

Adolescence : le normal et le pathologique

Dr. Bakhouch / Dr.Ferhati

Plan :

I. Introduction.

II. Intérêt de la question.

III. L'adolescence normale .

1. Qu'est ce qu'une adolescence.

2. Caractéristiques développementales de l'adolescence.

IV. Adolescence pathologique.

1.La crise d'adolescence.

2.L'adolescence ; période à risque.

3.Troubles du comportement de l'adolescent.

4. troubles du comportement de l'adolescent et nosographie psychiatrique.

V. La consultation avec l'adolescent.

VI. Principes de prise en charge.

VII. Conclusion.

I. Introduction :

L'adolescence est souvent considérée comme **une période de crise**. Bien que fréquents dans cette classe d'âge , les troubles du comportement ne constituent pas forcément une pathologie psychiatrique. **La répétition des troubles et leur intensité sont des éléments nécessaires pour le diagnostic**. La question des troubles du comportement est **une frontière** entre le domaine médical et judiciaire.

II. Intérêt de la question :

- Reconnaître la limite entre le normal et le pathologique.
- Les aspects physiologiques, cognitifs , psychoaffectifs et familiaux.
- Comment aborder un adolescent .
- Les principaux troubles du comportement.
- Les bases psychothérapeutiques.

III. L'adolescence normale :

1. Qu'est ce qu'une adolescence:

- Adolescent dérive du mot « *adolescens* » (qui croit, grandit), XIXe siècle.
- L'adolescence est considérée comme **une période de crise** qui correspond à une **transition** , marquée à la fois par **une rupture avec l'enfance et la recherche du statut d'adulte** comprenant une nécessité d'émancipation et d'autonomisation.
- Est une **phase particulière du développement** qui se caractérise par des **changements sur de nombreux plans ; physique, cognitif, émotionnel, relationnel et social.**

2. Caractéristiques développementales de l'adolescence:

2.1. Sur le plan physique :

Le début de l'adolescence coïncide avec le démarrage de la puberté , par contre sa fin est plus difficile à définir.

Les modifications pubertaires sont à l'origine de transformations morphologiques et physiologiques importantes.

L'accès à la puberté est un accès à la sexualité et au désir sexuel.

Les caractères sexuels secondaires : Fille /Garçon

2. Sur le plan cognitif :

- Période critique du développement cérébral; **maturation du cortex préfrontal** qui sous tend les fonctions cognitives de haut niveau en lien avec les comportements sociaux et émotionnels.
- Amélioration significative des performances cognitives sur le plan de vitesse de traitement de l'information et des capacités intellectuelles.
- Accès à **la pensée formelle et le raisonnement hypothético-déductif**.
- L'ado développe une logique formelle (peut généraliser).
- Il se détache de supports pour appliquer sa pensée à des énoncés verbaux de plus en plus abstraits.

3. Sur le plan psycho-affectif et émotionnel :

- La poussée pulsionnelle à l'adolescence est intense avec des nouveaux intérêts dans le domaine sexuel avec accès à **une relation hétérosexuelle** , selon un mode adulte assumé et sans conflits.
- Durant cette période , **la masturbation** est la seule forme d'activité sexuelle possible , mais elle est vite **source de culpabilité** et d'insatisfaction.
- Les relations avec l'entourage parental sont totalement bouleversées.

Elles sont caractérisées par **la reviviscence des conflits œdipiens et de son angoisse spécifique**. L'ado se trouve confronté à la nécessité de prendre des distances vis-à-vis du milieu familial en vue d'accéder à l'autonomie , à l'indépendance, ce qui nécessite d'orienter ses intérêts sexuels hors du milieu familial.

- Préoccupations et nécessité de trouver sa propre identité avec une série d'interrogations sur lui-même et son identité (**qui je suis , je deviens qui ?**), d'identification en opposition , l'adolescent finira par se définir et se retrouver.

4. Sur le plan relationnel et social :

- C'est une période d'**identification** et de différenciation qui passe par **l'autre**.
- L'autre , c'est d'abord **les parents**. L'enfant puis l'adolescent construit une identité à travers le regard de ses parents.
- Ensuite , c'est le regard **des pairs** que l'adolescent va rechercher pour compléter son statut.
- L'adolescence correspond à une **double problématique** : l'adolescent cherche à s'émanciper sa position d'enfant et de l'autorité parentale; alors qu'au même temps, les modifications corporelles qu'il subit , le font de plus en plus ressembler à ses parents.
- Le risque : soumission et une dépendance familiale aliénante ou une rupture brutale .

IV. Adolescence pathologique:

1. La crise d'adolescence:

- La crise d'adolescence est un processus considéré comme **normal** et réactionnel à l'apparition de sentiment d'autonomisation et d'identification.
- L'origine de la crise correspond à l'existence d'un **décalage** entre maturation physique, biologique et maturation psychique.
- Chez l'adolescent ; **la persistance** des troubles du comportement , leur **intensité** , **la gravité du passage à l'acte** et **la mise en danger** ainsi que l'existence **d'un retentissement** sur l'investissement de la scolarité et les loisirs doivent faire craindre une décompensation pathologique.

2.L'adolescence ; période à risque:

Sur le plan de la santé ; la période de l'adolescence est **une période d'augmentation de la morbidité et de la mortalité** par rapport à la période de l'enfance ; des taux très élevés d'accidents , de suicide , de dépression , de consommation de toxiques , de comportements à risque, des troubles du comportement alimentaire ou des problèmes de santé consécutifs à des comportements sexuels à risque.

- Cette morbi-mortalité s'explique en partie par **des changements comportementaux** inhérents à cette période de développement; relations avec les pairs, recherche de nouveautés et désir de conquête et sensations fortes et de prise de risque.
- Le tout s'inscrit sous le toit des **facteurs dynamiques familiales et sociales biologiques** , **sociaux** et influencé par la.

3.Troubles du comportement de l'adolescent:

Un ensemble fréquent de comportements perturbateurs, que la plupart des adolescents manifestent à divers degrés au cours de leurs développement ;

3.1. Agressivité : L'agressivité est régulièrement rencontrée chez les enfants jeunes. Elle ne revêt pas de caractère pathologique si elle reste modéré. La persistance à l'adolescence se retrouve le plus souvent en cas de carences éducatives et ou affectives.

3.2. Vol: c'est la conduite délinquante la plus fréquente à l'adolescence .

3.3.Mensonge: c'est l'action sciemment la vérité. Il n'existe intentionnellement qu'à partir de 6-8ans (utilitaire , mythomanie).

3.4.La fugue : il s'agit de conduites agies , dont aucune n'est un délit en elle-même. C'est une conduite sociale importante de l'adolescent et ne se situe pas forcément dans un contexte psychopathologique.

3.5. Les scarifications et automutilations :

Les manifestations auto-agressives de l'adolescent sont dominées par les tentatives de suicide (impulsives , réactionnelles à des décharges anxieuses).

*Ne portez pas un diagnostic psychiatrique devant un trouble du comportement isolé de l'adolescent.

* La démarche diagnostique ne peut se limiter à une interprétation psychopathologique d'un fait unique et nécessite une analyse beaucoup plus approfondie.

4. Troubles du comportement de l'adolescent et nosographie psychiatrique:

-Au sens diagnostique, le caractère pathologique des troubles du comportement dépend de la présence d'un certain nombre de comportements perturbateurs relativement bien définies qui doivent remplir certains critères **d'âge** , **d'intensité** et **de durée**.

- Dans le **DSM-V** ; les troubles du comportement correspondent à plusieurs syndromes différents regroupés dans 2 catégories distinctes:

*Les troubles neuro-développementaux : TSA, **DI**, **TDHA**

***Les troubles de l'impulsion et des conduites** , incluant le TOP(trouble oppositionnel avec provocation), Troubles des conduites , TEI (trouble explosif intermittent), la pyromanie et la kleptomanie.

* D'un point de vue étiologique , les troubles du comportement peuvent révéler **un processus psychopathologique plus global** : dépression , trouble bipolaire, trouble de la personnalité , conduites addictives , les états de stress post traumatique et les troubles psychotiques.

V. La consultation avec l'adolescent:

1. Première consultation : Cadre thérapeutique

- Voir l'adolescent d'abord puis avec ses parents.





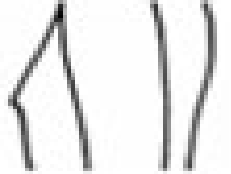


















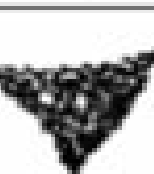

« nous sommes d'abord à ta disposition pour t'aider à franchir une période difficile, et que ses parents constituent une « force d'appoint » nécessaire pour le faire, même si, à première vue, c'est l'hostilité qui domine les rapports entre eux. »

Questions ouvertes.

- **Nécessité de le revoir** , de continuer l'investigation / contrôle et cadrage du temps. Plusieurs entretiens.

- Examen pédopsychiatrique avec l'adolescent: histoire du trouble , examen mental , dynamique familiale , histoire développementale(2èm entretien , patterns relationnels et affectifs).

- **Examen somatique** : Stade TANNER (SPAR)

Stade	Organes génitaux externe de l'homme	Pilosité faciale de l'homme	Pilosité pubienne de l'homme	Pilosité axillaire	Pilosité pubienne de la femme	Développement mammaire
1		0				
2		+				
3		++				
4		+++				
		++++				

Enfance

Puberté

Âge
adulte

VI. Principes de prise en charge:

- Le clinicien doit apprécier si le trouble s'inscrit dans le cadre du processus maturatif normal de l'adolescent. Si ce n'est pas le cas , il doit caractériser le trouble du comportement au vu de l'anamnèse , notamment des 6 derniers mois.
- Evaluer le contexte familial , socio-économique et culturel de l'enfant ou de l'adolescent.
- Chercher les co-morbidités , traitement spécifique.
- Evaluer les conséquences des conduites délinquantes sur la famille et l'environnement social.

- De manière générale , la prise en charge thérapeutique doit être multifocale et psychothérapeutique en impliquant autant que possible l'environnement familial, social et scolaire.
- Pas de traitement pharmacologique spécifique. (hors AMM).
- Le maintien de l'enfant au sein de son milieu de vie est souhaitable , sauf si l'environnement n'est pas sécurisant ou que le trouble est débordant ; recours à l'hospitalisation ou aux instances judiciaires .
- Familles d'accueil / SOEMO .
- Dans tous les cas , une prise en charge psychothérapeutique doit être associée, le traitement médicamenteux n'est jamais suffisant.
- le suivi psychothérapeutique ne dispense pas des conséquences judiciaires des troubles du comportement.

Seule une coopération étroite et une atmosphère de réciprocité entre cet adolescent , agent principal de son traitement au quotidien, et les différents acteurs de sa santé, peut s'avérer efficace sur le long cours.

Il a besoin d'être **rassuré** sur ses craintes et **écouté**. Les explications sont nécessaires dans un cadre **de négociation** pour obtenir son adhésion au traitement et dans l'apprentissage de stratégies pour y faire face.

Bien tisser la relation psychothérapeute-adolescent.

Savoir interposer la famille , les pairs et les autres partenaires.

VII. Conclusion:

L'adolescence est un défi , au niveau familial , social et même sur le plan de santé (somatique, pédopsychiatrique).

Connaitre ces caractéristiques développementales permet d'orienter notre conduite diagnostique et thérapeutique.

Notre objectif reste la prévention:

***primaire**: savoir investir les capacités et forces juvéniles ; intellectuel, sportif et artistique (enjeu social).

* **secondaire**: intervenir auprès des familles , travail systémique , améliorer le vécu familial ; enjeu social, la santé intervient par la sensibilisation , traitement parents, intervention précoce pour les troubles NDV.

***Tertiaire**: traitement des complications , psychoses , troubles addictifs.