caractéristique essentielle est un ensemble de conduites répétitives et persistantes, dans lesquelles sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et

les règles sociales correspondant à l'âge du sujet (cf. DSM IV). L'agressivité est souvent présente dans cette symptomatologie mais pas systématiquement.

Il existe deux formes différenciées du trouble des conduites : une forme ouverte, visible, ostentatoire et, à l'opposé, une forme couverte ou dissimulée. De même, les jeunes antisociaux peuvent se regrouper en deux catégories : les délinquants socialisés intégrés dans un sous-groupe et qui agissent dans le cadre de leur groupe et les délinquants psychopathes non socialisés et non intégrés qui agissent seuls, ils n'ont pas de conscience morale ni de culpabilité. Le premier groupe provient de quartiers pauvres et défavorisés et n'ont pas connu de discipline familiale cohérente (style parental désengagé). Le second groupe de délinquants psychopathes non socialisés et non intégrés se rencontre dans toutes les classes sociales, est aussi répandu dans les familles traditionnelles qu'éclatées et se caractérise par des délits commis dès le plus jeune âge. Il peut exister des formes mixtes. Le trouble des conduites à l'adolescence est un des premiers motifs de consultation spécialisée.

Comment diagnostique-t-on le troubles des conduites (DSM IV) ?

Il faut que la perturbation du comportement entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel. Ces troubles se manifestent dans tous les contextes : école, maison, travail. Ces sujets déclenchent souvent les hostilités ou réagissent agressivement envers les autres. Ils peuvent se montrer brutaux, menaçants ou avoir des comportements d'intimidation. On trouve des bagarres, des utilisations d'armes, de la cruauté physique envers

les personnes et/ou les animaux, des vols, des fraudes, des violences sexuelles, des destructions délibérées de biens appartenant à autrui (vandalisme, incendie), des violations des règles familiales et sociales (vie nocturne, fugues, école buissonnière, absentéisme...).

Deux sous-types sont identifiés dans le trouble des conduites en fonction de l'âge de survenue. Ils diffèrent par la nature des principaux problèmes de conduite, par l'évolution, le pronostic et la prévalence. Chaque sous-type peut revêtir une forme légère, modérée ou sévère. On doit tenir compte du contexte socio-économique dans lequel évolue le jeune avant de porter un diagnostic de trouble des conduites.

Il faut que le comportement déviant soit symptomatique d'un dysfonctionnement sous-jacent et non une réaction à l'environnement. Ces patterns de comportement indésirables peuvent être en effet considérés comme protecteurs à l'égard d'un milieu menaçant.

Il y a ainsi un type à début pendant l'enfance avec la survenue d'au moins un des troubles avant l'âge de 10 ans et un type à début pendant l'adolescence.

Le premier sous-type de troubles des conduites survenant dans l'enfance a des caractéristiques psychopathologiques chroniques. Les garçons y sont sur-représentés par rapport aux filles (4 pour 1 fille). Ils présentent des déficits neuropsychologiques. On trouve une comorbidité avec le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité. Les manifestations cliniques associées sont l'impulsivité, l'échec scolaire, la violence et la présence de troubles des conduites dans la famille. Les actes illégaux sont nombreux et précoces. Ces comportements antisociaux persistent durant le développement et peuvent déboucher sur une personnalité antisociale à l'âge adulte.

Dans le second groupe débutant à l'adolescence, on trouve autant de filles que de garçons et les caractéristiques sont différentes. Même s'il existe des activités antisociales, la violence est réduite, les anomalies neuropsychologiques sont moindres et il n'y a pas forcément de dysfonctionnement familial. Mais comment alors expliquer ces troubles ? Moffitt (1993) a parlé "d'imitation sociale". Il pense que les jeunes imitent les adultes avec des comportements qui ne font pas encore partie de leur registre. Ces comportements antisociaux servent à atteindre les privilèges de l'adulte, son statut, son pouvoir, sa puissance (l'argent, les partenaires sexuels...). Ces privilèges sont indisponibles pour l'adolescent du fait de sa dépendance mais sa maturité biologique lui donne l'illusion de pouvoir les atteindre. La rémission des troubles est plus probable dans ce groupe.

Le trouble des conduites évolue parfois avec d'autres tableaux cliniques, comme le trouble oppositionnel avec provocation, le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité, les troubles intériorisés.

Comorbidité trouble des conduites et trouble oppositionnel avec provocation

Le trouble des conduites peut être associé avec le trouble oppositionnel avec provocation. Ce dernier suscite de nombreuses controverses quant à sa validité clinique chez l'enfant. Il s'agit d'un ensemble récurrent de comportements négativistes, provocateurs, désobéissants et hostiles envers les personnes en position d'autorité qui persiste au moins six mois (cf. critères du DSM IV). Il se traduit par la survenue fréquente d'au moins quatre des comportements suivants : le sujet se met en colère ; conteste ce que disent les adultes ;

s'oppose activement ou refuse de se plier aux demandes ou aux règles des adultes ; fait délibérément des choses qui ennuient les autres ; fait porter à autrui la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite ; est susceptible ou facilement agacé par les autres ; se fâche et manifeste du ressentiment.

La comorbidité entre les deux troubles est intéressante. Le trouble oppositionnel avec provocation est antérieur au trouble des conduites, on le rencontre généralement vers 2-3 ans. Il laisse ensuite progressivement la place au trouble des conduites. Il pourrait donc s'agir d'un pattern précurseur du trouble des conduites à condition qu'il rencontre des facteurs à risque supplémentaires tels que la précarité sociale, la discorde familiale et la marginalité familiale. Environ 90 % des jeunes ayant un trouble des conduites ont présenté un trouble oppositionnel avec provocation (Hinshaw, 1993). Mais tous les jeunes ayant un trouble oppositionnel ne deviennent pas systématiquement antisociaux, seulement un quart des garçons le deviennent. La moitié des jeunes avec un trouble oppositionnel avec provocation le maintient sans évoluer vers un trouble de conduites, avec un suivi de trois ans.

Comorbidité trouble des conduites et trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité

Ces deux troubles sont associés dans 30 à 50 % des cas (Corraze et Albaret, 1996). Ces deux organisations sont indépendantes comme le montre l'analyse des différentes études. Le facteur hyperactivité/trouble de l'attention et le facteur agressivité/trouble des conduites sont autonomes. La corrélation entre ces deux troubles va d'un niveau élevé à faible selon les études. Le trouble des con-

duites isolé ou associé au TDA est corrélé avec l'agressivité et la délinquance à l'adolescence. Par contre le TDA sans trouble des conduites est corrélé avec les déficits cognitifs et scolaires.

Comorbidité trouble des conduites et trouble intériorisés (trouble anxio-dépressif en particulier)

Les pré-adolescents qui présentent l'association trouble des conduites et anxiété se montrent moins agressifs que ceux qui n'ont qu'un trouble des conduites. Par contre les adolescents qui ont un trouble des conduites et des symptômes dépressifs expriment plus ouvertement leur agressivité. Dans la dépression, les impulsions agressives sont introjectées et dispensées contre soi. On trouve assez souvent des comportements suicidaires chez les jeunes qui ont des conduites antisociales associées à la dépression. Sur le plan psychobiologique, la baisse de l'activité sérotoninergique est associée aux dimensions de l'impulsivité, de l'agressivité et au comportement suicidaire.

Facteurs déterminants et étiologiques

On trouve d'abord des facteurs psychobiologiques : les enfants agressifs très tôt diagnostiqués avec un trouble des conduites diffèrent des normaux sur 2 points. Leur éveil cortical et psychophysiologique est plus bas que la moyenne, ensuite leur réactivité autonome par rapport aux stimuli pertinents est plus basse. Ces 2 points expliquent la faiblesse des apprentissages sociaux et leur insensibilité aux renforcements.

Il existe ensuite des facteurs neuropsychologiques : dans ce trouble à forme précoce, le QI est à moins

un déviation standard par rapport à la moyenne. Cette évaluation du QI est un indicateur très général d'un vaste dysfonctionnement neuropsychologique. Il existe des déficits dans le raisonnement verbal et les fonctions exécutives (celles qui touchent à la planification, la résolution, l'organisation, le contrôle et la mémoire de travail) qui expliqueraient la présence persistante de l'impulsivité.

Les facteurs familiaux ont également un poids considérable. Nous y trouvons la psychopathologie parentale (personnalité antisociale, dépression maternelle, perversions...). Les conflits familiaux, le manque de disponibilité des parents voire leur désengagement, les maltraitances physiques, morale, sexuelle sont souvent avancés.

Des facteurs contextuels plus larges interviennent enfin et concernent la pauvreté, la précarité, la promiscuité, etc...

Conclusion

Il n'est pas si difficile de distinguer à l'adolescence les aspects développementaux des aspects psychopathologiques, contrairement à ce que véhicule le mythe. Les difficultés psychopathologiques à l'adolescence trouvent souvent leurs origines dans l'enfance. L'adolescence comme toutes les périodes de développement ne part pas de zéro. Le tempérament du jeune, ses habitudes de comportement et ses modèles internes d'interaction, établis dans les premières années de l'enfance, ont évidemment une influence sur l'expérience de l'adolescence. Le développement de la déviance et le trouble des conduites chez l'adolescent est rarement soudain. Ces comportements sont presque toujours annoncés par des problèmes de antérieurs et par une discipline familiale inadéquate. Toute crise ou transition majeure dans la vie, y compris l'ados-

cence exacerbe les modèles antérieurs du comportement plutôt que d'en engendrer de nouveaux.

Dans un cadre institutionnel, le psychomotricien peut raisonnablement travailler selon 2 axes : un axe cognitivo-social et un axe neuro-psychologique. Dans le premier cas, le psychomotricien peut aider le jeune à décoder les messages sociaux et non verbaux et permettre un meilleur ajustement cela par des techniques comportementales d'entraînement aux habiletés sociales (cf. l'appren-

tissage par imitation, jeux de rôle). Enfin le second axe viserait le traitement de l'impulsivité. Cette difficulté multidimensionnelle est la cible privilégiée du psychomotricien. Il s'agit pour lui d'aider le sujet à restaurer une capacité de contrôle des comportements en rapport avec les exigences du milieu physique et social. Le traitement de l'impulsivité est complexe et fait appel à de multiples techniques telles que l'utilisation de l'effet pragmatique du langage dans les programmes d'auto-instruction, la technique

de résolution de problème impersonnel et interpersonnel, la technique de la tortue, la technique du retard de réponse et aussi celle du "cercle des injures" où sont mis à l'épreuve les comportements inhibiteurs (Corraze et Albaret, 1996). Quant à la relaxation, son utilisation seule n'est pas très efficace pour lutter contre les impulsions. Elle est cependant utilisée comme technique de consolidation couplée avec d'autres, son rôle est de renforcer secondairement les capacités de contrôle de soi. ■

BIBLIOGRAPHIE

- BEE H.**, *Psychologie du développement, les âges de la vie*, Bruxelles : De Boeck Université, 1997.
- CORRAZE J. et ALBARET J. M.**, *L'enfant agité et distrait*, Paris : Expansion Scientifique Française, 1996.
- D.S.M-IV**, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris : Masson, 1996.
- GECAS V. et STEFF M.A.**, Families and adolescents : a review of the 1980s, *Journal of Marriage and the Family*, 1990, 52, 941-958.
- HILL J.P.**, Adapting to menarche : familial control and conflict, In GUNNAR M.R. et COLLINS W.A. (Eds), *Development during the transition to adolescence - Minnesota Symposia on Child Psychology*, Vol. 21, Hillsdale, NJ : Erlbaum, 1988, 43-78.
- HINSHAW S.P.**, Issues of taxonomy and comorbidity in the development of conduct disorder, *Development & Psychopathology*, 1993, 5, 31-49.
- HUNTER F.T. et YOUNIS J.**, Changes in functions of three relations during adolescence, *Developmental Psychology*, 1982, 18, 806-811.
- MASH J. et BARKLEY R.**, *Child psychopathology*, New York : Guilford Press, 1996.
- MOFFITT T.E.**, Life-course persistent and adolescence-limited antisocial behavior : A developmental taxonomy, *Psychological Review*, 1993, 100, 674-701.
- STEINBERG L.**, Reciprocal relation between parent-child distance and pubertal maturation, *Developmental Psychology*, 1988, 24, 122-128.