



Introduction à la psychopathologie développementale

An introduction to developmental psychopathology

Harke A. Bosma

Traducteur : Bernadette Dumora



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/osp/1097>

DOI : 10.4000/osp.1097

ISSN : 2104-3795

Éditeur

Institut national d'étude du travail et d'orientation professionnelle (INETOP)

Édition imprimée

Date de publication : 15 juin 2006

Pagination : 251-268

ISSN : 0249-6739

Référence électronique

Harke A. Bosma, « Introduction à la psychopathologie développementale », *L'orientation scolaire et professionnelle* [En ligne], 35/2 | 2006, mis en ligne le 28 septembre 2009, consulté le 18 janvier 2022.

URL : <http://journals.openedition.org/osp/1097> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/osp.1097>

Ce document a été généré automatiquement le 18 janvier 2022.

© Tous droits réservés

Introduction à la psychopathologie développementale

An introduction to developmental psychopathology

Harke A. Bosma

Traduction : Bernadette Dumora

Introduction

- 1 La psychopathologie développementale adopte une perspective développementale dans l'étude et le traitement de la psychopathologie (Rutter, 2005a). Pendant des décennies, les spécialistes du comportement ont essayé de prédire la psychopathologie adulte à partir de mesures prises dans l'enfance. Sroufe et Rutter (1984) considèrent la « prédictibilité » comme la tâche centrale de la psychopathologie développementale. Cette tâche consiste à « comprendre les manifestations changeantes des patterns d'adaptation (ou d'inadaptation) et les liens entre ces patterns au cours du temps » ; d'où la définition de la psychopathologie développementale comme « l'étude des origines et de la progression des patterns individuels de comportements inadaptés, quel que soit l'âge de leur apparition, quelles qu'en soient les causes, quelles que soient leurs variations comportementales, et aussi complexe que soit le cours de leur développement » (Sroufe & Rutter, p. 18).

Le champ de la psychopathologie développementale

- 2 La psychopathologie développementale diffère de la psychologie clinique de l'enfant (clinical child psychology) et de la psychopathologie de l'enfant (abnormal child psychology). Elle ne s'intéresse pas seulement à la pathologie de l'enfant mais aussi à ses relations avec le comportement et le développement normaux, dans l'enfance et l'adolescence comme à l'âge adulte. De plus, elle s'intéresse aux origines développementales des comportements pathologiques qui apparaissent à l'âge adulte.

Elle n'est pas aussi fortement centrée sur le diagnostic différentiel, sur le traitement ou sur le pronostic. Une question essentielle pour la recherche en psychopathologie développementale est, par exemple, de savoir comment certains enfants qui ont des troubles sévères du comportement peuvent avoir un fonctionnement normal à l'âge adulte, tandis que d'autres enfants sans trouble apparent peuvent devenir des adultes souffrant d'une pathologie sévère.

- 3 L'intérêt de la psychopathologie développementale pour les variations des patterns d'adaptation et leur développement distingue ce domaine de celui de la psychopathologie et de la psychiatrie. Pour comprendre le développement de comportements inadaptés, la psychopathologie développementale doit étudier aussi les modes de fonctionnement harmonieux. « La compétence et l'incompétence, la vulnérabilité et l'invulnérabilité sont les deux faces d'une même pièce » (Garnezy, 1974, cité par Sroufe & Rutter, 1984 ; Sroufe, 1990). La psychopathologie développementale se fonde donc sur l'étude des processus du développement normal, dans le cadre de la psychologie développementale tout au long de la vie. Si l'adaptation et l'inadaptation dépendent des mêmes principes de développement, alors les tenants de la psychopathologie développementale peuvent supposer une continuité entre le développement normal et le développement pathologique.
- 4 La psychopathologie développementale n'est pas une théorie en soi. Wenar et Kerig la caractérisent comme « une entreprise intégrative qui associe différentes perspectives théoriques dans un même cadre pour comprendre le développement de la personne dans sa globalité » (2000, p. 18). Ce cadre intègre ainsi des perspectives théoriques et de recherche aussi bien biologiques que psychanalytiques, cognitives, comportementales et sociologiques. Chacune de ces perspectives contribue à notre compréhension du développement de la psychopathologie. Il s'agit de prendre en compte ces différentes perspectives pour comprendre l'émergence du trouble psychopathologique ou la résistance à la pathologie. Ainsi, dans l'approche de la psychopathologie développementale, l'être humain est considéré de manière holistique, c'est-à-dire comme un système dynamique et intégré dans lequel tous les aspects du développement sont constamment en interaction. Le développement psychologique est un processus transactionnel caractérisé par l'épigenèse et une complexité et une organisation croissantes. À chaque étape du développement, une nouvelle structure émerge de la structure de l'étape précédente. Ces étapes se caractérisent par des tâches *normatives* qui peuvent être résolues de façon adaptée ou inadaptée. La qualité de l'adaptation à chaque étape se répercute sur l'adaptation à l'étape suivante. Ces influences sont à considérer comme probabilistes plutôt que déterministes (Cicchetti & Cohen, 1995 ; Sameroff, 1995, 2000 ; Sroufe & Rutter, 1984 ; Wenar & Kerig, 2000).
- 5 D'un point de vue transactionnel, le développement normal comme le développement anormal résultent d'une série d'adaptations de la personne à son environnement. Dans cette perspective, la psychopathologie n'est pas intrinsèque à la personne, c'est une interaction inadaptée entre la personne et son contexte. Un enchaînement de transactions constitue une trajectoire de développement : cette trajectoire peut être harmonieuse comme elle peut être caractérisée par des problèmes et des stagnations, donc potentiellement porteuse de troubles et de pathologie. Dans un article fondateur, Rutter (1989) a été parmi les premiers à souligner l'importance des trajectoires de développement pour la psychopathologie, de l'enfance à l'âge adulte. La question fondamentale est celle de la continuité et de la discontinuité du fonctionnement

normal et du fonctionnement pathologique. Cette question sera discutée plus loin en détail. Abordons auparavant quelques concepts importants et quelques implications de la psychopathologie développementale.

- 6 Le concept d'« équifinalité » désigne le fait que différentes trajectoires de développement peuvent conduire à un même résultat. Différentes voies de développement caractérisées par des constellations différentes de facteurs peuvent par exemple mener à la délinquance. À l'inverse, la « multifinalité » signifie que des résultats développementaux différents peuvent être générés par un même facteur, commun, de vulnérabilité. Le cours que prend le développement dépend alors des effets d'autres facteurs. Par exemple, la perte d'un parent peut entraîner une dépression chez des enfants qui ont un attachement insécure, ou un trouble de la conduite chez des enfants influencés par le comportement négatif de pairs (Wenar & Kerig, 2000).
- 7 La multiplicité des facteurs et la nature transactionnelle du processus de développement posent « le problème de la spécificité ». En raison de la pluralité des facteurs concernés, de l'équifinalité et de la multifinalité, il s'avère très difficile de déterminer si un facteur spécifique conduit à un trouble spécifique. Cela peut aussi expliquer que dans les résultats empiriques, les psychopathologies sont souvent associées dans l'enfance et l'adolescence : l'anxiété et la dépression, les troubles de la conduite et les troubles de déficits de l'attention, ainsi que ces derniers avec l'autisme. Les taux de co-morbidité sont de l'ordre de 50 % (Price & Lento, 2001).
- 8 La perspective développementale en psychopathologie pose aussi le problème du diagnostic et de la classification¹. Malgré son intérêt pour la recherche et le diagnostic en psychopathologie, le D.S.M.-IV (1994, 4^e éd.) trouve ici ses limites (Wenar et Kerig, 2000). Premièrement, il ne reconnaît pas la dimension développementale des troubles psychiques. Les critères pour le diagnostic d'une forme particulière de pathologie sont pratiquement les mêmes tout au long du développement, alors que de plus en plus de recherches empiriques montrent que les symptômes d'un trouble particulier varient avec l'âge comme c'est le cas par exemple des troubles de déficits de l'attention (A.D.H.D.). De plus, le D.S.M.-IV utilise deux critères fondamentaux : la détresse subjective et l'affaiblissement du fonctionnement. Or, ils ne sont pas vraiment appropriés pour les enfants. Des enfants sérieusement perturbés, par exemple les autistes ou ceux qui souffrent de troubles de la conduite, peuvent ne pas éprouver de détresse subjective. En 1965, Anna Freud proposait déjà comme critère de psychopathologie chez l'enfant le fait qu'un comportement ou un symptôme « entrave la capacité de l'enfant à progresser dans son développement » (Wenar & Kerig, 2000). Deuxième limite du D.S.M.-IV dans cette perspective : le fait qu'il applique les catégories de la pathologie adulte aux enfants, c'est-à-dire son « adultomorphisme ». Il ne prend pas en compte la nature transactionnelle du processus de développement qui peut s'améliorer ou empirer en fonction du rôle de facteurs contextuels. Enfin, troisième limite : les taux élevés de co-morbidité au cours de l'enfance et de l'adolescence rendent vraiment très difficile d'en arriver à des diagnostics simples.
- 9 En raison de ces limites du D.S.M.-IV, certains auteurs préfèrent une approche dimensionnelle plutôt qu'une approche catégorielle. Une approche dimensionnelle bien connue est celle de l'Achenbach's Child Behavior Checklist (C.B.C.L., Achenbach, 1991) qui comprend huit échelles sur lesquelles le comportement de l'enfant peut être évalué par les parents ou par les enseignants. Il en existe également une forme auto-évaluative pour adolescents. Les huit échelles sont les suivantes : comportement de retrait,

plaintes somatiques, anxiété/dépression, problèmes sociaux, problèmes cognitifs, problèmes d'attention, comportement délinquant, comportement agressif. Une approche dimensionnelle comme celle-ci est plus adaptée à la variabilité du processus développemental. Mais une limite évidente de la C.B.C.L. est qu'elle ne considère que huit catégories de comportements pathologiques. Par exemple, elle ne mesure pas des syndromes comme les troubles des conduites alimentaires, les difficultés d'apprentissage ou l'autisme. Le D.S.M.-IV est de ce point de vue beaucoup plus différencié.

Facteurs de vulnérabilité, de risque et de protection

- 10 Les facteurs de vulnérabilité, de risque et de protection peuvent aider à expliquer pourquoi le développement se déroule de façon harmonieuse ou inadaptée. Un facteur de risque est tout facteur ou condition qui augmente la probabilité d'un développement psychopathologique. Inversement, un facteur protecteur favorise ou maintient un développement harmonieux. Le *tableau 1* présente les facteurs de risque et les facteurs protecteurs, selon Wenar et Kerig (2000, p. 22).

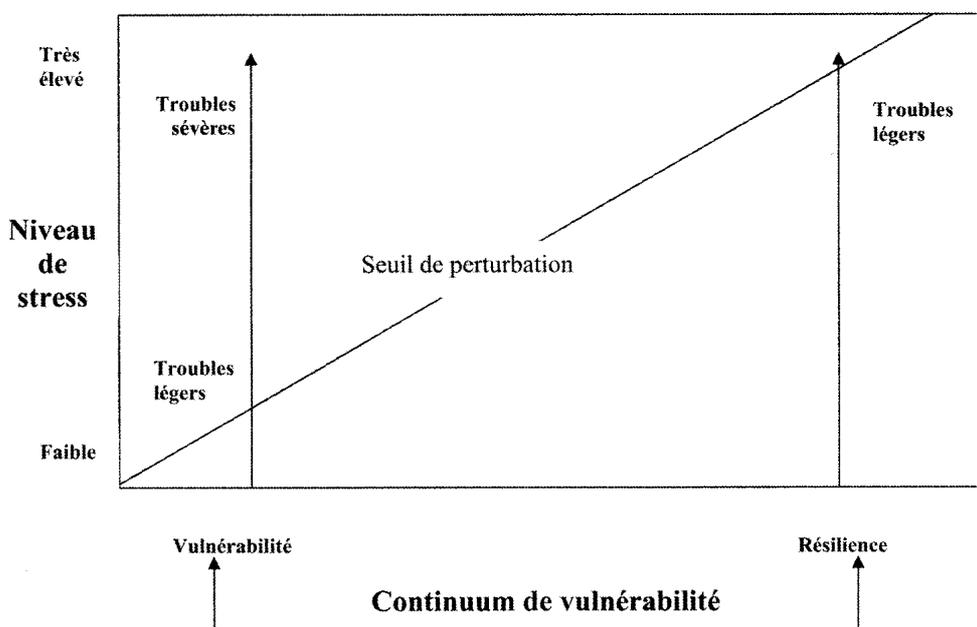
Tableau 1/Table 1

Contexte	Risques	Facteurs Protecteurs
Organique	Problèmes génétiques Problèmes pré et périnataux Atteintes neurologiques Nutrition inadéquate	Tempérament facile
Intrapersonnel	Niveau intellectuel faible Estime de soi faible Sentiment d'efficacité faible Self-contrôle faible Attachement insécure	Intelligence Compétence Sociabilité
Interpersonnel	Conflit conjugal ou familial Abus ou négligence Réseau de pairs antisociaux	Soins positifs et stables Modèles d'adulte compétent Supervision parentale
Social	Pauvreté	Relations positives avec d'autres adultes Tolérance culturelle envers la diversité

Exemples de facteurs de risque et de facteurs protecteurs
Examples of risk and protective factors

- 11 Alors que les facteurs de risque et les facteurs protecteurs affectent en principe chaque individu, la vulnérabilité modère leurs effets. Certains enfants peuvent être plus susceptibles que d'autres de développer une pathologie (par exemple en raison d'un tempérament difficile) ; pour eux, un niveau de stress relativement faible peut suffire pour entraîner un trouble, et de fortes quantités de protection sont nécessaires pour l'éviter. Le genre est un autre facteur de vulnérabilité bien connu : face à des conditions familiales défavorables, les garçons manifestent plus fréquemment que les filles des problèmes de comportement (Rutter, 1990). La *figure 1* (d'après Ingram & Price, 2001, p. 15) illustre le rôle modérateur de la vulnérabilité dans l'émergence d'un trouble psychopathologique.

Figure 1



La vulnérabilité, modératrice entre facteur de risque et psychopathologie
Vulnerability moderates between risk and psychopathology

- 12 Les termes de « risque » et de « vulnérabilité » sont difficiles à distinguer et souvent utilisés de façon interchangeable. Selon Price et Lento (2001), il s'établit pourtant un consensus sur le fait que « alors que le risque renvoie à un ensemble important de facteurs associés à une *probabilité* accrue d'occurrence d'un trouble, la vulnérabilité renvoie à un sous-ensemble de facteurs endogènes à l'individu qui peuvent servir de *mécanismes* dans le développement du trouble (p. 25). Les facteurs de vulnérabilité prédisposent un individu à développer un certain trouble ; ils sont donc considérés comme jouant un rôle causal. De plus, ils sont conceptualisés comme des facteurs ou des processus relativement stables et persistants qui sont internes à l'individu. Ils peuvent être d'origine génétique ou environnementale. Un exemple de ce dernier cas est la vulnérabilité d'un enfant qui vient de l'abus d'alcool et de drogues par sa mère pendant la grossesse. La vulnérabilité peut aussi être acquise (par exemple, une régulation émotionnelle inadaptée). La recherche empirique a mis en évidence plusieurs facteurs de vulnérabilité associés à la psychopathologie de l'enfant. Price et Lento (2001, pp. 28-29) proposent le tableau suivant :

Tableau 2/Table 2

	Facteurs cognitifs	Facteurs affectifs	Facteurs sociaux/comportementaux	Facteurs biologiques
Anxiété	Perceptions d'un contrôle réduit sur les événements ou les situations	Difficultés de régulation et de maîtrise de l'expression émotionnelle	Attachement inséculaire Évitement et retrait social	Héritabilité Inhibition comportementale Dérégulation de sous-systèmes neurologiques
Dépression	Style cognitif dysfonctionnel dans l'appréhension de soi et des autres Attributions internes, globales et stables pour les événements négatifs Modèles négatifs de soi et des autres	Difficultés de contrôle des affects dépressifs Stratégies de régulation émotionnelle inadaptées et peu efficaces	Attachement inséculaire et anxieux Diminution des échanges sociaux, retrait	Héritabilité Régulation dysfonctionnelle de l'axe H.P.A. (axe du stress) Hypersensibilité aux événements stressants
Troubles de la conduite	Structures en mémoire selon lesquelles le monde est un lieu hostile Traitement automatique incluant des attributions agressives, hostiles	Haut niveau d'affects dépressifs et d'irritabilité Forte variabilité et intensité des réponses émotionnelles	Relations sociales et attachements inséculaires Faibles compétences sociales telles que les habiletés à résoudre les problèmes Rejet social	Héritabilité neurologique Déficits des systèmes noradrénergique et sérotoninergique dans le cerveau
Troubles de déficits de l'attention/hyperactivité	Déficits du traitement et de l'encodage de l'information Attention à moins de stimuli Déficits de la mémoire	Variabilité dans l'humeur négative Variabilité dans l'activation Difficultés à traiter les indices émotionnels	Faibles compétences sociales comme les habiletés à résoudre les problèmes Difficultés à moduler la communication sociale Déficits du contrôle de soi, impulsivité	Métabolisme des monoamines irrégulier Déficits de dopamine Sous-activation du système d'activation réticulaire Difficulté de l'attention sélective et du maintien de l'attention

Schizophrénie	Déficits dans le traitement de l'information et dans l'attention Difficultés de traitement de l'information dans des circonstances contrôlées	Affects émoussés Retrait émotionnel	Déficits en compétences sociales telles les habiletés à résoudre les problèmes interpersonnels et à communiquer	Héritabilité du système dopaminergique Hyperactivité du système central d'intégration
---------------	--	--	---	--

Les facteurs de vulnérabilité associés aux troubles psychopathologiques de l'enfant/adolescent
Vulnerability factors related to child/adolescent psychopathologies

- 13 Bien que l'on considère que la vulnérabilité joue un rôle causal, on suppose, dans la perspective de la psychopathologie développementale, que le facteur de vulnérabilité interagit toujours avec les autres facteurs qui guident le développement. Dans ce processus transactionnel, une vulnérabilité spécifique peut engendrer des formes variées de pathologie (multifinalité) et différents facteurs de vulnérabilité peuvent conduire à une pathologie spécifique (équifinalité). En ce sens, la perspective développementale diffère clairement des modèles diathésiques de stress, modèles linéaires qui affirment un lien causal direct entre la vulnérabilité et le trouble (Price & Lento, 2001).

Continuité et discontinuité des troubles de l'enfance à l'âge adulte

- 14 C'est une question centrale en psychopathologie développementale. L'article classique de Rutter (1989 ; voir aussi Rutter, 2005a,b) en constitue une excellente présentation. Il ne pose pas seulement les questions de continuité-discontinuité, il propose aussi une analyse des processus et des mécanismes développementaux sous-jacents à ces continuités/discontinuités. La discussion suivante est fondée en grande partie sur cet article de Rutter.
- 15 En général, l'idée selon laquelle des expériences de courte durée peuvent avoir des effets à long terme est trop simpliste. Sont plus adéquates les notions dynamiques d'un jeu continu d'interactions, tout au long du développement, entre influences intrinsèques et extrinsèques sur le développement individuel – point de vue transactionnel. Comme l'ont montré des études longitudinales, ce jeu d'interaction peut aboutir à des continuités aussi bien qu'à des discontinuités entre les expériences de l'enfance et le développement à l'âge adulte. Pour comprendre comment cela fonctionne, quelques principes et concepts proposés par Rutter sont nécessaires.
- 16 Premièrement, il faut se situer dans une perspective d'étude du développement tout au long de la vie. Le développement ne s'arrête pas lorsque l'adolescent a atteint l'âge adulte. *L'homo sapiens* est un animal social et le développement social résulte de transactions de la personne avec son environnement social. Certaines expériences sociales significatives, comme l'attachement par exemple, sont intrinsèquement liées à l'enfance, alors que d'autres comme la maternité sont intrinsèquement associées à l'âge

adulte. Les différents âges de la vie sont ainsi caractérisés par des transitions spécifiques. Il importe de savoir comment ces transitions sont négociées par l'individu. Les recherches sur le coping ont fourni des exemples clairs des effets développementaux positifs d'une approche active de résolution de problème et des effets négatifs des stratégies d'évitement sur le développement ultérieur (Seiffge-Krenke, 2004).

- 17 Les effets d'une expérience dépendent de sa nature et de son timing (Rutter, 1989). Cela s'applique au développement neurobiologique aussi bien qu'à tous les aspects du développement cognitif et social. Les très jeunes enfants et les enfants plus âgés sont par exemple protégés des effets des expériences de la séparation parce que les uns n'ont pas encore développé d'attachements forts, et parce que les autres ont déjà appris à maintenir des relations à travers le temps. À l'âge intermédiaire entre ces deux catégories, les enfants sont plus exposés aux risques parce qu'ils commencent à établir des attachements et n'ont pas encore toutes les capacités sociales et cognitives pour affronter l'expérience de la séparation. Les expériences vécues à des moments non normatifs peuvent avoir un effet différent et/ou conduire à des réponses sociales différentes. Cela peut expliquer les relations entre la grossesse à l'adolescence et les difficultés à élever son enfant ou entre le mariage précoce et le risque accru de divorce.
- 18 De plus, on peut s'attendre à observer à la fois des continuités et des discontinuités. Développement implique changement. La maturation (par exemple, la puberté) et les nouvelles attentes sociales qui lui sont associées produiront des changements. Cependant, on pourra observer des continuités résultant des changements structuraux et des apprentissages antérieurs. Dans ce sens, Rutter souligne la nécessité de distinguer entre la prédiction du degré et du type de changement et la prédiction des niveaux de fonctionnement ultérieurs. Par exemple, sur la question de la réussite à l'école primaire : « Le niveau final atteint dépend fortement du niveau socioculturel de la famille et du niveau des capacités à l'entrée à l'école. Mais, entre 7 et 11 ans, les progrès dépendent plus fortement des caractéristiques scolaires » (1989, p. 26).
- 19 Une autre distinction faite par Rutter concerne les continuités hétérotypiques et les continuités homotypiques : « les comportements peuvent changer de *forme* alors qu'ils reflètent toujours le même *processus* de base » (1989, p. 26). Les troubles de déficits de l'attention (A.D.H.D.) sont un bon exemple de continuité homotypique. Rutter mentionne les exemples suivants de continuité hétérotypique : celle qui existe entre l'isolement social, le rejet des pairs, les comportements bizarres et les troubles déficitaires de l'attention chez l'enfant et la psychose schizophrénique chez l'adulte ; ou celle-ci : des troubles de la conduite chez l'enfant conduisent aux troubles de la personnalité antisociale chez les adultes hommes et à un risque accru de dépression chez les femmes.
- 20 Rutter (1989) fait aussi une distinction entre les effets directs et indirects. Tel facteur dans l'enfance peut avoir un effet direct sur le comportement de l'enfant ; il peut provoquer aussi une réaction en chaîne dans laquelle une « bonne » (ou « mauvaise ») expérience entraîne une autre « bonne » (ou « mauvaise ») expérience. Par exemple, l'évitement du défi que représentent les interactions sociales à l'adolescence (relations avec les pairs, rencontres ou relations amoureuses) conduit à l'isolement social, puis à moins d'opportunités d'interactions et jusqu'à un arrêt de l'apprentissage de compétences sociales nouvelles, etc. (Seiffge-Krenke, 2004). De façon analogue, des expériences positives (un succès scolaire par exemple) augmentent la probabilité de

nouvelles expériences positives (la chance d'obtenir un emploi bien rémunéré par exemple).

- 21 Dans son article de 1989, Rutter mettait en garde contre l'hypothèse générale en psychopathologie développementale selon laquelle le développement normal et le développement anormal seraient fondés sur les mêmes principes et mécanismes. Il suggérait de considérer que c'est là une question empirique qui exige des recherches soigneuses des similarités et des dissemblances. Il est tout à fait possible que « les chemins qui conduisent à la schizophrénie ou aux troubles affectifs bipolaires incluent des éléments qui ne font pas partie du développement normal », écrivait Rutter en 1989 (p. 26). Mais depuis 1989, la situation a changé concernant cette supposition. Et en raison de l'avancée significative de la recherche dans le domaine de la psychopathologie développementale, seize ans plus tard, Rutter peut conclure que « les preuves des continuités entre normalité et psychopathologie sont de maintes sortes, et pris ensemble, les résultats s'imposent » (2005a, p. 239), même dans le cas de troubles sévères tels que la dyslexie, les déficits de langage, les troubles de l'attention et l'hyperactivité (A.D.H.D.), l'autisme et la schizophrénie.

Continuité et discontinuité dans les troubles spécifiques

- 22 En 2001, Ingram et Price publient *Vulnérabilité à la psychopathologie, les risques au cours de la vie*. Douze ans après l'article fondateur de Rutter, ces chercheurs coordonnent une revue de la littérature sur les troubles de l'enfant et de l'adolescent et sur les troubles de l'adulte dans le but de rendre compte sur le cours de la vie de la vulnérabilité à la psychopathologie. Ils ont été particulièrement gênés par le fait que la littérature sur les troubles des enfants et des adolescents d'une part et la littérature sur les troubles adultes d'autre part relèvent de deux domaines (presque totalement) cloisonnés. Les études transversales sont très rares. Ils ont donc décidé d'alterner « un chapitre sur un trouble majeur chez les enfants et les adolescents, puis un chapitre sur le trouble correspondant chez l'adulte » (Ingram & Price, 2001, préface). Comme il y a des centaines de troubles recensés dans le D.S.M.-IV, ils ont choisi de couvrir seulement les troubles correspondant à l'axe 1 de ce manuel : alcool et abus de drogues, dépression, anxiété, schizophrénie et troubles des conduites alimentaires. Ensuite, ils ont invité les auteurs respectifs des chapitres sur l'enfance et sur l'âge adulte à écrire pour chacun des troubles un chapitre de synthèse commun visant à faire ressortir les points d'accord et de désaccord dans la littérature. Dans les paragraphes suivants, nous discuterons des principales conclusions de ces chapitres de liaison.

Alcool et abus de drogues

- 23 Selon Chassin, Collins, Ritter et Shirley (2001), il y a beaucoup de continuité dans la vulnérabilité à la consommation d'alcool et de drogues au cours de l'adolescence et de la vie adulte. Quatre groupes de facteurs sont considérés comme responsables de cette continuité. Les mêmes facteurs génétiques et somatiques opèrent tout au long de la vie. Des facteurs de tempérament et de personnalité (impulsivité, affects négatifs et problèmes de concentration) jouent aussi tout au long de la vie. Même chose pour les influences sociales (groupes de pairs), les influences culturelles (les opinions sur l'usage

de ces substances) et les rôles sociaux dans l'adolescence et l'âge adulte ; des rôles réussis (comme étudiant, sportif, professionnel ou parent par exemple) ont un effet protecteur. Ainsi, les facteurs sous-jacents aux troubles de l'usage de substances toxiques sont les mêmes tout au long de la vie. Il y a cependant quelques différences sensibles : le comportement antisocial est un prédicteur de l'abus de substances à l'adolescence, mais pas à l'âge adulte, probablement parce que le comportement de consommation d'alcool et de drogues à l'adolescence est déviant et interdit par la loi. Les facteurs mentionnés ci-dessus vont interagir avec d'autres facteurs de risque et de protection et déterminer ainsi les vulnérabilités typiques pour chaque âge de la vie.

La dépression

- 24 Hammen et Garber (2001) suggèrent qu'on peut attendre beaucoup de continuité dans la vulnérabilité à la dépression. Les mêmes facteurs génétiques, neuroendocriniens, de personnalité et cognitifs sont supposés opérer dans l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte. La dépression qui s'installe pendant l'enfance est considérée comme plus grave, celle qui survient à l'adolescence est vue comme à l'origine de la dépression typique de l'âge adulte. Des recherches empiriques récentes ont pourtant mis en évidence des différences importantes entre les deux formes, celle de l'enfant et celle de l'adolescent (Weisman & *al.*, 1999, in Hammen & Garber). Les dépressions de l'enfant prédisent l'abus de drogues, les troubles de la conduite et la personnalité antisociale à l'âge adulte mais pas la dépression adulte. La dépression qui survient à l'adolescence (pas la dépression transitoire féminine typique) est un prédicteur fort de la dépression de l'adulte. On ne sait pas vraiment ce que sont les vulnérabilités typiques de l'enfance. Des événements sociaux négatifs en interaction avec les besoins et les vulnérabilités peuvent avoir un impact fort. Un courant de recherche récent s'intéresse aux interactions dysfonctionnelles entre les enfants et leurs parents lorsque ceux-ci sont dépressifs. Une mère dépressive double la probabilité pour son enfant de développer des symptômes dépressifs (Connell & Goodman, 2002). Cela montre que des styles de relation dysfonctionnels pourraient bien être un important mécanisme de transmission de la dépression d'une génération à l'autre.

Les troubles anxieux

- 25 Selon McNally, Malcarne et Handsdottir (2001), les recherches sur les troubles de l'anxiété chez l'enfant ont avancé tout à fait indépendamment de celles portant sur l'âge adulte. De plus, les troubles de l'anxiété comprennent un large éventail de syndromes divergents et la configuration des vulnérabilités est différente pour chaque syndrome. Pour certains, il y a une continuité dans les vulnérabilités, pour d'autres de la discontinuité. La recherche des facteurs de risque dans l'enfance (par exemple les comportements parentaux) n'est pas pertinente pour l'étude des facteurs de risque dans le cas de troubles anxieux apparaissant à l'âge adulte. Certaines anxiétés de l'enfance peuvent être un facteur de risque pour les troubles d'anxiété de l'adulte. L'angoisse de séparation, par exemple, peut conduire ultérieurement au trouble panique et à l'agoraphobie. La conclusion la plus importante de McNally *et al.* (2001) est que considérer séparément l'enfance et l'âge adulte ne facilite pas la compréhension de la vulnérabilité aux troubles anxieux. Malheureusement, les deux domaines de recherche sont encore complètement distincts.

La schizophrénie

- 26 Dans leur revue sur la vulnérabilité à la schizophrénie au cours de la vie, Brennan et Harvey (2001) concluent qu'une grande majorité d'individus diagnostiqués comme schizophrènes le sont à l'adolescence ou plus tard. Pourtant il existe des caractéristiques pré-morbides dans la petite enfance : des problèmes attentionnels et moteurs et des troubles du comportement. Le problème est qu'aucun de ces symptômes ne mène forcément à la schizophrénie. Ils peuvent être des précurseurs d'autres problèmes ultérieurs comme ils peuvent aussi conduire à un développement normal. Les dysfonctionnements neurologiques jouent probablement un rôle causal mais ne sont pas une condition suffisante. La façon dont ils interagissent avec les conditions environnementales n'est pas claire à ce jour. Les changements hormonaux de la puberté ont probablement aussi un rôle important. La recherche sur les facteurs de risque aboutira peut-être à des résultats plus convaincants quand on différenciera mieux les diverses formes de la maladie, quand son hétérogénéité sera mieux comprise.

Les troubles des conduites alimentaires

- 27 Dans leur contribution Keel et Schwartz (2001) ont discuté des troubles des conduites alimentaires. L'anorexie et la boulimie nerveuses sont des troubles typiques de l'adolescence, principalement chez les filles. Ces deux types de troubles peuvent continuer jusqu'au milieu de l'âge adulte. Le trouble d'excès alimentaires (*binge-eating*) est plutôt un trouble de l'âge adulte qui affecte aussi les hommes (dans 40 % des cas). En considérant les risques et la vulnérabilité pour ces trois types de troubles, les auteurs suggèrent un modèle transactionnel. Des facteurs psychologiques de risque essentiels sont le perfectionnisme, une faible sensibilité intéroceptive, une estime de soi basse et des affects négatifs. Une affectivité négative comme style de tempérament peut conduire à de mauvaises relations parents-enfant prédisposant l'enfant à la dépression et à une faible estime de soi. Cette configuration peut à son tour « contribuer à une perturbation du soi social de l'enfant, caractérisée par une sensibilité exacerbée à la façon dont les autres le voient, un besoin exagéré d'approbation sociale et un sentiment d'insuffisance » (Keel & Schwartz, 2001, p. 448). Lorsqu'elles interagissent avec les transitions de la vie (comme la puberté par exemple), ces caractéristiques peuvent conduire à des stratégies de coping inefficaces comme des régimes très sévères, des purges ou des excès alimentaires. La privation de nourriture est un facteur de vulnérabilité tout au long de la vie. Il y a un coefficient de co-morbidité élevé de ces troubles avec la dépression, l'anxiété et l'usage de drogues.
- 28 Comme nous le disions plus haut, notre connaissance des continuités et des discontinuités développementales est gênée par le cloisonnement entre les recherches sur les enfants et les recherches sur les adultes. Dans un autre domaine (non traité par Ingram & Price, 2001) il existe un bon nombre de recherches longitudinales : c'est celui des problèmes de comportement. Là, le fossé est moins grand et les connaissances sur les continuités et les discontinuités sont déjà consistantes et s'accroissent rapidement. La section suivante se réfère pour une grande partie à divers chapitres de Wenar et Kerig (2000 ; voir aussi Lahey, McBurnett & Loeber, 2000).

Continuité et discontinuité dans les troubles du comportement

- 29 Le terme « problèmes comportementaux » désigne ici un certain nombre de troubles décrits dans le D.S.M.-IV qui se chevauchent partiellement : les troubles provocateurs oppositionnels, (O.D.D.), les troubles de déficits de l'attention avec hyperactivité (A.D.H.D.), les troubles de la conduite (C.D.) et les comportements antisociaux et délinquants (Antisocial and Delinquent behaviour).

Les troubles provocateurs oppositionnels (O.D.D.)

- 30 Ils sont caractérisés par un pattern de comportements négatifs, hostiles et défiants. Ils sont plus courants chez les garçons que chez les filles dans la petite enfance, mais à l'adolescence ils deviennent plus courants chez les filles. Ils se recoupent beaucoup avec les troubles de la conduite C.D. ; ils en constituent une forme adoucie et les enfants souffrant de O.D.D. sont moins perturbés que ceux qui ont des troubles de la conduite. Mais il y a d'autres raisons de les distinguer : contrairement à ceux qui ont des troubles de la conduite, les enfants ayant des troubles provocateurs oppositionnels ne violent pas les droits des autres et ne transgressent pas les lois. Les troubles O.D.D. apparaissent à la période pré-scolaire alors que les troubles de la conduite deviennent manifestes au milieu de l'enfance. La majorité des enfants qui présentent des troubles provocateurs oppositionnels ne développent pas de troubles de la conduite : pour 25 % d'entre eux, le trouble cesse et pour 50 % il continue sous la forme O.D.D. Parmi les enfants qui présentent des troubles de la conduite C.D., 90 % avaient des troubles provocateurs oppositionnels dans leur jeune âge (Wenar & Kerig, 2000). Ceux-ci sont un précurseur développemental des troubles de la conduite chez les garçons. Par contre, les troubles de déficits de l'attention et d'hyperactivité A.D.H.D. ne le sont pas (Lahey, McBurnett & Loeber, 2000). Les observations montrent que c'est un niveau élevé d'agression comme composante des troubles provocateurs oppositionnels qui constitue le facteur le plus déterminant des troubles de la conduite ultérieurs C.D. Les troubles provocateurs oppositionnels s'enracinent dans le développement normal : les comportements problématiques que sont la désobéissance, la défiance, les colères et la mauvaise humeur sont normaux pour les « terrible twos »². On ne sait pas clairement ce qui cause leur augmentation en intensité et en fréquence et leur persistance à des périodes ultérieures. Comme il n'y a pas une base organique, on peut supposer que les variables contextuelles comme la mésentente familiale, l'opposition comme base de l'agression acquise, la réduction des relations avec des pairs qui se comportent correctement (Lahey, McBurnett & Loeber, 2000) pourraient être responsables de l'aggravation et de la persistance.

Les troubles de déficits de l'attention avec hyperactivité (A.D.H.D.)

- 31 Ils recouvrent beaucoup les troubles O.D.D. Les A.D.H.D. sont de trois types : le type inattentif, le type impulsif-hyperactif et un type caractérisé à la fois par l'inattention et l'hyperactivité. Ces troubles se combinent souvent aux troubles oppositionnels et aux troubles de la conduite. La combinaison troubles de déficits de l'attention et hyperactivité + troubles de la conduite (A.D.H.D. + C.D.) apparaît plus tôt dans l'enfance

que les troubles de déficits de l'attention seuls et ce sont des perturbations plus graves. L'anxiété apparaît aussi avec les troubles A.D.H.D. mais il semble qu'elle diminue la gravité du trouble. On a des preuves solides que des facteurs génétiques jouent un rôle causal majeur dans ces troubles, les facteurs environnementaux rendant compte de seulement 10 à 15 % de la variance dans la symptomatologie A.D.H.D. (Wenar & Kerig, 2000).

- 32 Le développement de ces troubles est complexe : le comportement peu contrôlé des petits enfants est normal. Mais l'hyperactivité et l'impulsivité d'un enfant de trois à quatre ans qui continue à être difficile à contrôler sont probablement le signe de troubles A.D.H.D. Ce comportement peut continuer jusqu'à la mi-enfance, mais à cet âge deux nouveaux problèmes apparaissent : la difficulté à poursuivre une tâche jusqu'à sa fin (maintien de l'attention) et la prévalence accrue de syndromes comorbides tels que les troubles provocateurs oppositionnels O.D.D. et les troubles de la conduite C.D. De 50 à 80 % des enfants atteints de A.D.H.D. continuent à en souffrir à l'adolescence. Les symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité déclinent ou sont remplacés par un sentiment interne d'agitation, ou des comportements d'imprudence et de prise de risques. Les adolescents qui ont des troubles A.D.H.D. ont davantage de problèmes pour affronter les changements normatifs de l'adolescence. Beaucoup rencontrent des problèmes scolaires et risquent de décrocher. Une partie conséquente d'adolescents ayant des troubles A.D.H.D. (25 %) adopte des comportements antisociaux. Les troubles A.D.H.D. régressent chez environ 30 % des adolescents, 40 % continuent à souffrir d'agitation, d'inattention et d'impulsivité à l'âge adulte, et 30 % développent des problèmes supplémentaires à l'âge adulte comme l'anxiété, les troubles de l'humeur, l'abus de drogues, ou des troubles de la conduite ou antisociaux (seulement dans le cas où les A.D.H.D. sont associés à C.D.) (Faraone & al., 2000 ; Wilens, Biederman & Spencer, 2002). Il n'y a pas de relation directe entre les troubles A.D.H.D. et la criminalité.

Les troubles de la conduite (C.D.)

- 33 Avec la criminalité, nous entrons dans le domaine des troubles de la conduite C.D. Comme ces troubles affectent non seulement l'individu et son développement, mais qu'ils entraînent des coûts énormes pour les victimes et pour la société, ils ont été étudiés plus intensément que toute autre pathologie de l'enfant (Wenar & Kerig, 2000). Selon les critères du D.S.M.-IV, les troubles de la conduite comprennent les agressions contre les personnes ou les animaux, la destruction de biens, l'escroquerie ou le vol, et les violations graves des règles. Une distinction de base peut être établie entre les troubles de la conduite qui apparaissent au cours de l'enfance et ceux qui apparaissent à l'adolescence. Les troubles qui surviennent au cours de l'enfance sont caractérisés comme « persistant au cours de la vie » ou « agressifs-versatiles ». Ils s'accompagnent de multiples problèmes et se manifestent plus souvent chez les garçons. Les troubles de la conduite qui apparaissent au cours de l'adolescence sont dits « limités à l'adolescence » : ils surviennent alors que le développement a été normal jusque-là et les problèmes de comportement sont moins graves, en particulier la violence envers autrui. Ils touchent à égalité les filles et les garçons et ils régressent quand les adolescents deviennent adultes. Les adolescents qui ont eu une enfance marquée par des troubles de la conduite peuvent être distingués de leurs pairs chez qui ces troubles sont limités à l'adolescence, parce qu'ils ont toujours montré un tempérament difficile

dès l'âge de trois ans et une histoire très précoce d'agressivité et de comportement antisocial. Ils commettent plus souvent que les autres des crimes violents.

- 34 Les troubles de la conduite apparaissent souvent associés à d'autres troubles : des troubles provocateurs oppositionnels O.D.D., des troubles de déficits de l'attention avec hyperactivité A.D.H.D., des troubles de l'apprentissage, de la dépression, de l'anxiété et de l'abus de drogues. Ils sont moins fréquents chez les filles mais chez elles, ils ont une co-morbidité supérieure avec l'anxiété et la dépression. Il y a beaucoup de continuité dans les troubles de conduite C.D. et le pronostic est mauvais. La recherche de Loeber *et al.* (1992) décrit une séquence invariante dans le développement des troubles de la conduite : de l'inattention-hyperactivité au comportement oppositionnel puis aux problèmes de conduite. Wenar et Kerig (2000) combinent ces résultats avec ceux d'autres recherches pour proposer la séquence développementale suivante : tempérament difficile - hyperactivité - opposition - problèmes de comportement - délinquance - personnalité antisociale. La recherche n'est pas concluante pour ce qui concerne la dernière étape de ce modèle. Lorsqu'on regarde en amont, presque tous les adultes qui ont une personnalité antisociale ont eu des troubles de la conduite dans leur histoire. Cependant, en prospective, il s'avère que parmi les adolescents qui ont des troubles de la conduite, une minorité seulement développera une personnalité antisociale à l'âge adulte. La précocité de l'âge d'apparition des troubles est le meilleur prédicteur des comportements antisociaux sévères ultérieurs. Une recherche longitudinale de Magnusson et Bergman (1990) a montré de plus que les garçons caractérisés par une *combinaison* de problèmes tels que des relations interpersonnelles pauvres, des problèmes scolaires, de l'agressivité et de l'hyperactivité (« des garçons à multiples problèmes ») devenaient des adultes perturbés.
- 35 Mais s'il y a de la continuité, il y a aussi de la discontinuité : tout enfant à problèmes de comportement ne devient pas un adulte antisocial. Des facteurs protecteurs tels que l'attention et le soin des parents, un contexte social favorable pendant la petite enfance, la supervision parentale, une intelligence relativement bonne, un tempérament facile et de bonnes relations avec les pairs peuvent protéger les enfants « à risques » de devenir des adultes antisociaux.

Conclusion

- 36 Dans la préface de la seconde édition de l'ouvrage *Handbook of Developmental Psychopathology*, Sameroff, Lewis et Miller (2000) précisait que depuis la première édition en 1990, tellement de choses avaient changé qu'une nouvelle édition était vraiment nécessaire. Pendant cette période, les catégories de la psychiatrie adulte ont été de plus en plus considérées comme inadéquates et de nouveaux critères de diagnostic ont été développés pour les enfants. Par exemple, toute une section sur la petite enfance, l'enfance et l'adolescence a été ajoutée dans l'édition de 1994 du D.S.M. de l'Association américaine de Psychiatrie. Cela souligne le besoin de comprendre la psychopathologie de l'enfant pour elle-même et comment cette pathologie devient (ou non) une pathologie de l'adulte.
- 37 Selon les coordonnateurs du manuel, le défi d'intégrer plus nettement les processus développementaux dans notre connaissance de la psychopathologie a entraîné beaucoup de changements dans cette nouvelle édition. Premièrement, les conceptions trop linéaires du développement ont été remplacées par une perspective

transactionnelle (les auteurs s'y réfèrent en termes de perspective « contextuelle » ou « écologique »). De plus, ils ont ajouté des chapitres sur la nature contextuelle du développement et demandé aux auteurs de donner plus d'importance aux processus développementaux. Ceci est devenu possible depuis qu'un nombre grandissant d'études longitudinales (dans la dernière décennie du XX^e siècle) a aidé à comprendre l'étiologie de diverses formes de psychopathologies et a précisé comment les troubles de l'âge adulte s'expriment dans les fonctionnements inadaptés de l'enfance et de l'adolescence (Sameroff, Lewis & Miller, 2000).

- 38 Espérons que la première décennie du XXI^e siècle verra grandement s'accroître notre connaissance des continuités et des discontinuités de la psychopathologie. Les signes sont encourageants : de nouveaux domaines sont explorés, comme l'application d'une perspective développementale aux troubles de la personnalité (Shiner, 2005), et dans l'ouvrage édité par Hankin et Abela (2005), le fossé entre les domaines de la pathologie de l'enfant et de la pathologie de l'adulte semble déjà plus réduit que ne le constataient Ingram et Price en 2001.

BIBLIOGRAPHIE

Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT : University of Vermont Department of Psychiatry.

American Psychiatric Association (A.P.A.) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC : Author.

Brennan, P. A., & Harvey, P. D. (2001). Vulnerability to schizophrenia across the lifespan. In J. E. Ingram & J. M. Price, *Vulnerability to psychopathology. Risk across the lifespan* (pp. 382-386). New York : Guilford.

Chassin, L., Collins, R. L., Ritter, J., & Shirley, M. C. (2001). Vulnerability to substance disorders across the lifespan. In J. E. Ingram & J. M. Price, *Vulnerability to psychopathology. Risk across the lifespan* (pp. 165-172). New York : Guilford.

Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (1995). Perspectives on developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology : Vol. I. Theory and methods* (pp. 3-20). New York : Wiley.

Connell, A. M., & Goodman, S. H., (2002). The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems : A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 128, 746-773.

Faraone, S. V., Biederman, J., Spencer, Th., Wilens, T., Seidman, L. J., Mick, E., & Doyle, A. E. (2000). Attention-Deficit/Hyperactivity disorder in adults : An overview. *Biological Psychiatry*, 48, 9-20.

Hankin, L., & Abela, J. R. Z. (Eds.) (2005). *Development of psychopathology : A Vulnerability-Stress Perspective*. California : Sage Publications.

Hammen, C., & Garber, J. (2001). Vulnerability to depression across the lifespan. In J. E. Ingram & J. M. Price, *Vulnerability to psychopathology. Risk across the lifespan* (pp. 258-267). New York : Guilford.

Ingram, J. E., & Price, J. M. (2001). *Vulnerability to psychopathology. Risk across the lifespan*. New York : Guilford.

Keel, P. K., & Schwartz, M. B. (2001). Vulnerability to eating disorders across the lifespan. In J. E. Ingram & J. M. Price, *Vulnerability to psychopathology. Risk across the lifespan* (pp. 447-452). New York : Guilford.

Lahey, B. B., McBurnett, K., & Loeber, R. (2000). Are Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder developmental precursors to Conduct Disorder ? In : A.J. Sameroff, M. Lewis, & S. M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology*, (pp. 431-446). New York, NY : Springer.

Loeber, R., Green, S. M., Lahey, B. B., Christ, M. A., & Frick, P. J. (1992). Developmental sequences in the age of onset of disrupted child behaviors. *Journal of Child and Family Studies*, 1, 21-41.

Magnusson, D., & Bergman, L. R. (1990). A pattern approach to the study of pathways from childhood to adulthood. In L. Robins & M. Rutter (Eds.), *Straight and devious pathways from childhood to adulthood* (pp. 101-115). Cambridge : Cambridge University Press.

McNally, R. J., Malcarne, V. L., & Hansdottir, I. (2001). Vulnerability to anxiety disorders across the lifespan. In J. E. Ingram & J. M. Price, *Vulnerability to psychopathology. Risk across the lifespan* (pp. 322-325). New York : Guilford.

Price, J. M., & Lento, J. (2001). The nature of child and adolescent vulnerability : History and definitions. In J. E. Ingram & J. M. Price, *Vulnerability to psychopathology. Risk across the lifespan* (pp. 20-38). New York : Guilford.

Rutter, M. (1989). Pathways from childhood to adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 23-51.

Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181-214). Cambridge : Cambridge University Press.

Rutter, M. (2005a). Multiple meanings of a developmental perspective on psychopathology. *European Journal of Developmental Psychology*, 2, 221-252.

Rutter, M. (2005b). Environmentally mediated risks for psychopathology, research and finding. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44, 3-18.

Sameroff, A. J. (1995). General systems theories and developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology : Vol. I. Theory and methods* (pp. 659-695). New York : Wiley.

Sameroff, A. J. (2000). Developmental systems and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 12, 297-312.

Sameroff, A. J., Lewis, M., & Miller, S. M. (Eds.) (2000). *Handbook of developmental psychopathology*. New York, NY : Springer.

Seiffge-Krenke, I. (2004). Adaptive and maladaptive coping styles : Does intervention change anything ? *European Journal of Developmental Psychology*, 1, 367-382.

Shiner, R. L. (2005). A developmental perspective on personality disorders : Lessons from research on normal personality development in childhood and adolescence. *Journal of Personality Disorders*, 19, 202-210.

Sroufe, L. A. (1990). Considering normal and abnormal together : The essence of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 2, 335-348.

Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17-29.

Wenar, C., & Kerig, P. (2000). *Developmental psychopathology. From infancy through adolescence*. New York : McGraw-Hill.

Wilens, T. E., Biederman, J., & Spencer, Th. J. (2002). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder across the lifespan. *Annual Review of Medicine*, 53, 113-131.

NOTES

1. Nous utiliserons la terminologie relative aux troubles répertoriés dans le D.S.M.-IV : Troubles anxieux (A.D. = Anxiety Disorder), Troubles de la conduite (C.D. = Conduct disorder), Troubles alimentaires (Eating Disorder), Troubles de déficits de l'attention avec ou non hyperactivité (A.D.H.D. = Attention Deficit/Hyperactivity Disorder), Troubles provocateurs oppositionnels (O.D.D. = Oppositional Defiant Disorder), Comportement antisocial et délinquant (Antisocial and Delinquent Behavior), Abus d'alcool et de drogues, Schizophrénie, Dépression.
2. L'expression anglaise *the terrible twos* désigne les enfants de deux ans à l'apogée de leur turbulence motrice avant la maîtrise du langage.

RÉSUMÉS

La psychopathologie développementale est l'application d'une perspective développementale à la psychopathologie. Ce n'est pas une théorie en soi mais plutôt un cadre théorique d'intégration de différentes approches de la pathologie. Le développement psychologique est un processus transactionnel, et le développement normal, comme le développement anormal, résulte d'adaptations de la personne à son environnement. La pathologie n'est pas quelque chose qu'« a » un individu, c'est une adaptation problématique, c'est-à-dire qui n'a pas réussi, entre la personne et le contexte. Une chaîne de transactions forme une trajectoire de développement. Des facteurs de vulnérabilité, de risque et de protection peuvent expliquer les différences entre des trajectoires de développement adaptées et inadaptées. Les recherches empiriques sur la continuité et la discontinuité des troubles de l'enfance à l'âge adulte sont essentielles en psychopathologie développementale. Une revue des connaissances sur la continuité-discontinuité des troubles de l'axe I du D.S.M.-IV (usage de drogues, dépression, anxiété, schizophrénie et troubles des conduites alimentaires) laisse beaucoup de questions en suspens car les recherches sur ces troubles chez l'enfant/l'adolescent et chez l'adulte sont très cloisonnées. Dans le domaine des troubles du comportement (troubles provocateurs oppositionnels O.D.D., troubles de déficits de l'attention et hyperactivité A.D.H.D., troubles de la conduite C.D. et comportement antisocial et délinquant), les recherches longitudinales sont plus

nombreuses et les connaissances sur les continuités et les discontinuités progressent rapidement. Depuis son introduction au début des années 1980, la psychopathologie développementale est devenue un important secteur de la recherche scientifique.

Developmental psychopathology concerns the application of a developmental perspective to psychopathology. It is not a theory in itself, it can best be seen as an integrative framework incorporating different theoretical perspectives on pathology. Psychological development is a transactional process, normal as well as abnormal development result from the adaptations of the person to his or her environment. Pathology is not something an individual “has”, but a problematic adaptation, a “misfit” between the person and the context. A chain of transactions forms a developmental pathway. Vulnerability, risk and protective factors help to explain the differences between adaptive and maladaptive pathways. Empirical questions of continuity and discontinuity in disorder from child to adult are central in developmental psychopathology. A review of the knowledge of continuity and discontinuity of the major D.S.M.-IV Axis I disorders (substance abuse, depression, anxiety, schizophrenia, and eating disorders) leaves many empirical questions to be answered. There is a serious gap between child/adolescent and adult literatures on these disorders. In the field of behavioral problems (O.D.D., A.D.H.D., C.D., and Antisocial and Delinquent behavior) much more longitudinal research has been done and the knowledge of the continuities and discontinuities in this field is rapidly growing. Since its introduction in the early nineteen eighties developmental psychopathology has become an important field of scientific inquiry.

INDEX

Mots-clés : Continuité et discontinuité des troubles, Facteurs de risque, Facteurs protecteurs, Processus transactionnels, Vulnérabilité

Keywords : Continuity and Discontinuity of disorders, Protective factors, Risk factors, Transactional processes, Vulnerability

AUTEURS

HARKE A. BOSMA

est professeur associé de psychologie du développement à l'université de Groningen aux Pays-Bas (Département de psychologie clinique et développementale, Grote Kruisstraat 2/1, NL-9712 TS Groningen). Ses enseignements portent sur la psychologie de l'adolescent et sur la psychopathologie développementale. Ses thèmes principaux de recherche sont le développement de l'identité à l'adolescence et chez le jeune adulte dans la perspective des systèmes dynamiques, le rôle des émotions dans l'identité et le soi, et les relations parents-adolescent. Courriel : H.A.Bosma@rug.nl

Publications :

Bosma, H. A., & E. S. Kunnen (Eds.) (2001). *Identity and emotion : a self-organisational process*. Cambridge : University Press.

Bosma, H. A., & Gerlsma, C. (2003). From early attachment relations to the adolescent and adult organization of self. In Valsiner J. & Connolly K. (Eds.), *Handbook of developmental psychology* (pp. 450-488). London : Sage Publications.

Bosma, H. A., & Kunnen, E. S. (2001). Determinants and mechanisms in identity development : a review and synthesis. *Developmental Review*, 21, 39-66.

Kunnen, E. S., & Bosma, H. A. (2003). Fischer's Skill Theory applied to identity development : A response to Kroger. *Identity*, 3, (3), 247-270.

Lannegrand-Willems, L., & Bosma, H. A. (2006). Identity development-in-context : The school as an important context for identity development. *Identity : International Journal of Theory and Research*, 6, 85-113.