

## **Puberté normale et pathologique. Développement psychologique à l'adolescence.**

Rédaction : P Bizouard - Relecture : JP Visier et MR Moro - Relecture 2008 : JP Raynaud

### **Objectifs : Connaître :**

*Les caractéristiques du développement psychologique à l'adolescence*

*Les principales caractéristiques de la crise d'adolescence*

*Les principaux traits du comportement à l'adolescence*

*Les principaux risques d'évolution psychopathologique*

### **1. La puberté**

Les transformations corporelles de la puberté s'accompagnent et déclenchent des transformations psychiques chez l'enfant qui devient adulte par le passage de l'adolescence.

Elles contribuent à la construction de son identité personnelle, en particulier sexuelle.

L'apparition des premières règles chez la fille, des premières éjaculations chez le garçon, signent véritablement l'avènement de la puberté : vers 12 ans chez les filles, 14 ans chez les garçons.

Les modifications somatiques pubertaires peuvent se regrouper en 3 catégories :

- croissance staturale,
- évolution des caractères sexuels primaires (organes génitaux)
- et secondaires (voix, pilosité, seins, système musculaire).

La survenue d'une croissance staturale rapide inaugure la puberté. Cette croissance, dont le pic est actuellement plus précoce dans les milieux sociaux-économiques élevés, se situe vers 10 ans-10 ans et demi chez les filles et vers 12 ans-12 ans et demi chez les garçons.

Si le début de l'adolescence est ainsi clairement manifesté par l'apparition des caractères sexuels secondaires (stades I à V de Tanner), déclenchés par les processus neuro-hormonaux, sa terminaison dépend non seulement des mêmes facteurs qui provoquent l'arrêt de la croissance (soudure des cartilages), mais aussi de facteurs psychologiques individuels et sociaux, largement déterminants à notre époque, tant du point de vue nutritionnel qu'environnemental et culturel.

Il existe une grande variabilité interindividuelle des transformations pubertaires selon les époques, les régions, les peuples ; dans nos sociétés occidentales, on assiste à un abaissement de l'âge de la puberté, une accélération de la croissance, une élévation de la taille.

### **2. Caractéristiques psychologiques à l'adolescence**

Le travail psychique dit « d'adolescence » consiste à la prise de conscience et à l'adaptation du jeune aux transformations anatomiques qu'il subit.

Ces transformations affirment ostensiblement et irréversiblement son identité sexuelle et donnent une impulsion majeure à son potentiel énergétique tant amoureux qu'agressif, notamment vis-à-vis de l'un et l'autre parent.

A ce moment, la réactivation des fantasmes œdipiens inconscients de l'enfant vis-à-vis de ses parents peut être d'autant plus angoissante que l'adolescent possède dorénavant l'équipement sexuel nécessaire à la réalisation de ses désirs.

Cette transformation et cette affirmation de soi passent aussi par une perte des idéaux infantiles, personnels et parentaux, dont la mise à distance peut entraîner des moments de « vécus dépressifs physiologiques », à différencier des maladies dépressives authentiques qui existent aussi à cet âge.

On conçoit bien comment la croissance anatomique, le besoin de relations extrafamiliales, l'affirmation de son identité, conduisent inévitablement l'adolescent à la nécessité d'opérer une séparation du milieu familial en même temps que l'intensité des bouleversements physiques et psychiques, la perte

de ses repères habituels l'inciteraient plutôt à s'assurer la protection de ses parents. En effet, pendant la même période, il est nécessaire pour lui de se différencier de ses parents et de devenir adulte comme eux.

Ces deux processus sont liés et complémentaires. Ils rappellent les processus identiquement liés et contradictoires de séparation-individuation auxquels doit faire face le nourrisson à la fin de la 1<sup>ère</sup> année de sa vie, lorsqu'il entre progressivement en relation avec sa mère et acquiert une sécurité suffisante pour s'en séparer ; c'est pourquoi on parle à l'adolescence d'un 2<sup>ème</sup> processus de séparation-individuation.

Les difficultés de ce travail psychique, subi et parfois traumatique par ses excès, peuvent déborder les capacités d'adaptation de l'adolescent.

Une autre difficulté peut survenir du décalage entre maturation physique, biologique et maturation psychique : avance ou retard pubertaire par rapport au travail psychique en cours. Celui-ci peut être déclenché plus ou moins tôt en fonction du contexte éducatif (par ex : une hyperprotection qui maintient l'adolescent dans un statut infantile) ou environnemental (rôle des stimulations par les médias dans la revendication de plus en plus précoce d'un statut d'autonomie sociale et sexuelle ?). De telles dysharmonies de développement sont fréquentes et le plus souvent non pathologiques.

Toutes ces difficultés peuvent contribuer avec d'autres facteurs à la mise en place, habituellement momentanée mais risquant parfois d'être définitive :

- d'une régression à des comportements infantiles, voire des conduites de dépendances (notamment aux toxiques),
- d'un repli sur soi,
- de mécanismes de défense névrotiques (troubles obsessionnels compulsifs, phobies, manifestations hystériques) ou psychotiques (délires),
- ou de comportements de rupture (qui dénotent une véritable souffrance psychique : incapacité de faire face à la situation de conflit intense).

### **3. Crise d'adolescence**

= apparition momentanée et concomitante de multiples et labiles processus d'adaptation, de détresse, qui peut faire parler de « crise de l'adolescence » et qui serait ainsi le témoignage, l'expression extériorisée d'un passage laborieux, conflictualisé de l'enfance à l'âge adulte.

Les attitudes paradoxales, les retours en arrière, le développement épisodique de comportements qui contrastent avec le comportement habituel, donnent à l'ensemble du développement de l'adolescent une allure souvent hétérogène, en mosaïque, juxtaposant dans un même domaine des conduites de maturité inégale.

L'adolescent revient facilement à des modes d'agir ou d'être infantiles, que l'on croyait depuis longtemps révolus, alternant avec des moments où il fait preuve au contraire d'une maturité étonnante pour son âge.

Ces paradoxes rendent compte de la dynamique à l'oeuvre chez l'adolescent, alors que son entourage (et lui-même) risque d'être décontenancé s'il considère ce qui est présenté à l'extérieur (le comportement) comme un acquis (ou une absence d'acquis) définitif.

Ce mouvement d'avancées et de reculs, caractéristique de l'adolescence, et qui a besoin d'être toléré, contenu par l'adulte référent, risque d'être stoppé ou déréglé par des attitudes inadéquates de l'environnement (liées elles-mêmes à des représentations inadéquates).

### **4. Intrication de facteurs psychologiques et sociaux à l'adolescence**

L'autonomie sociale dépend aussi en partie de ce travail de gestion ambivalente de la distance d'avec les figures parentales.

Si le début de l'adolescence a été nettement défini par le critère biologique (début de la puberté), c'est le critère social qui détermine le plus clairement la fin de l'adolescence :

- soit sur le plan familial : vivre en couple, se marier, devenir parent ;
- soit sur le plan civique : devenir majeur et électeur ;
- soit sur le plan économique : être autonome financièrement, exercer une activité suffisamment rémunératrice.

Sur le plan social, l'adolescence correspond aux marques extériorisées au niveau du groupe, de ce passage enfant → adulte. Ces marques sont vues et vécues par l'adolescent lui-même et par les personnes qui l'entourent.

Nous pouvons avoir une idée sur ce vécu de l'adolescence en rapport avec les autres membres de sa société par des rites et les comportements plus ou moins socialisés auxquels elle peut donner lieu. Dans certaines populations, l'adolescence est marquée et délimitée par des cérémonies initiatiques où l'on entre enfant et on sort adulte, reconnu par les membres du clan.

Si ces rituels de passage ne sont pas organisés par la société, les adolescents cherchent plus ou moins obscurément à les organiser sous forme d'épreuves auxquelles ils se soumettent entre eux.

Dans notre société, si rien n'est « organisé », ni par la société, ni par l'adolescent lui-même, pour marquer ce passage, on peut dire que les apprentissages scolaires ou professionnels, dont la durée s'allonge, dont la terminaison est reportée, donnent une idée de l'attitude collective inconsciente vis-à-vis de l'adolescence, qui devient une période de la vie de plus en plus « interminable ».

Ceci peut témoigner aussi de l'incertitude et des angoisses des adolescents eux-mêmes vis-à-vis de leur entrée dans le monde des adultes : l'installation dans la marginalisation, la toxicomanie, la dépendance, peuvent apparaître pour certains sujets comme des moyens d'éviter cette épreuve et de pérenniser une situation qui normalement est transitoire.

On peut comprendre le désarroi des « adultes parents », confrontés aux questions d'adolescents dont les expériences, dans un monde aux changements très rapides, sont très différentes de celles qu'ils ont eux-mêmes vécues.

## **5. Troubles du comportement à l'adolescence**

Plusieurs questions majeures de santé publique concernent de près la population adolescente :

- interruptions de scolarisation très préjudiciables à cet âge,
- tentatives de suicide et, dans une moindre fréquence, suicides aboutis,
- consommations de produits,
- prises de risque avec leurs conséquences en terme d'accidents de circulation surtout,
- tout ce qui touche à la violence qu'elle soit subie ou agie.

### 5.1. Suicides et tentatives de suicide

Le suicide est dans la majorité des pays européens la 2<sup>ème</sup> cause de mortalité après les accidents de circulation pour la tranche d'âge des 15-24 ans.

A eux seuls, les suicides aboutis représentent 15% de la mortalité (cf Chapitre Risque Suicidaire).

### 5.2. Consommations de produits toxiques

Les travaux d'épidémiologie ont montré que la consommation de ces produits commence en majorité à l'adolescence et constitue souvent des situations à risque (cf Chapitre Addictions et conduites dopantes).

Si tous les consommateurs ne répondent pas aux critères de la dépendance, le risque d'une dépendance aux produits à l'âge adulte est d'autant plus fort que la consommation a commencé pendant l'adolescence.

Le risque de dépendance ultérieure diminue à mesure que le début de la consommation du sujet est plus tardif.

Il y aurait donc un lien entre consommation abusive ou dépendance à l'âge adulte et début de consommation à l'adolescence : si tous les adolescents consommateurs ne deviendront pas

toxicomanes, la grande majorité des adultes consommateurs abusifs ou toxicomanes ont débuté leur consommation abusive dès l'adolescence : plus on les repère tôt, mieux on peut espérer les soigner.

### 5.3. Prise de risque et accidents

La mortalité par accidents représente presque la moitié (48.6%) des causes décès chez les 15-24 ans et vient largement en tête de toutes les autres causes.

La morbidité est très élevée, puisque 51% des garçons et 36% des filles déclarent avoir eu au moins un accident ; certes, il s'agit dans la majorité des cas d'un accident bénin, mais le taux de répétition est important.

28% des jeunes ayant eu un accident présenteront une récurrence dans l'année suivante (8% chez les non-accidentés). Parmi ceux qui ont plusieurs accidents, le taux de répétition est de 62%.

Les études de cas et les enquêtes prospectives montrent que les adolescents ayant eu un accident de circulation diffèrent déjà sensiblement des jeunes qui ont eu un accident de sport (situation heureusement la plus fréquente) et des jeunes tout venant, mais que cette différence est encore plus grande dans le cas de récurrences d'accidents (taux de dépression, d'anxiété significativement supérieur).

### 5.4. Violences et conduites transgressives

Souvent, les mots violence et adolescence sont associés, en particulier dans les médias.

Dans l'enquête Baromètre Santé Jeune, 8% des adolescents (12.2% des garçons, 3.5% des filles) reconnaissent avoir eu un comportement violent au cours des 12 mois précédents.

Dans les statistiques produites par le Ministère de la Justice, on a constaté, de 1998 à 2001, une augmentation des conduites violentes, aussi bien contre les objets (vandalisme, saccage, destruction, incendies volontaires : + 20 %) que contre les personnes (racket : + 34 % ; coups et blessures : + 25 % ; agressions sexuelles : les mineurs représentent 18 % des individus mis en cause).

Les conduites agressives, violentes ou sous forme de passages à l'acte plus « ordinaires » (fugues, bagarres, cris et injures, crises de nerf...) sont surtout le fait des jeunes adolescents, dans la tranche des 12-15 ans. Ces conduites tendent à diminuer de fréquence avec l'âge.

Elles concernent principalement les « collégiens », ce qui explique en grande partie les difficultés rencontrées par les établissements scolaires qui accueillent les jeunes de cette tranche d'âge.

Mais il ne faut pas oublier que, de façon tout aussi constante, les adolescents eux-mêmes sont victimes de violence familiale ou extrafamiliale (cf. Module Maltraitance).

10 % des filles, 2 % des garçons ont été victimes d'abus sexuels, 10,3 % des garçons, 5.3 % des filles ont été victimes de violence physique dans les 12 mois précédents.

Le lien entre violence subie et violence agie est particulièrement fort ; sans aller jusqu'à dire que tout adolescent violent a été dans son enfance ou dans son adolescence lui-même victime de violence, force est de reconnaître que cette affirmation est d'autant plus fondée que l'acte ou la violence commise est grave et répété.

## **6. Adolescence et risques d'organisation psychopathologique.**

A côté de ces questions de santé publique très médiatisées, d'autres difficultés psychopathologiques plus individuelles surviennent avec une forte concomitance au moment du processus pubertaire.

Citons, entre autres :

- ▶ Les troubles du comportement alimentaire.
- ▶ Les manifestations anxieuses.
- ▶ La dépression.

Même si ces difficultés ne sont pas spécifiques de l'adolescence et peuvent s'observer à d'autres âges de la vie, il n'en demeure pas moins vrai qu'il existe un lien assez clair entre l'émergence de ces symptômes et la période de l'adolescence.

► La schizophrénie : pathologie mentale traditionnellement rattachée à l'adolescence (cf. Module Schizophrénie à l'adolescence), la schizophrénie débute souvent entre 12 et 18/19 ans, même si des enquêtes épidémiologiques documentées confirment que l'âge moyen d'apparition, en réalité « de diagnostic retardé » de cette maladie, se situe plus tard, en début de l'âge adulte (27,4 ans).

► Les troubles majeurs de l'humeur débutent généralement après la période d'adolescence ; mais le début des formes graves, en particulier familiales, est fréquent et trop souvent méconnu aussi car de séméiologie atypique (troubles du comportement aspécifiques).

► Les bouffées délirantes aiguës peuvent être la première expression clinique en période d'adolescence, de ces formes majeures de troubles de l'humeur ou/et de la personnalité.

## 7. Evaluation des troubles

Comme nous l'avons écrit plus haut, face à ses contradictions internes et aux conflits externes qu'ils suscitent, l'adolescent réagit ou subit.

► Ces réactions peuvent être « normales » :

Le critère de normalité, déjà largement critiquable en pratique adulte, l'est encore plus lorsqu'il s'agit d'adolescents.

En pratique, la question du normal et du pathologique n'est pas toujours posée, mais souvent sous-entendue dans le motif de la consultation.

Parfois, elle est même très directement exprimée par les parents chez qui elle s'inspire généralement de leurs représentations sociales.

Dans la population adolescente, le même comportement dissonant (fugue, tentative de suicide, expérience toxique) peut correspondre :

- chez l'un à l'extériorisation momentanée d'un état de crise et prélude à une organisation saine et harmonieuse d'une personnalité riche et sensible ;
- chez l'autre, au premier symptôme extériorisé d'une souffrance grave de la personnalité qui avait été méconnue jusque là.

Si on s'intéresse, au delà du comportement, au fonctionnement psychique sous-jacent, on se rend compte que l'adolescent peut recourir momentanément à des systèmes d'organisation, des défenses passagères qui peuvent paraître symptomatiques, pathologiques, mais ne le sont pas s'ils lui permettent en fait une évolution, un passage maturatif ; ils sont dans ces cas à respecter.

La question de la normalité ou de la pathologie d'un comportement chez un adolescent doit tenir compte, non seulement du symptôme lui-même, de son identité, de sa répétition, mais aussi du fonctionnement mental qui le sous-tend, tant du point de vue structure que dynamique.

Il s'agit de comprendre le sens du comportement déviant par rapport à la personnalité de l'adolescent, son évolution maturative actuelle, en référence à son histoire et à son environnement.

► Il faut s'inquiéter :

- Si les troubles deviennent très bruyants, spectaculaires (résultant d'un déplacement systématique des conflits internes sur l'extérieur), caractérisés par des passages à l'acte répétés (l'adolescent cherchant ainsi à fuir un état de tension intérieure qu'il ne veut pas ou ne peut reconnaître en lui).

- Si ces passages à l'acte retentissent sur les investissements personnels de l'adolescent aussi bien dans sa scolarité que dans ses loisirs, entraînant une incapacité à adopter une ligne de conduite cohérente et à s'y tenir. La fixation de ces attitudes comporte le risque d'une évolution psychopathique.

- Face à des organisations peu bruyantes, stables, moins spectaculaires, mais aussi inquiétantes, qui grèvent les activités de l'adolescent et qui, surtout, sont sans lien avec une situation actuelle externe

traumatisante. Il en est ainsi de certaines attitudes d'isolement, de repli, d'inhibition voire de dépression avec idées d'infériorité, de culpabilité, de honte, ou de certains comportements névrotiques hystériques, phobiques, ou obsessionnels, qui évoluent à bas bruit, passant plus ou moins inaperçus jusqu'à ce qu'à l'occasion d'une épreuve, d'une étape scolaire ou professionnelle, ils se décompensent brutalement sous forme d'un refus de choix, d'un repli sur soi, qui mobilisent un entourage jusque là très tolérant par rapport à un comportement qui ne le gênait pas.

## **8. Evaluation des ressources de l'adolescent, de sa famille, de son environnement**

Il faut dans tous les cas se donner les moyens d'apprécier les capacités qu'a l'adolescent de surmonter ses difficultés, soit du fait de ses qualités propres, soit du fait de son environnement.

On doit prendre en compte :

- les ressources globales de la personnalité,
- l'existence ou non de potentialités saines et positives, de capacités régressives et maturatives,
- le vécu du symptôme et sa tolérance par l'environnement,
- les capacités de l'environnement à le supporter et éventuellement à évoluer, se mobiliser, voire à se modifier pour aider l'adolescent à surmonter ses difficultés.

Les capacités réelles de l'environnement à aider un adolescent en crise ne tiennent ni à une acceptation sans limite de toutes ses exigences, ni à une volonté de maîtrise à tout prix de ses débordements.

Un certain niveau de tolérance, associé à la mise en place claire des limites de ce qui n'est pas supportable (en particulier en ce qui concerne le respect de la tranquillité des autres membres de la famille) contribuent à poser un cadre dans lequel le jeune pourra évoluer avec un sentiment suffisant de sécurité.

C'est dire l'importance :

- de la solidité mais aussi de la souplesse des réactions des parents ;
- de leur capacité à sentir le sens des situations où ils sont interpellés et à y réagir avec fermeté, sans autoritarisme ;
- de leur indépendance aussi vis-à-vis des pressions sociales ;
- de leur capacité à percevoir la souffrance de l'adolescent et à la tolérer sans se sentir forcément fautif.

Toutes ces qualités ne peuvent advenir chez les parents d'adolescents si elles ne préexistent pas antérieurement. Mais les parents sont aussi capables d'évoluer, comme leur progéniture, voire de réparer à l'adolescence des manques relationnels vécus avec leur enfant nourrisson.

Certains parents sont plus à l'aise avec leurs enfants adolescents qu'avec les mêmes quand ils étaient plus jeunes, voire bébé.

Enfin, le vécu des parents par rapport à leur propre enfance, adolescence, peut être très éclairant pour leur perception de la situation actuelle.

A propos d'environnement, il faut tenir compte des impondérables, des événements de vie, des rencontres, des hasards heureux mais non prévisibles, non maîtrisables, qui peuvent avoir une influence déterminante et positive sur l'évolution de l'adolescent et font aussi faire au soignant le deuil de sa toute puissance thérapeutique.

On doit tenir compte enfin de ce qui est vécu par l'adolescent de l'intervention médicale. Au delà de la honte, de la culpabilité, de la crainte de l'intrusion qu'elle peut générer, l'aide thérapeutique à l'adolescent se doit d'éviter le risque, en le considérant comme malade, qu'il ne se fixe dans ce comportement. Cette aide doit constituer un solide soutien sur lequel il puisse momentanément prendre appui pour traverser une période difficile.

L'évaluation, la différenciation entre normalité et pathologie, se fait donc d'une manière dynamique par l'appréciation de ces critères et de leurs conséquences, par l'évaluation prospective des possibilités de développement positif de la personnalité de l'adolescent dans l'environnement où il vit : tant qu'une crise apparaîtra organisatrice, maturative, il y aura lieu de la respecter, de la laisser évoluer sans intervenir.

### **9. Différents types d'intervention thérapeutique**

L'intervention thérapeutique peut consister dans certains cas en l'indication aux parents de cette abstention délibérée, ce qui peut les rassurer ainsi que l'adolescent et les aider à mieux vivre ensemble cette période de tensions et de conflits, sachant qu'elle est momentanée et qu'elle doit évoluer favorablement.

Dans la même optique d'une intervention a minima, certains accompagnements d'adolescents sous forme de quelques entretiens à rythme plus ou moins régulier, voire à la demande, peuvent avoir un effet thérapeutique. Non seulement ils permettent à l'adolescent une expression des conflits et des tensions psychiques internes, mais ils permettent aux parents une focalisation et une mise à plat de leur anxiété par la possibilité qu'ils ont eu de l'exprimer devant un tiers : celui-ci, vécu comme un professionnel compétent et responsable, peut jouer le rôle de contenant de l'angoisse, en plus de celui de médiateur dans le cadre de la relation conflictuelle en cours. Le fait pour les parents de savoir que leur enfant est soutenu, contenu par quelqu'un, peut les aider à tenir mieux leur place de contenant à la maison.

La prescription prudente de médicaments (cf. Module Prescription des psychotropes) ne doit être ni systématique, ni seulement symptomatique, ni exclusive. Elle peut être d'un grand secours en cas d'anxiété sévère, de dépression, de délire ou d'agitation, toujours accompagnée d'un soutien psychothérapeutique par le même thérapeute ou un autre (thérapie bifocale).

C'est lorsque ce rôle de contenant ne peut être assuré par une seule personne en soutien relationnel intermittent que peut se poser la question et l'indication d'un séjour en institution. Cette indication doit tenir compte de l'intensité du conflit en cours, mais aussi de la capacité des parents et du thérapeute à pouvoir vivre sans être débordés, c'est-à-dire de risquer une rupture relationnelle.

Il est important parfois d'engager une prise en charge intensive lorsque les éléments symptomatiques (anorexie mentale grave, épisode hallucinatoire ou interprétatif délirant) ou structuraux (mode relationnel psychotique) ou leurs conséquences psychiques (perte de la capacité de travailler, d'aimer, de se distraire) ou physiologiques (perte de poids, dérèglement métabolique, dépendance) font craindre une évolution pathologique grave.

L'absence (fréquente) de demande explicite d'aide de la part de l'adolescent n'est pas une contre-indication à intervenir : elle est en fait symptomatique d'une incapacité à le faire ; c'est dire la nécessité pour le thérapeute d'imposer parfois sa présence au début, en sachant aussi qu'il s'engage alors dans un système relationnel complexe.

Chez l'adolescent, la question de l'intervention thérapeutique elle-même doit éviter deux écueils :

- une intervention intempestive qui fixe dans (et par) le pathologique un comportement qui aurait pu évoluer spontanément d'une manière favorable ;
- une absence d'intervention qui laisse certains adolescents se débattre avec des conflits, une souffrance, des pathologies psychiques intenses dont l'extériorisation peut constituer une tentative de solution.

La clé de la signification - psychopathologique ou non - du symptôme n'est apportée parfois que par la suite de l'évolution clinique.