

Té Ki Toa, l'Ado ?

PSYCHOLOGIE ET PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ADOLESCENT

Diaporama réalisé par

Yves GERVAIS

Psychosociologue, psychothérapeute pour adolescents

Chargé de Mission Sécurité Routière

Chargé d'Enseignement Universitaire

Validé par

Monsieur le Professeur Daniel MARCELLI

Professeur de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

Institut Spécialisé Adolescence Toxicomanie Information Santé

Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

Centre Hospitalier Henri LABORIT - POITIERS -

PSYCHOLOGIE ET PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ADOLESCENT

(Module de formation pour les Correspondants « Sécurité Routière » de l'Éducation Nationale)

PLAN :

- A. L'Adolescence actuelle – Approche globale.
- B. Psychologie de l'adolescent (autour de la crise d'adolescence).
- C. Psychopathologie de l'adolescent. L'adolescent en difficulté.
- D. L'aide et le soutien à l'adolescent en difficulté.

A. L'Adolescence actuelle – Approche globale

Définition : C'est une période de la vie qui débute à la puberté biologique et se termine à l'âge adulte. (Voir tableau 1: diapositive suivante).

Définition de la puberté biologique : c'est l'apparition , sous l'influence de sécrétions hormonales, des caractères sexuels primaires et secondaires (Le passage d'une capacité sexuelle d'enfant a une capacité sexuelle d'adulte).

Différencier la puberté du pubertaire.

TABLEAU 1

	Les années « 1960 »	Les années « 2000 »
Période de la Vie	Un passage court entre 2 états : État d'enfant / État d'adulte	Un ÉTAT à part entière (un état permanent) Une société « adolescentique » ?
Qui débute à la puberté	<u>Filles</u> : 14 ans en moyenne. <u>Garçons</u> : 15 ans et 2 mois en moyenne.	<u>Filles</u> : 11 ans en moyenne. <u>Garçons</u> : 12 ans et 2 mois en moyenne.
Se termine à l'âge adulte	17-18 ans : fin de l'apprentissage. 21 ans : majorité civile.	24/25 ans en moyenne. (peut se prolonger jusqu'à 30 ans : ado en difficulté).

Une puberté biologique plus précoce

De nombreuses hypothèses :

- *Une alimentation plus riche, plus variée, plus protéinée...*
- *Le développement important de la recherche médicale (vaccinations, traitements précoces...).*
- *Les progrès de l'hygiène (eau courante, salle de bain...), de l'alphabétisation et de la scolarisation précoce.*
- *Un autre regard sur la petite enfance et l'enfance...*

L'allongement de l'adolescence :

- Une société de la compétition où les enfants, moins nombreux par famille, doivent être tous performants.
- Difficulté pour accéder à une identité professionnelle et par conséquent, pour parvenir à une indépendance financière.
- Des modèles adultes plus rares du fait de la disparition de la famille traditionnelle et de l'avènement d'une société essentiellement urbaine.
- Passage d'une société initiatique au monde de l'information (Les jeunes ne sont plus initiés au monde des adultes, mais sont le plus souvent sur-informés de façon incontrôlée).

B. PSYCHOLOGIE de L'ADOLESCENT

LA CRISE D'ADOLESCENCE :

C'est un processus d'individuation-différenciation-autonomisation.

Pour devenir un individu à part entière, le jeune doit se différencier de ses modèles afin d'accéder à terme à l'autonomie.

Pour environ 90% des jeunes, ce processus s'effectue sans trop de difficultés.

Du fait de la **longévité actuelle** de l'adolescence, la crise d'adolescence devient un passage quasi-obligé avec :

- Des attitudes d'**opposition** : dire systématiquement l'inverse de ce qu'affirment les modèles parentaux.
- Des **conflits** nombreux autour des droits et des devoirs de l'adolescent (argent de poche, sorties, scolarité...).
- Des conduites de **transgression** qui consistent le plus souvent à tester la « solidité » et l'affectivité des parents.

L'intensité de la crise d'adolescence peut varier en fonction de certains paramètres :

- **Le sexe** : les filles font des crises plutôt intra-familiales et plus explosives. Les garçons sont plus dans des manifestations extra-familiales qui peuvent paraître, pour l'entourage proche, plus silencieuses.

- **La place dans la FRATRIE** : il existe des places à risque (en particulier, être second dans une fratrie de trois).

Tenir compte également de l'implication plus ou moins grandes des MODÈLES PARENTAUX.

Les parents « devront » de façon équilibrée :

- être dans le « relationnel » (communication, négociation, dialogue...) : **Initiation au monde des adultes.**
- être dans « l'affectif » (tout en sachant que les relations Parents-Adolescent sont relativement complexes d'un point de vue affectif).
- Aider le jeune à **se structurer psychologiquement** en posant des limites raisonnables et évolutives en fonction de l'âge.

C. Psychopathologie de l'Adolescent l'Adolescent en difficulté.

Définition globale : « L'adolescent en difficulté est le résultat de troubles relationnels, affectifs et psychologiques ».

Ces troubles sont généralement de l'ordre :

- Du manque : **Indifférence éducative.**
- De l'excès : **Emprise éducative.**

L'indifférence éducative

- Absence de communication. Impossibilité de s'initier au monde des adultes.

- Absence des relations affectives.

L'adolescent a le sentiment de ne pas être aimé, de ne pas être « aimable »...

- Absence de cadre et de limites. Impossibilité de se construire psychologiquement.

(L'indifférence éducative concerne plus les garçons que les filles).

L'emprise éducative

- Excès de communication. Les parents veulent tout contrôler (Parents gonflants).
- Etouffement affectif. L'adolescent aura du mal à « se détacher » de ses parents.
- Excès de cadre et de limites pouvant aller jusqu'à « l'autoritarisme ». Impossibilité de se construire psychologiquement. Impression de se sentir prisonnier.

(L'emprise éducative concerne plus les filles que les garçons).

Épidémiologie des difficultés à l'adolescence

Même si beaucoup d'adolescents inquiètent parfois leurs parents, 90 % d'entre eux vont plutôt bien.

10 % sont des jeunes en difficulté, ce qui signifie qu'ils nécessitent une **aide extérieure spécialisée** pour s'en sortir.

Parmi ces derniers, on compte autant de filles que de garçons. Mais les signes de malaise varient profondément en fonction du sexe.

Les causes de l'adolescence en difficulté

Avec beaucoup de prudence, on peut affirmer que ces jeunes ont, durant leur petite enfance, leur enfance ou leur prime adolescence, vécu des épisodes traumatiques plus ou moins aigus :

- Décès d'un proche, maladie grave ou accident grave d'un proche, dysfonctionnement grave du couple parental, maltraitances physiques ou morales, secret de famille, difficultés socio-économiques de la famille, transplantations culturelles...

REPÉRAGE PRÉCOCE DE L'ADOLESCENT EN DIFFICULTÉ

Le plus souvent, l'adolescent en souffrance ne se sait pas en difficulté.

Il est incapable de verbaliser son malaise car il a perdu ou n'a jamais eu la faculté de communiquer avec ses parents et, par extension, avec les autres adultes.

Il va alors « EXPRIMER SON « MAL À ÊTRE » PAR DE MULTIPLES SYMPTÔMES ».

La notion de symptômes pertinents⁽¹⁾

Nécessité de tenir compte de plusieurs paramètres :

- La fréquence : le symptôme doit se manifester au moins 3 fois par semaine.
- La durée : le symptôme est présent depuis au moins 3 mois.
- Le cumul de « symptômes pertinents » : l'adolescent en difficulté présente au moins 3 « symptômes pertinents ».
- La répétition de conduites pathologiques (passage à l'acte, tentative de suicide, répétition d'accidents...).

(1) : (1988 M. CHOQUET/ S.LEDOUX et D. MARCELLI / A. BRACONNIER).

DÉFINITION CLINIQUE DE L'ADOLESCENT EN DIFFICULTÉ

« Un adolescent en difficulté présente au moins trois symptômes pertinents, un symptôme pertinent est un indicateur de malaise s'inscrivant dans une certaine fréquence, trois fois par semaine au minimum, et, une certaine durée égale ou supérieure à trois mois ».

Plus la durée et la fréquence d'un symptôme sont élevées, plus la pertinence du symptôme est importante.

Un nombre de symptômes pertinents très élevé traduit un degré de difficulté très important.

UNE GRILLE « D'ANALYSE DES SYMPTÔMES » (1)

Un adolescent en difficulté est susceptible de présenter une kyrielle de symptômes différents.

On peut les classer en **huit grandes familles**.

Statistiquement, on peut classer ces grandes familles de symptômes selon une déclinaison chronologique très précise (de la plus précoce à la plus tardive).

Dans chaque famille, nous évoquerons un indicateur essentiel qui est le « sex-ratio ».

(1) : (Grille d'Analyse des Symptômes : 1994 - Document du SUPEA - Poitiers - Daniel Marcelli /Yves Gervais).

1. LES TROUBLES GRAVES DU SOMMEIL

- **Le manque de sommeil** : insomnies d'endormissement, insomnies terminales.
- **Le sommeil agité** : réveils nocturnes, cauchemars, somnambulisme.
- **L'excès de sommeil** : hypersomnies, somnolences diurnes.

Les troubles du sommeil concernent deux filles pour un garçon (Marie Choquet /Sylvie Ledoux).

2. LES CONDUITES ALIMENTAIRES DÉVIANTES

- **Le manque alimentaire** : les conduites anorectiques, anorexie mentale.
 - **L'excès alimentaire** : les conduites boulimiques, l'hyperphagie, le grignotage, l'obésité.
 - **L'alimentation perturbée** : vomissements, contrôle habituel du poids, prise de laxatif ou de produits anorexigènes.
- *Les troubles de l'alimentation concernent environ neuf filles pour un seul garçon. Il s'agit de la famille de symptômes préférentiellement féminine.*

3. LES MANIFESTATIONS PSYCHOSOMATIQUES

(des douleurs apparemment physiques, entièrement d'origine psychologique).

- **Les plaintes physiques** : maux de tête, mal au ventre, tachycardies, douleurs musculaires...
- **La fatigue importante** : sans raison apparente.
- **Les crises** : spasmophilie, tétanie...
- **Scarifications** et autres marquages du corps.
- **D'autres symptômes plus rares** : onychophagie, énurésie, encoprésie ...

Les manifestations psychosomatiques habituelles concernent environ trois filles pour un garçon.

4. LES TROUBLES AFFECTIFS ou DE L'HUMEUR

- Excitation, turbulence, impulsivité, tensions psychiques...
- Tristesse, dépressivité, crises de larmes, sentiment de faute et de culpabilité...
- Anxiété, angoisses, peurs excessives, attaques de panique...
- Isolement, mutisme, repliement, arrêt des relations sociales.
- Vécu négatif (attitudes et discours négatifs envers soi-même pouvant aller jusqu'à des plaintes dysmorphophobiques).

Les troubles de l'humeur concernent autant les filles que les garçons, mais avec une symptomatologie différente en fonction du sexe.

5. LES TROUBLES DE LA SCOLARITÉ

- **Fléchissement scolaire** : doit être évalué dans chaque discipline en termes de fréquence et de durée.
- **Absentéisme**, retards fréquents en cours.
- **Refus scolaire**, rupture scolaire, phobie scolaire.
- **Échec scolaire** (deux conditions sont nécessaires pour évaluer ce symptôme : « avoir plus de deux années de retard par rapport aux normes scolaires et des résultats insuffisants »).

Les troubles de la scolarité concernent environ trois garçons pour une fille.

6.1 LES TROUBLES DU COMPORTEMENT **(ou conduites déviantes ou délinquantes) :**

- **Violence**, bagarres, instabilité.
- **Vol et recel** : en droit pénal français, le recel est un délit équivalent au vol.
- **Idées de fugue**, fugue, idées d'errance, errance.
- D'autres symptômes tout aussi graves, mais moins courants : racket, vandalisme, tagage, conduites sexuelles particulières (adolescents auteurs d'agressions sexuelles)...

6.2 LES TROUBLES DU COMPORTEMENT (suite)

- **Les conduites à risque ou conduites ordaliques :** l'adolescent met sa vie en jeu pour se réassurer sur son « **droit à vivre** » et rechercher des **sensations fortes**.
- **Ces conduites à risque** se réalisent souvent avec un engin à moteur sur la voie publique et mènent à l'accident.
- Les 15-24 ans : 13% de la population française, mais **27% de la mortalité routière(1)**, ce qui constitue la première cause de mortalité de cette tranche d'âge-là.
- ***Les troubles du comportement concernent plus de neuf garçons pour moins d'une fille.***

(1) : (chiffres de l'Observatoire National Interministériel de Sécurité Routière – 2004).

6.3 LES TROUBLES DU COMPORTEMENT (suite)

Chez l'adolescent, l'accidentalité routière n'est pas une fatalité.

Des études épidémiologiques (1), réalisées auprès de jeunes accidentés récidivistes, ont montré que, 9 fois sur 10, ces jeunes étaient des adolescents en grande difficulté qui, avant le premier accident, avaient présenté de multiples symptômes de souffrance : anxiété, dépressivité, difficultés scolaires, impulsivité, consommation de produits, recherche de sensations...

EN CONSÉQUENCE : INTÉRÊT DU REPÉRAGE PRÉCOCE.

(1) : (études menées au CHU de POITIERS sous la direction du Pr. Daniel MARCELLI).

7.1 LA CONSOMMATION DE PRODUITS

GLOBALEMENT, les jeunes de 14 à 25 ans consomment essentiellement 4 variétés de PRODUITS :

- **Tabac** : évaluer le nombre de cigarettes consommées chaque jour. Le tabagisme concerne également les deux sexes.
- **Alcool** : (évaluer la consommation) BOIRE tous les jours et presque, ne pas boire durant la semaine, mais avoir une ou plusieurs ivresses le week-end. L'alcoolisation concerne plus les garçons que les filles.
- **Cannabis** : distinguer trois niveaux d'intoxication : consommation festive, consommation autothérapeutique, toxicomanie (Voir Tableau 2 : diapositive suivante). L'usage de cannabis concerne un peu plus les garçons que les filles.
- **Médicaments** : tranquillisants, antidépresseurs, somnifères avec ou sans prescription médicale. La médicomanie concerne 8 filles pour 2 garçons.

Tableau 2

	CONSOMMATION Festive/Conviviale	CANNABIQUE À AUTOTHÉRAPEUTIQUE	L'ADOLESCENCE Toxicomaniaque
Effet recherché	Euphorisant	Antidépresseur	Anesthésiant
Mode social de consommation	En Groupe	Solitaire et groupe	Solitaire et groupe
Scolarité	Cursus scolaire normal	Décrochage scolaire Rupture	Exclusion Scolaire
Vie Sociale	CONSERVÉE	LIMITÉE	MARGINALISATION
Fragilité familiale	Absente	Absente	Présente
Fragilité individuelle	Absente	Présente	Très présente

8. Le suicide à l'adolescence idées, projet et intention

- Idées de mort : penser souvent à la mort, à l'éphémère de la vie.
- Idées suicidaires : penser souvent à sa mort par suicide sans envisager les moyens d'y parvenir.
- Intention suicidaire : penser à se tuer, imaginer les moyens d'y parvenir.
- Projet suicidaire : penser à se tuer et préparer les moyens pour y parvenir (stockage de médicaments...).
- Tentative de suicide : passer par la symbolique de la mort pour dire à son entourage que l'on veut changer de VIE.

La tentative de suicide concerne plus de deux filles pour moins de un garçon.

Le suicide-décès constitue la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans et concerne deux fois plus les garçons que les filles.

LA GRILLE D'ANALYSE DES SYMPTÔMES APPROCHE GLOBALE

Une symptomatologie qui varie en fonction du sexe :
Les filles en difficulté ont tendance à attaquer leur propre corps, à **internaliser** leur souffrance : troubles alimentaires, psychosomatisations, dépressivité, TS...
▪ Les garçons en difficulté ont tendance à attaquer l'externe, à **externaliser** leur malaise : attaque contre l'école, la société, conduites à risque, délinquance routière...

AUTREMENT DIT : Une attaque contre la pensée.

L'enfant a une pensée rationnelle : il pense ce que les adultes de son entourage pensent.

▪ **L'adolescent parvient à la pensée autonome** : ce qui l'amène à **une ambiguïté** :

▪ 1°) **La pensée autonome** : c'est la liberté absolue : on peut tout penser.

▪ 2°) **C'est la découverte inquiétante** que tout le monde pense.

Mais, on pense toujours à partir de son histoire, de sa biographie :

Ainsi, l'adolescent, qui a subi des événements traumatiques dans le passé, aura du **« mal à penser »**.

UNE ATTAQUE CONTRE LA PENSÉE (suite)

Quand penser devient souffrance, l'adolescent de façon inconsciente va s'interdire de penser.

- Les filles vont s'interdire de penser en exerçant des « passages à l'acte » contre leur propre corps (acting-in).
- Les garçons s'interdisent de penser en exerçant des « passages à l'acte » contre l'externe (acting-out).

Les deux sexes s'interdisent de penser en utilisant habituellement des produits.

D. L'AIDE ET LE SOUTIEN À L'ADOLESCENT EN DIFFICULTÉ

NÉCESSITÉ DU REPÉRAGE PRÉCOCE

Par le biais de la formation, donner des outils aux membres des communautés éducatives des lycées et collèges pour repérer précocement les adolescents en difficulté.

Développer des partenariats entre les services de soins spécialisés et l'enseignement secondaire :

- Les équipes d'Adultes-Ressources.
- Les permanences d'Évaluation Clinique.

ORIENTATION VERS LE SOIN

Nécessité d'une orientation précoce vers des thérapeutes spécialisés dans la prise en charge des adolescents :

Le rôle des adultes ressources est non seulement de **repérer** et d'**évaluer**, mais surtout d'**apprivoiser** et d'**orienter**.

Les thérapeutes pour adolescents doivent développer des stratégies innovantes « **d'alliance de soin** » parfaitement adaptées à cette population qui, étant dans « **l'interdit de penser** », éprouve beaucoup de difficulté à **communiquer**.

EN CONCLUSION

- L'accidentalité routière à l'adolescence concerne essentiellement **les garçons**.
- La répétition de l'accident constitue un indicateur de malaise, un **passage à l'acte de nature dépressive**.

- Le repérage précoce, à partir d'indicateurs de risque n'ayant rien à voir avec la délinquance routière, constitue la **seule stratégie de prévention efficace**.

