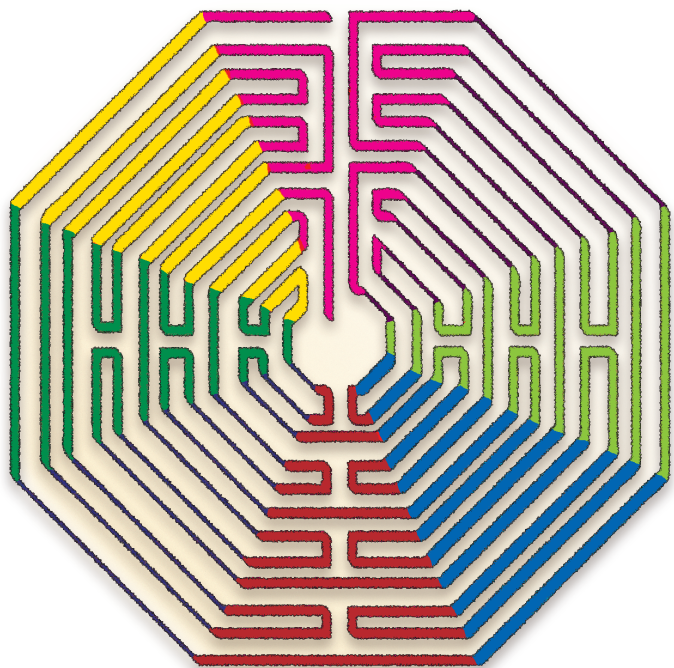


# Traité de psychopathologie clinique et thérapeutique de l'adolescent



## TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos

Chapitre 1 Les défis de la psychopathologie de l'adolescent aujourd'hui

Chapitre 2 Troubles anxieux et état de stress post-traumatique

Chapitre 3 Le trouble obsessionnel-compulsif

Chapitre 4 Troubles dépressifs

Chapitre 5 Troubles bipolaires

Chapitre 6 Anorexie, boulimie, troubles du comportement alimentaire subclinique

Chapitre 7 Troubles liés aux substances psychoactives

Chapitre 8 Trouble oppositionnel, trouble des conduites et délinquance

Chapitre 9 Le syndrome limite : trouble et traits de personnalité limite ou émotionnellement labile à l'adolescence

Chapitre 10 Les syndromes schizophréniques

Bibliographie

Index des notions



*Chapitre 2*

TROUBLES ANXIEUX  
ET ÉTAT DE STRESS  
POST-TRAUMATIQUE

Les troubles anxieux de l'adolescent sont fréquents et graves par la détresse ou la gêne qu'ils provoquent dans la vie quotidienne, par les perturbations parfois majeures du fonctionnement social, familial et scolaire qu'ils causent, par leur interférence fréquente avec le développement psychosocial normal, en particulier en entravant la socialisation et l'autonomisation, et par leurs conséquences à long terme, en particulier leur évolution vers des troubles psychiatriques de l'adulte.

Les troubles anxieux de l'adolescent comprennent l'anxiété généralisée, le trouble panique, l'anxiété de séparation, les phobies simples, la phobie sociale (trouble anxieux social). Ces troubles anxieux sont assez souvent associés entre eux et à des troubles dépressifs. Ils partagent une étiologie, une comorbidité et une évolution largement communes.

Le DSM-IV-TR classe aussi parmi les troubles anxieux, le trouble obsessionnel-compulsif et l'état de stress post-traumatique. Leur déterminisme, leur comorbidité ou leur évolution étant plus spécifiques que celle des autres troubles anxieux, ils seront décrits à part. Le DSM-5 envisage une catégorie indépendante pour le trouble obsessionnel-compulsif qui sera présenté au chapitre 3.

# **1 ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE, ANXIÉTÉ DE SÉPARATION, TROUBLE PANIQUE, PHOBIES SOCIALES ET PHOBIES SIMPLES**

---

L'anxiété est le symptôme principal de ces troubles qui ne sont distingués que depuis les années 1980. Auparavant, ils étaient agrégés dans les « troubles émotionnels ». Les objections adressées à la nouvelle classification dans les années 1980 – faire des distinctions injustifiées et rendre pathologique l'anxiété normale – ne sont pas complètement réfutées (Klein, 2009). L'anxiété est en effet une réponse à la perception d'un danger qui peut être adaptative quand elle facilite l'évitement d'un danger réel, et qui devient inadaptée quand elle interfère avec le fonctionnement, par exemple en désorganisant les comportements ou en suscitant des conduites d'évitement étendues et inutiles qui perturbent la vie sociale et scolaire. L'anxiété pathologique est caractérisée par la persistance et l'importance de l'anxiété et des conduites d'évitement, associées à un sentiment de détresse et une altération du fonctionnement psychosocial.

Les troubles anxieux de l'adolescent sont fréquents et graves par leurs complications développementales, psychosociales et psychopathologiques. Malgré la

possibilité de rémissions spontanées, la plupart des troubles anxieux de l'adolescent persistent ou évoluent vers d'autres troubles (autres troubles anxieux, troubles dépressifs ou troubles liés aux substances, principalement) de la grande adolescence ou de l'âge adulte.

## 1.1 Épidémiologie

D'après les études épidémiologiques réalisées, la prévalence des troubles anxieux a été estimée à 10 % des adolescents (Dumas, 1999) à 15 à 20 % (Beesdo *et al.*, 2009). La période de temps où est évaluée la présence des symptômes (par exemple 3 ou 6 derniers mois, année passée, ou toute la vie) n'influence pas considérablement les estimations, ce qui suggère que les troubles sont persistants ou que l'oubli des troubles en rémission est important (Beesdo *et al.*, 2009).

Tous les troubles anxieux sont plus fréquents chez les filles. Cette différence de sexe, qui peut apparaître dans l'enfance, augmente avec l'âge atteignant une proportion de 2 à 3 filles pour un garçon à l'adolescence (Beesdo *et al.*, 2009).

La revue des études épidémiologiques montre l'importance des écarts d'estimation, malgré des méthodologies proches utilisant des entretiens structurés ou semi-structurés et des critères diagnostiques opérationnels. Ces divergences peuvent être liées à la différence des âges étudiés, aux différents instruments d'évaluation, à la source d'information (adolescents, parents, enseignants), à la classification diagnostique utilisées (DSM-III-R, DSM-IV, CID-10), au seuil d'intensité de symptôme requis, à l'inclusion ou non d'un critère de dégradation du fonctionnement psychosocial, au degré de retentissement psychosocial requis. Les divergences les plus importantes existent entre les études antérieures au DSM-IV et les études l'utilisant : le DSM-IV a introduit un critère de signification clinique requérant une détresse subjective ou une dégradation du fonctionnement, dont l'interprétation peut cependant être une nouvelle source de variation.

Ainsi, dans un échantillon communautaire<sup>1</sup> d'adolescents de 17 ans, Kashani et Orvaschel (1990) trouvent 21 % de troubles anxieux du DSM-III (hyperanxiété, 17 % ; anxiété de séparation, 11 % ; phobie simple, 4 % ; phobie sociale, 1 %). Les études les plus récentes ont retrouvé une fréquence nettement moindre.

Dans un échantillon communautaire de 2 624 adolescents de 13 à 15 ans, l'étude anglaise de Ford *et al.* (2003) utilisant un entretien structuré, a retrouvé une fréquence beaucoup plus faible : 0,2 % d'anxiété généralisée, 1 % d'anxiété de séparation, 0,5 % de trouble panique, 0,2 % d'agoraphobie, 0,4 % de phobie sociale, 0,7 % de phobie spécifique. Le pourcentage d'adolescents affectés d'au moins un trouble anxieux, désordre obsessionnel-compulsif et état de stress post-traumatique inclus, atteignait 5 %.

L'étude américaine de Costello *et al.* (2003) retrouve, dans un échantillon communautaire de 1 420 adolescents évalués tous les ans par un entretien structuré jusqu'à

1. *Échantillon communautaire* : échantillon recruté dans un milieu communautaire (ex : établissement scolaire, quartier) pour étudier la prévalence ou les caractéristiques d'un trouble psychopathologique dans l'ensemble de la population. Le terme d'échantillon clinique désigne un échantillon recruté dans un milieu de soin constitué de sujets venus ou suivis en consultation ou de sujets hospitalisés.

l'âge de 16 ans, une prévalence (prévalence des 3 derniers mois) plus faible d'adolescents affectés d'au moins un trouble anxieux allant de 1,6 % à 2,8 % selon les âges.

Dans le *New Zealand Mental Health Survey* (Wells *et al.*, 2006), parmi les 16-24 ans, la prévalence pour les 12 derniers mois du trouble panique était de 2 %, de l'agoraphobie sans trouble panique, de 1 %, des phobies simples, de 9 %, des phobies sociales, de 7 %, de l'anxiété généralisée, de 2 %.

## 1.2 Symptomatologie des troubles anxieux de l'adolescent

### 1.2.1 Symptomatologie du trouble anxieux généralisé

Le trouble anxieux généralisé se définit par la présence chronique d'anxiété et de soucis excessifs, difficiles à contrôler, concernant la plupart des domaines de la vie : travail scolaire, interactions sociales, famille, santé, sécurité, événements mondiaux, désastres naturels ou industriels. Les soucis sont envahissants, présents la plupart du temps et difficiles à maîtriser, perturbent la vie quotidienne et altèrent fortement le bien-être et la qualité de vie. Ces jeunes sont souvent perfectionnistes et ont un besoin et une recherche de réassurance élevés.

L'anxiété est diffuse et presque permanente. Elle se manifeste par un sentiment de tension, de nervosité, de fébrilité, d'insécurité, une sensation d'être survolté ou à bout et une incapacité à se détendre : « Je suis stressée, c'est horrible ; je dors plus depuis plusieurs mois ; je tremble ; j'ai peur de tout. » L'adolescent est souvent irritable : « Je suis énervée et en même temps j'ai peur » ; « Ce que je ressens, c'est de la colère ; je casserais tout, je taperais sur les gens. »

Cette anxiété est liée à des soucis excessifs ou irréalistes concernant plusieurs événements ou activités (« Je suis angoissée pour tout » ; « J'ai tout le temps peur de tout » ; « Je suis stressé, à l'affût de tout » ; « Je me sens en insécurité » ; « Je suis anxieux de tout, je me fais un monde de tout, ça me rend malade, je profite pas de la vie, je suis toujours sur le qui-vive, c'est vraiment insupportable » ; « Je pense à des choses horribles ; je ne sais pas comment faire pour m'inquiéter moins ; arrêter de penser à des choses horribles tout le temps »). Ces inquiétudes concernent le passé, le présent, l'avenir proche et lointain. Selon Gosselin *et al.* (2002), 18 % à 25 % des adolescents rapportent des inquiétudes excessives et incontrôlables ce qui suggère la fréquence des formes subcliniques de trouble anxieux généralisé.

L'adolescent peut ruminer les difficultés passées, craindre d'avoir été ridicule ou maladroit ou de s'être montré inférieur à l'image qu'il veut donner. Il peut s'en vouloir d'avoir mal fait, ressasser longuement un échec, être tracassé de façon prolongée par une note qui ne le satisfait pas, par certaines de ses attitudes, conduites ou paroles qu'il craint ressenties comme inadéquates par son entourage (« Je me dis : "Qu'est ce qu'ils vont penser de moi ?", je n'arrête pas d'y penser, après, j'ai peur de les revoir »).

L'adolescent doute d'être capable de faire face aux activités présentes dont il exagère les inconvénients et les difficultés (« Je me demande toujours si je vais arriver à faire les choses »). Il peut craindre de ne pas réussir à faire son travail scolaire (« Je repense à mes devoirs, je crois qu'il manque toujours quelque chose »). L'anxiété perturbe le travail en classe et surtout les contrôles : « Quand je stresse, j'ai comme le cerveau qui bloque, je comprends plus rien » ; « Je suis complètement tétanisée par le stress et l'angoisse ». L'adolescent peut se sentir accablé de contraintes (« Ma vie

c'est l'école, les devoirs et encore les devoirs, ma mère m'en rajoute toujours ; c'est encore du travail, j'en ai marre, j'y arrive pas ». Ses sentiments d'insuffisance, d'incompétence peuvent s'étendre à l'ensemble de ses activités scolaires, relationnelles, sportives (« Je me dénigre sans arrêt »). Ils sont liés à des exigences de performance trop élevées (« Si je rate, c'est insupportable, je suis perfectionniste »).

Le futur immédiat lui paraît rempli de difficultés ou d'épreuves insurmontables, d'occasions d'humiliations et d'échecs, de menaces et de dangers multiples (« Je dramatiserai tout »). Les situations scolaires et sociales sont souvent au centre des préoccupations. L'adolescent peut craindre un « trou de mémoire » ou d'être malade lors d'une interrogation écrite en classe, de bafouiller s'il est interrogé, d'être réprimandé par les enseignants, de subir les moqueries d'autres élèves. Il a peur d'être rejeté, de faire l'objet de jugements négatifs, il craint d'apparaître ridicule. L'adolescent est très soucieux de l'opinion des autres à son sujet : « J'ai la peur de parler, et quand on m'interroge, ma voix tremble. Alors de savoir que les autres vont me voir comme ça, ça me fait mal au cœur car je n'ai pas envie qu'ils disent de moi que je suis une fille qui flippe aux regards des autres. » L'adolescent peut éviter les situations sociales ou y rester passif (« J'arrive pas à aller voir les gens ; je bloque complètement »). Il est très sensible aux critiques, qu'il tend à dramatiser, et il est facilement blessé (« Je supporte pas que les copains se moquent de moi »). Il peut avoir peur d'être agressé physiquement (« Je me sens en danger ; je pense aux agressions, aux enlèvements ; si quelqu'un rentre dans la maison, qu'est-ce qu'on peut faire ? »). Ces peurs entraînent des comportements d'évitement des situations ressenties comme difficiles ou dangereuses (« J'évite de me retrouver dans cette situation »).

Pour l'avenir plus lointain, l'adolescent peut avoir peur de l'échec scolaire, de ne pas réussir une formation professionnelle, d'être au chômage (« J'ai toujours cette peur de louper les études. J'y arrive, mais j'ai quand même peur »). Il peut craindre l'échec dans les relations amoureuses et sexuelles. Il peut redouter d'être un jour affecté d'une maladie grave.

L'adolescent peut être hanté par la mort : « Je pense souvent à la mort, ça me fout la trouille » ; « Ça me fait très peur que ma vie s'arrête là. Pourquoi travailler pour l'école si je meurs ? »

Ses inquiétudes s'étendent habituellement à sa famille. Il craint pour la santé, pour le travail de ses parents, pour la situation financière de la famille (« Je pense au pire, j'ai peur qu'on se retrouve dans la rue comme des clochards »). Il a peur que ses parents divorcent, qu'ils perdent leur emploi, qu'ils aient un accident, qu'ils soient agressés, qu'ils meurent.

L'adolescent a tendance à ressasser ces préoccupations qu'il ne réussit pas à écarter. Ces ruminations anxieuses prennent souvent un caractère obsédant (« J'arrête pas de tourner les pensées dans ma tête, tout ce qui va pas, des scénarios futurs, ma vie complètement ratée »). Ces préoccupations peuvent s'imposer comme des souvenirs intrusifs où il revoit ou revit la scène embarrassante avec des poussées d'anxiété (« Ça me fait des flashes, j'ai les mains toutes en sueur »).

L'adolescent peut cacher ou minimiser ses préoccupations dans sa famille, par honte de ce qu'il ressent comme une faiblesse, par peur d'être critiqué, de décevoir, ou, au contraire, il peut chercher à être réconforté de façon excessive et d'autant plus lassante pour l'entourage que les efforts pour le rassurer sont le plus souvent inefficaces.

Cette tension psychologique permanente s'accompagne de fatigabilité, de difficultés de concentration ou de trous de mémoires, de tensions musculaires, de



tremblements (« Je tremble tout le temps »). Les perturbations du sommeil sont fréquentes (difficultés d'endormissement, réveils fréquents, sommeil agité, cauchemars, réveil précoce). L'endormissement difficile et les réveils prolongés sont liés aux ruminations anxieuses (« J'ai du mal à m'endormir ; je repense à mes problèmes » ; « Quand je me mets à penser à ça, alors impossible de me rendormir »).

Les plaintes somatiques sont fréquentes : sensation de gorge nouée, de boule dans la gorge, bouche sèche, maux de tête, maux de ventre, malaise gastro-intestinal, nausées, diarrhée, souffle coupé, vertiges, besoin fréquent d'uriner, brusque sursauts, douleurs musculaires (« Très souvent, je fais des migraines et j'ai très souvent mal au ventre » ; « J'ai manqué la moitié de l'année scolaire à cause du mal au ventre ; des fois, je vomissais »). L'appétit peut être augmenté ou diminué.

Ces manifestations somatiques peuvent contribuer aux préoccupations concernant la santé qui peuvent prendre un aspect hypocondriaque<sup>1</sup>. L'adolescent peut se croire gravement malade : « Je croyais que j'avais un cancer, parce que j'étais tout le temps fatiguée. J'ai toujours peur que j'aie le cancer du poumon » ; « Dès le matin, j'ai mal quelque part, je pense à la maladie, à la mort, j'ai peur d'avoir des tumeurs » ; « Pendant longtemps, je croyais que j'avais une méningite donc, je disais à ma mère : "Maman, je crois que j'ai la méningite" et puis après j'ai cru que j'avais le cancer, j'ai cru que j'avais trois cancers en fait : le cancer de la gorge, après j'ai cru que j'avais le cancer au cœur, et puis après un cancer au cerveau. J'arrivais pas à m'enlever cette idée. Mes parents me prennent pour une folle quand je raconte ça ». Il peut reconnaître que ces craintes sont irrationnelles (« J'ai tout le temps été hypocondriaque »).

### 1.2.2 Symptomatologie de l'anxiété de séparation

L'anxiété de séparation est caractérisée par une anxiété excessive liée à la séparation d'avec les figures d'attachement ou à l'éloignement de l'environnement familial, en particulier de la maison.

L'anxiété de séparation est plus rare mais parfois plus sévère chez l'adolescent que chez l'enfant. Dans la plupart des cas, le trouble se développe après un événement stressant, le plus souvent une perte, la mort d'un membre de la famille ou d'un animal familial, la maladie d'un membre de la famille, un changement d'école ou un déménagement, le départ de la famille d'un aîné.

Cette anxiété se manifeste au moment de la séparation ou lorsque le sujet l'anticipe. Elle se traduit par une réticence à quitter les parents ou le logement, pour des activités scolaires et de loisirs. L'adolescent refuse d'aller dormir chez des amis ou de partir en colonie de vacances. Il éprouve un sentiment de malaise, de tension avant et pendant la période de séparation. Il peut être préoccupé par des événements négatifs pouvant arriver à ses parents ou à lui pendant la séparation, comme la crainte d'un accident de voiture ou d'un problème de santé grave. Pendant la séparation, il peut penser de façon persistante à la maison ou à ses parents, avec nostalgie ou inquiétude. Il peut téléphoner plusieurs fois dans la journée à ses parents. Les symptômes somatiques sont fréquents (maux de ventre ou de tête, des palpitations, des vertiges).

1. *Hypocondriaque* : qualificatif désignant un état dans lequel le sujet se croit atteint d'une maladie organique.

L'adolescent peut ne pas aimer rester seul même à la maison et avoir des comportements « collants ». Les cauchemars à thèmes de séparation sont fréquents. Les préoccupations pour la mort sont fréquentes et peuvent être envahissantes chez l'adolescent (« Je me demande ce qu'il y a après la mort, à des moments, j'ai envie de me tuer »).

Les adolescents, surtout les garçons, n'expriment habituellement pas leurs préoccupations concernant la séparation d'avec leur mère ou leur désir d'être avec elle qui peuvent être déniés. Ils parlent plutôt de leur anxiété concernant l'éloignement du domicile (« C'est vraiment la sécurité la maison, c'est un refuge ; dès que je sors de ce refuge, l'estomac se bloque ») mais ils peuvent montrer des comportements de dépendance comme en se faisant accompagner par la mère pour des achats de vêtements ou pour des activités sociales ou récréatives. Ils peuvent avoir des difficultés à s'occuper seul et rechercher de façon excessive les conseils et l'approbation de leurs parents. Cette dépendance peut être masquée par des conduites d'opposition et de contre-dépendance. La dépendance excessive à la mère peut être reconnue et exprimée, en particulier par les adolescentes (« Si elle meurt demain, on m'enterre avec elle » ; « J'ai l'impression que je suis complètement dépendante d'elle. Si jamais elle meurt demain, je pourrais pas vivre. J'ai l'impression de ne pas être une personne à part entière. Je suis accrochée »).

L'anxiété de séparation peut persister de façon prolongée à un niveau d'intensité modérée. Elle peut s'exacerber à l'occasion d'événements négatifs ou apparaître assez brusquement et prendre rapidement une intensité majeure. Dans les formes graves, l'adolescent éprouve une détresse vive à la séparation d'avec la mère pouvant aller jusqu'à une crise de panique. Le refus scolaire est alors habituel.

Francis *et al.* (1987) ont étudié les différences d'expression symptomatique dans trois tranches d'âge 5-8 ans, 9-12 ans, 13-16 ans. La seule différence entre les préadolescents et les adolescents étaient que les plaintes somatiques étaient plus fréquentes chez les adolescents.

La mère ou les parents souffrent assez souvent d'anxiété de séparation eux-mêmes. Un père est très anxieux à l'idée que sa fille va les quitter l'année suivante pour aller dans une université. Cette séparation est ressentie par anticipation comme la fin d'une relation fusionnelle, comme une mort : « Je suis un peu comme un insecte qui meurt d'avoir procréé... J'ai le sentiment de ne pas avoir survécu à la séparation d'avec ma propre mère. »

### 1.2.3 Symptomatologie du trouble panique

Le trouble panique est caractérisé par des attaques de panique ou crises d'angoisse survenant de façon brutale, inattendue et répétée. Elles débutent soudainement et atteignent leur paroxysme en quelques minutes, durent au moins quelques minutes puis diminuent rapidement d'intensité.

Le diagnostic de trouble panique requiert la répétition de crises inopinées qui sont à distinguer des crises de paniques provoquées qu'on peut rencontrer dans tous les autres troubles anxieux quand le jeune est confronté à une situation très anxiogène, par exemple, situation de séparation dans l'anxiété de séparation, situation sociale redoutée dans la phobie sociale, confrontation à l'objet de la phobie sans possibilité de fuite, interruption forcée d'un rituel dans le trouble obsessionnel-compulsif.

Les attaques de panique se manifestent par un malaise intense marqué par une angoisse intense et des manifestations somatiques multiples extrêmement pénibles, atteignant leur acmé en quelques minutes. Ce peut être, accélération du rythme cardiaque (tachycardie), palpitations ; douleur ou gêne thoracique (douleurs précordiales ponctuelles ou diffuses, constriction thoracique...) ; bouche sèche ; sensations de gorge serrée, de boule dans la gorge (constriction pharyngée) ; sensation de « souffle coupé », de manquer d'air ou impression d'étouffer, de suffoquer ; nausées ou douleurs abdominales ; transpiration ; tremblements ou secousses musculaires ; sensations de déséquilibre ou d'instabilité, sensations de vertige, de flottement ; sensation d'étourdissement, de faiblesse, de « tête vide », d'évanouissement imminent ; sensations d'engourdissement ou de picotement (paresthésies) ; sensations de chaud ou de froid (bouffées de chaleur ou frissons) : « J'ai l'impression de manquer d'air ; une grosse bouffée qui monte là, ça fait chaud vers la gorge et c'est glacé en dessous » ; « Des fois, j'ai le cœur qui tape fort, vite, on dirait qu'il va passer par la gorge, j'arrive plus à parler ; j'ai les larmes qui coulent toutes seules » ; « J'ai chaud, j'ai froid, j'ai la tête qui tourne » ; « J'ai une boule dans le ventre, j'ai chaud, je tremble ». Ces manifestations somatiques paroxystiques peuvent conduire à une hospitalisation d'urgence en milieu médical. L'examen somatique peut retrouver sueurs, tachycardie, accélération du rythme respiratoire, élévation de la pression artérielle systolique, tremblements diffus.

Une dépersonnalisation et une déréalisation sont fréquentes. La dépersonnalisation peut se manifester par une impression de bizarrerie intérieure, de perte des limites corporelles, une sensation de vide au niveau de la tête, une sensation d'être détaché de soi, d'être un observateur extérieur de ses processus mentaux, de son corps et de ses comportements (« Je ressens une grosse boule dans la gorge, puis le cœur bat plus vite, tout se brouille, et je commence à transpirer »). Dans la déréalisation, le monde semble devenu étrange et irréel. Le sujet a l'impression de vivre un rêve (« J'ai l'impression d'être dans un rêve, dans un cauchemar »). Il peut avoir une sensation de « déjà vécu » ou de « jamais vu » (« Une impression d'irréel, de déjà-vu »). D'autres manifestations peuvent être une modification de diverses modalités sensorielles (vision floue, modification de l'intensité lumineuse, trouble de la perception de l'espace comme une distorsion des distances ou des formes, modifications d'intensité auditive), un trouble de la perception du temps (ralentissement ou une accélération de la notion de temps écoulé).

Des cognitions catastrophiques sont habituellement présentes, principalement la peur de perdre le contrôle de soi ou la peur de mourir. La peur de perdre le contrôle de soi peut prendre l'aspect de la peur de tomber, de commettre des actes irrationnels, de se suicider ou de devenir fou : « J'ai des douleurs au cœur, l'impression de devenir folle ; j'ai la tête qui tourne, des vertiges, les jambes en coton. » Le malaise est si intense que le sujet a peur de mourir ou a la sensation de mourir : « J'ai des crises d'angoisse, je tremble beaucoup, je me mets dans un coin, j'ai peur, je m'étouffe. Une fois, je suis restée dehors toute seule à essayer de redevenir moi-même. Je perdais la tête, je m'en allais dans le vide, j'avais l'impression que j'étais en train de m'éteindre, de tomber dans un coma » ; « Je me sens mal, j'ai des sueurs, j'ai peur, je n'arrive plus à rien faire, j'ai du mal à respirer, j'ai peur de mourir » ; « J'ai des difficultés à respirer, j'ai peur de tomber dans les pommes, j'ai peur de mourir ».

Les symptômes sont en partie liés à une accélération du rythme respiratoire (hyperventilation) qui provoque une baisse du gaz carbonique dans le sang (hypocapnie) et

de son acidité (alcalose respiratoire), responsable en particulier des signes neuromusculaires, des paresthésies, des sensations de chaleur. Faire respirer le sujet dans une poche en papier corrige rapidement ces perturbations et peut faire cesser la crise. En France, le trouble panique est souvent ignoré au profit du diagnostic de « spasmodophilie », « entité nosographique spécifique à la médecine française et qui ne repose sur aucune base scientifique solide » (Kochman et Karila, 2001, p. 236). Les cognitions catastrophiques et l'hyperventilation contribuent à l'auto-induction de l'anxiété et à l'auto-aggravation des crises.

Le diagnostic d'attaque de panique ne réclame pas la présence de tous ou de la plupart de ces symptômes : ainsi, dans le DSM-IV-TR, la présence de quatre symptômes au moins est requise.

Ces crises impressionnantes provoquent la crainte persistante de leur récurrence. L'adolescent peut guetter avec appréhension les signes pouvant annoncer une nouvelle attaque comme une douleur, des sueurs, un essoufflement et les interpréter comme un début de crise ce qui fait augmenter l'anxiété, provoque de nouveaux symptômes perçus de façon catastrophique, ce qui peut aboutir à une véritable crise.

Ces crises peuvent être reconnues par l'adolescent comme étant des crises d'angoisse ou, au contraire, elles peuvent être interprétées comme la manifestation d'une maladie somatique grave, comme une maladie cardiaque.

La répétition des crises peut conduire à des comportements d'évitement. L'adolescent peut développer un évitement des situations ou des lieux où une attaque de panique s'est produite. Il peut avoir peur de sortir de chez lui par crainte de la survenue à l'improviste d'une crise. Le trouble panique se complique d'agoraphobie dans la moitié des cas (Reed et Wittchen, 1998).

Une étude épidémiologique a montré un lien entre les attaques de paniques et les comportements suicidaires à l'adolescence. Pilowsky *et al.* (1999) ont étudié un échantillon communautaire de 1 580 adolescents de 13 et 14 ans. Après contrôle des variables démographiques, de la dépression, de l'usage de l'alcool et des drogues illicites, les adolescents ayant des attaques de panique avaient un risque multiplié par 3 d'avoir des idées suicidaires et un risque multiplié par 2 d'avoir tenté de se suicider, par rapport aux adolescents n'ayant pas d'attaques de panique. Cette étude montre que les attaques de panique sont un facteur de risque des comportements suicidaires de l'adolescent.

#### 1.2.4 Symptomatologie de la phobie sociale ou trouble anxieux social

La phobie sociale ou trouble anxieux social est définie par une peur intense et persistante d'une ou plusieurs situations sociales où le sujet est exposé à des personnes non familières. Le terme de « phobie sociale généralisée » a été utilisé pour les cas où l'anxiété se manifeste dans la plupart ou toutes les situations sociales.

L'adolescent craint de se retrouver en relation avec des personnes inconnues, jeunes de son âge ou adultes, ou d'être dans une situation où il peut être observé par elles. Il tente d'éviter les situations sociales nouvelles et si elles lui sont imposées, il éprouve une gêne et un désarroi marqué et réagit par des attitudes de repli. S'il ne peut éviter l'interaction, il se montre nerveux, évite le regard, bredouille ou peut rester muet. La peur s'étend souvent à l'ensemble des personnes qui ne lui sont pas proches, comme la plupart des ses camarades de classe, ses enseignants.

Cette anxiété sociale est liée à la peur de se conduire de façon inadéquate, maladroite, embarrassante ou humiliante et à la peur de montrer des signes d'anxiété, de ne pas savoir quoi dire : « Je dis rien, je sais pas quoi dire, j'ai peur d'aller vers les autres » ; « J'ai peur de dire ce qu'il ne faut pas dire ou de ne pas dire ce qu'il faut ». L'adolescent craint habituellement d'être jugé négativement par les autres, de passer pour inintéressant, inférieur, ridicule ou anormal : « J'ai l'impression que si je ne dis rien, les gens vont se dire « Qu'est-ce qu'elle a celle-là, elle fait la gueule ou quoi ? Elle parle pas, elle a rien d'intéressant à nous dire, ça sert à rien de rester avec elle, on s'emmerde, elle va rien nous apporter de plus » ». Il se réfugie dans des attitudes d'évitement, de retrait (« Je tombe dans le repli sur moi »). Il essaie de passer inaperçu. Il craint d'être interrogé en classe (« C'est ma hantise d'être interrogé en classe »). Il évite de parler avec des camarades qu'il ne connaît pas assez bien, surtout s'ils sont plusieurs. Il limite ses interactions à un petit groupe de camarade avec qui il se sent suffisamment à l'aise. Il peut avoir des relations sociales satisfaisantes avec les personnes qu'il connaît bien. L'adolescent souffre souvent de ce qu'il perçoit comme une inaptitude, une limitation à sa vie sociale. Il peut être particulièrement malheureux de sa peur d'aborder les jeunes de l'autre sexe. Il a des craintes pour l'avenir (« Je m'inquiète aussi pour plus tard. Est-ce que je vais pouvoir rencontrer quelqu'un, me marier, avoir des enfants ? Est-ce que quelqu'un voudra de moi ? »).

Ce trouble a tendance à s'aggraver par trois mécanismes. Quand il ne peut éviter l'interaction, les manifestations d'anxiété qu'il montre, vécues comme humiliantes, constituent des expériences conditionnantes négatives qui augmentent son anxiété sociale et ses comportements d'évitement. Ensuite, ces jeunes ont tendance à ressasser leurs expériences sociales difficiles, à repenser, dans le détail, à leurs comportements en situation sociale. Cette rumination négative perpétue et exacerbe leur anxiété dans les futures situations sociales (Brozovich et Heimberg, 2008). Enfin, l'évitement social les prive d'occasion d'apprentissage et d'entraînement aux habiletés sociales et leur sentiment d'incompétence, de maladresse sociale reflète souvent l'insuffisance d'acquisition des habiletés sociales appropriées à son âge (« J'évite les situations où je suis mal à l'aise, alors ça augmente, avec ma timidité, c'est un cercle vicieux »).

### 1.2.5 Phobies spécifiques

Les phobies spécifiques ou phobies simples se caractérisent par une peur intense et persistante provoquée par un objet ou une situation spécifique ne représentant pas un danger réel pour l'adolescent. L'adolescent essaie d'éviter cet objet ou cette situation. S'il y est exposé, se produit une réaction anxieuse immédiate et intense qui peut prendre l'aspect d'une attaque de panique (« J'ai peur des araignées, je suis arachnophobe et quand j'en vois une c'est chaque fois la panique. Je deviens complètement hystérique, j'ai les nerfs qui lâchent, j'ai vraiment horreur de ça »). L'adolescent a conscience du caractère irrationnel et excessif de ses réactions mais il lui est difficile ou impossible de se maîtriser. L'appel à la raison ou les gestes rassurants sont inefficaces.

Ces phobies sont de plusieurs types : type animal (animaux, insectes) ; type environnement naturel (hauteurs, tonnerres) ; type sang, injection, accident (vue du sang ou de blessures, les injections, les soins dentaires et les hôpitaux) ; type situationnel (tunnels, ascenseurs, transports publics, avions). Chez l'adolescent, il existe des phobies de la sexualité.

Il est fréquent que le jeune ait plus d'une phobie, ce qui ne doit pas conduire au diagnostic de trouble anxieux généralisé.

### 1.3 Comorbidité des troubles anxieux

La comorbidité des troubles anxieux est élevée : les troubles anxieux sont souvent associés entre eux et souvent associés à la dépression, en particulier dans les échantillons cliniques mais aussi dans les échantillons communautaires.

Dans l'étude néo-zélandaise de Woodward et Fergusson (2001), un échantillon communautaire de 964 adolescents a été suivi jusqu'à l'âge de 21 ans avec des entretiens structurés répétés avec le jeune et ses parents : entre 14 et 16 ans, 30 % avaient au moins un trouble anxieux, 9 % au moins deux, 3 % trois ou plus. Les prévalences étaient : anxiété généralisée, 16 % ; phobie simple, 20 % ; phobie sociale, 3 % ; anxiété de séparation, 2 % ; agoraphobie-état de panique, 1,5 %.

L'étude anglaise de Ford *et al.* (2003) d'un échantillon communautaire a retrouvé, pour les sujets ayant un trouble anxieux, que 15 % en avait deux, 4,5 % trois ou plus ; l'association entre anxiété de séparation et anxiété généralisée était la plus fréquente ; 13,5 % des sujets ayant un trouble anxieux avaient un trouble dépressif associé et 25 % un trouble des conduites associé.

Dans l'étude clinique italienne de Masi *et al.* (2004), la comorbidité était plus élevée : parmi 107 adolescents ayant une anxiété généralisée, adressés en consultations à un centre de traitement des troubles de l'humeur et des troubles anxieux, ont été retrouvés 51 % de troubles dépressifs, 11 % de troubles bipolaires, 22 % d'anxiété de séparation, 15 % de trouble panique, 33 % de phobies sociales, 42 % de phobies simples, 23 % de troubles obsessifs-compulsifs, 19 % de troubles externalisés (troubles de l'attention avec hyperactivité, trouble d'opposition, troubles des conduites). D'autres exemples de comorbidité sont donnés dans la présentation des études thérapeutiques des troubles anxieux.

La comorbidité avec la dépression augmente le risque suicidaire : dans la « Great Smoky Mountains Study » (Foley *et al.*, 2006), les idées et les tentatives de suicide n'étaient pas significativement associées au trouble anxieux isolé (OR = 0,6). Mais alors que l'association entre dépression et suicidalité était significative (OR = 12), la comorbidité avec les troubles anxieux renforçait considérablement cette association (OR = 134), en particulier la comorbidité avec l'anxiété généralisée (OR = 468).

### 1.4 Évolution des troubles et des symptômes anxieux

#### 1.4.1 L'évolution des troubles anxieux dans les études communautaires

L'évolution des troubles anxieux, dans l'adolescence et au jeune âge adulte, est marquée par des continuités homotypique et hétérotypique significatives que de nombreuses études ont révélées. En voici deux exemples où la prise en compte de la comorbidité a permis de dégager des voies évolutives plus spécifiques.

Sur un échantillon de 964 sujets, Woodward et Fergusson (2001) ont constaté que les troubles anxieux entre 14 et 16 ans étaient associés à un risque accru de troubles

anxieux, de dépression, de dépendance au tabac et à l'alcool, de dépendance à des drogues illicites et de tentatives de suicide, entre 16 et 21 ans. Après contrôle des variables sociales, familiales et individuelles (dépression, troubles des conduites et abus d'alcool, principalement), les associations entre troubles anxieux et dépendance au tabac et à l'alcool et suicide n'étaient plus significatives, montrant que ces associations étaient dues à d'autres facteurs de risque corrélés aux troubles anxieux plus qu'à un lien direct avec les troubles anxieux. Après contrôle de ces variables, une association significative persistait en troubles anxieux et risques ultérieurs de troubles anxieux, de dépression majeure et de dépendance à des drogues illicites. Ces risques étaient plus élevés si l'adolescent avait plus d'un trouble anxieux entre 14 et 16 ans.

La « Great Smoky Mountains Study » (Costello *et al.*, 2003) a retrouvé une tendance à la continuité entre 9 et 16 ans pour tous les troubles anxieux, surtout le trouble panique, à l'exception des phobies simples. Les troubles anxieux prédisaient un risque accru de dépression et d'abus ou de dépendance aux substances psychoactives. La prolongation de cette étude jusqu'à 21 ans (Copeland *et al.*, 2009) a montré une continuité significative entre l'adolescence et le jeune âge adulte du trouble anxieux généralisé et des troubles paniques qui n'était pas affectée par la prise en compte de la comorbidité. Le trouble anxieux généralisé de l'adolescence prédisait la dépression au jeune âge adulte.

Pendant, malgré une continuité homotypique significative, les taux de stabilité des troubles anxieux des adolescents de la communauté sont faibles ou modérés (Beesdo *et al.*, 2009). Dans l'étude longitudinale allemande « Early Developmental Stages of Psychopathology » (EDSP), chez les adolescents de 14 à 17 ans, seuls 20 % des cas de troubles anxieux répondaient à nouveau aux critères d'un trouble anxieux au suivi de 20 mois. Pour les troubles spécifiques, la variabilité était considérable : les taux de stabilité étaient les plus élevés pour les troubles paniques (44 %), pour les phobies spécifiques (30 %) et les plus faibles pour la phobie sociale (16 %) et l'agoraphobie (13 %) (Whittchen *et al.*, 2000). Ces résultats ont été confirmés par les études cliniques et épidémiologiques (Beesdo *et al.*, 2009).

Pendant si la continuité homotypique stricte (stabilité d'un trouble anxieux spécifique) est modérée, il existe un degré important de continuité psychopathologique indiqué par la présence ultérieure d'un autre trouble anxieux (continuité homotypique élargie) ou d'un autre trouble (continuité hétérotypique), en particulier la dépression et les troubles liés aux substances (Beesdo *et al.*, 2009).

L'EDSP a permis de préciser que le risque de dépression secondaire paraît indépendant de l'âge du début du trouble anxieux et qu'il est plus important si le sujet a plusieurs troubles anxieux, si le trouble anxieux est sévère, et en cas d'attaque de panique (Bittner *et al.*, 2004).

L'étude EDSP a montré que la phobie sociale généralisée ou non généralisée était associée à un risque accru de dépression tout au long de l'adolescence et au jeune âge adulte, le risque de dépression étant multiplié par 3 par rapport aux sujets sans troubles anxieux (Beesdo *et al.*, 2007).

Le lien entre troubles anxieux et apparition au cours de l'adolescence d'un trouble liés aux substances a été retrouvé par plusieurs études (*e.g.*, Woodward et Fergusson, 2001 ; Costello *et al.*, 2003).

L'étude longitudinale de Moffitt *et al.* (2007) a constaté que le trouble anxieux généralisé précédait souvent la dépression majeure mais que la dépression majeure précédait le trouble anxieux généralisé presque aussi souvent.

## TRAITÉ DE PSYCHOPATHOLOGIE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE L'ADOLESCENT

Les troubles psychopathologiques de l'adolescent étaient considérés comme rares, différents de ceux de l'adulte dans leur présentation clinique, en général bénins et transitoires, spontanément résolutifs ou répondant à des mesures thérapeutiques simples. Les travaux, qui se sont multipliés depuis une trentaine d'années, ont révélé une réalité inverse : les troubles psychopathologiques de l'adolescent sont fréquents ; leur présentation clinique est en général semblable à ceux de l'adulte, tout en tenant compte de certaines particularités développementales ; leur évolution est souvent grave, marquée par la persistance, les récurrences, la perturbation du développement, les dysfonctionnements psychosociaux et le risque d'amputer le sujet d'une partie de ses potentialités ; l'évolution est fréquente vers des troubles psychopathologiques de l'adulte ; des traitements intenses et prolongés sont souvent nécessaires.

Ces progrès sont largement la conséquence du développement de nouvelles approches de l'évaluation et de l'utilisation de systèmes de classification des troubles psychopathologiques, basés sur une description clinique précise des signes et symptômes.

**Cet ouvrage aborde, de manière pédagogique, en articulant théorie et pratique, les différentes approches de la psychopathologie de l'adolescent :** les approches psychanalytiques, cognitives et comportementales, systémiques et biologiques, pourvu qu'elles soient ouvertes et conscientes de leurs limites, peuvent collaborer à une compréhension globale de l'adolescent et de sa famille et à une approche thérapeutique plus ajustée à leurs besoins et plus efficace.

Destiné aux étudiants de master et doctorat de psychologie, ce livre intéressera aussi les cliniciens de la psychopathologie et de la psychiatrie.

HENRI CHABROL

Professeur de psychopathologie à l'université de Toulouse 2-Le Mirail, il est aussi pédopsychiatre.



9 782100 1549900

6497168

ISBN 978-2-10-054990-0

