



Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
  
www.em-consulte.com



## CAS CLINIQUE

# Un adolescent avec un TDA/H et un problème de colère superposé

## *A teenager with ADHD and an superimposed anger*

S. Callahan

UFR de psychologie, université de Toulouse II–le Mirail, 5, allées Antonio-Machado, 31058 Toulouse cedex 9, France

Disponible sur Internet le 23 octobre 2010

### MOTS CLÉS

Trouble d'attention déficit ;  
Hyperactivité ;  
Colère ;  
Adolescent ;  
Thérapie cognitive comportementale ;  
Psychothérapie rationnelle-émotionnelle

### KEYWORDS

Attention deficit;  
Hyperactivity;  
Anger;  
Adolescent cognitive behaviour therapy;  
Rational emotive-behaviour therapy

**Résumé** Le cas d'un adolescent de 15 ans avec le diagnostic de trouble d'attention avec hyperactivité (TDA/H) depuis huit ans est présenté. Le travail oriente vers le traitement de son problème de colère excessive qui se manifeste depuis deux ans déjà. Une revue rapide de la littérature démontre le manque de connaissances sur les problèmes de colère malgré la comorbidité démontrée avec le TDA/H. Les implications de la gestion des émotions du cerveau sont brièvement considérées avec l'incidence du développement normal sur le cortex préfrontal et une recommandation pour des études ultérieures est faite. Un plan psychothérapeutique de type « psychothérapie cognitive–rationnelle–émotive » selon Ellis est mis en place avec une attention particulière à l'acceptation inconditionnelle de soi. Le cas illustre la complexité psychologique démontrée par les adolescents avec un TDA/H.

© 2010 Association française de thérapie comportementale et cognitive. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Summary** The case of a 15 year-old adolescent with an ADHD diagnosis over the last 8 years is presented. The current treatment is aimed at helping him confront his excessive anger, which he has manifested over the previous 2 years. A brief review of the literature underlines the lack of knowledge in the domain of anger disorders, and this despite frequent comorbidity with ADHD. Affect regulation in the prefrontal cortex is briefly considered along with the normal adolescent development of this area of the brain and a suggestion for future research is made. A therapeutic plan is organized using Ellis' REBT model, with specific attention to unconditional self-acceptance. The case emphasizes the psychological complexity of adolescents presenting ADHD.

© 2010 Association française de thérapie comportementale et cognitive. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

Comme DiGiuseppe et Tafrate [1] le soulignent, la colère est l'émotion « oubliée » dans la pratique psychologique et

Adresse e-mail : callahan@univ-tlse2.fr.

psychiatrique. La nosographie diagnostique actuelle ne propose que le trouble explosif intermittent, (312,34) [2] et cela n'est pas adapté sauf si l'individu manifeste la colère de manière irrégulière. Or, plusieurs troubles psychopathologiques sont associés à la manifestation de la colère, même si cela ne fait pas partie du diagnostic proprement dit.

Il a été trouvé dans une étude [3] que la plupart des sujets adultes présentant des problèmes de colère excessive pouvaient aussi remplir les critères du trouble d'attention avec hyperactivité (TDA/H). Les adultes remplissant les critères pour le TDA/H présentent très souvent des manifestations de la colère, allant jusqu'à la rage et parfois associées à un comportement violent [4]. Il a été proposé donc que les critères pour le TDA/H, qui sont rédigés pour comprendre le plus souvent les enfants, soient révisés afin de mieux comprendre les cas d'adultes [5].

Cependant, DiGiusseppe et Tarfrate [1] notent que peu d'études explorent la relation entre la colère et le TDA/H. Ils se demandent si la colère serait secondaire aux problèmes inhérents au TDA/H ou bien si les deux problèmes sont associés à un trouble plus profond concernant l'impulsivité. Ils concluent que l'impulsivité semble être un élément clé dans l'expression de la colère, mais remarquent que la colère ne prédit pas forcément le diagnostic du TDA/H chez les adultes.

En plus de la concomitance apparente entre le TDA/H et la manifestation de la colère, l'implication du cortex préfrontal semble aussi importante à considérer dans ses troubles. Les lésions de cette région cérébrale ont été associées à l'agression et aussi à la colère selon plusieurs voies possibles [6]. Puisque le cas présenté plus loin concerne un adolescent en pleine croissance, surtout au niveau de cette région cérébrale, il faut considérer les implications de cette région étant donné leur implication dans le développement normal et les changements radicaux qui ont lieu pendant l'adolescence [7].

La relation entre la manifestation de l'agression et la colère n'est pas très claire et certaines études ne retrouvent pas de relation entre l'impulsivité et le cortex préfrontal [1]. Par ailleurs, certaines études tracent une ligne entre les problèmes souvent associés à l'adolescence (dépression, anxiété) et le développement du cortex préfrontal [8]. La relation entre le cerveau, la colère, l'impulsivité, et la manifestation TDA/H n'est pas complètement comprise, mais il semblerait que tous ces éléments doivent être pris en compte lorsque l'on considère le cas d'un adolescent avec TDA/H et des manifestations coléreuses.

## Histoire clinique

Thierry est un jeune adolescent de 15 ans qui a été diagnostiqué avec le TDA/H à l'âge de sept ans. Depuis cet âge, il suit un traitement pharmacologique qui l'aide à réduire ses manifestations d'hyperactivité et qui favorise ses capacités de concentration à l'école. À l'âge de 13 ans, il a été suivi par un psychologue d'orientation comportementale-cognitive car il démontrait des problèmes de colère et des difficultés dans ses relations avec les autres. Cette thérapie s'est terminée quand Thierry a pu mieux gérer ses relations avec les autres et que les manifestations de colère ont été réduites.

Six mois avant la prise en charge présentée plus loin, Thierry a eu une manifestation excessive de colère qui s'est terminée par une bagarre avec un autre élève à son école. Il a été réprimandé, mais une autre manifestation s'est produite peu après. Encore une fois, le directeur de l'école a prévenu Thierry de la gravité de sa situation et qu'il devrait faire très attention. Thierry a pu se retenir jusqu'au jour où un autre élève s'est moqué de lui pendant un match de football. Cet épisode s'est terminé par une bagarre très sérieuse où l'autre élève s'est retrouvé blessé, mais pas gravement.

Cette fois, l'école a mis en garde Thierry et ses parents : un autre épisode et Thierry serait renvoyé de l'école. L'école ne voulant pas que cet épisode se répète, deux moyens de prévention ont donc mis en place : une psychothérapie ainsi qu'un projet individualisé supervisé par un enseignant pendant la récréation, juste après le déjeuner. Cela a été conçu afin de laisser moins de temps libre à Thierry pour qu'il ne se retrouve pas dans des situations non structurées qui pouvaient l'amener à se comporter de manière négative.

## Objectifs de la prise en charge psychothérapeutique actuelle

L'école a émis le souhait que Thierry apprenne durablement à se contrôler face à sa colère ; Thierry a souhaité reprendre sa thérapie car il exprimait de la souffrance dans sa situation.

## Analyse psychothérapie cognitive—émotionnelle—rationnelle (PCER—Ellis)

Le cadre d'Albert Ellis cherche à définir les croyances irrationnelles « types » identifiées dans les premiers entretiens. Ces croyances comprennent : les exigences élevées (« il faut que les choses soient ainsi »), la tendance à la catastrophe (« si cela ne passe pas comme ça... c'est épouvantable »), l'intolérance à la frustration (« je voudrais perdre du poids, mais c'est trop dur »), et l'acceptation conditionnelle de soi et d'autrui (« si je ne fais pas x, je suis nul(le) » ; « s'il ne fait pas x, il n'est pas digne d'être mon ami ») [9].

L'objectif de la thérapie serait de réduire l'impact de ces croyances et les remplacer par des croyances plus adaptées souvent nommées « préférences appropriées » ; par exemple, les exigences deviennent une préférence pour quelque chose avec l'acceptation que cela ne se produise pas (« j'aimerais bien que les choses soient ainsi, mais si ce n'est pas le cas, tant pis »).

Les obstacles cités pour la prise en charge avec les individus manifestant de la colère incluent plusieurs attitudes inadaptées souvent exprimées par ces patients. Parmi celles-ci, on retrouve la croyance que la colère était appropriée, l'exagération de la situation qui a provoqué la colère, le manque de responsabilité de soi et la tendance à blâmer exclusivement l'autre, la croyance que l'on a été malmené et la perception que les autres manquent d'empathie pour soi [1]. De plus, le modèle du changement est difficile à mettre en place car la motivation du patient pour le changement peut manquer dans le contexte d'une colère démesurée [1].

Ces auteurs recommandent donc que le thérapeute travaille attentivement à la mise en place de la relation thérapeutique afin d'éviter que le patient ait l'impression que le thérapeute n'est pas de son côté (ce problème se retrouve souvent dans les situations où la thérapie s'initialise sous la contrainte d'un tiers). Cette relation est marquée non seulement par la validation et l'empathie, mais aussi par une qualité très collaborative et soutenante [10].

## Première rencontre

Thierry est un adolescent de 15 ans de taille moyenne et sportif. La première rencontre a été marquée initialement par une attitude hésitante de sa part, remplacée par une attitude plus confiante vis-à-vis du thérapeute vers la fin de la séance. Ce changement positif dans son attitude peut être lié à l'empathie et l'écoute manifestée par la thérapeute qui semblait montrer à Thierry qu'il ne serait pas remis en question.

Thierry a raconté la situation particulière qui l'a amené à être obligé de rentrer à la maison le midi, suivre un projet individualisé pendant les périodes non structurées (récréation, puis heure du repas par la suite) et reprendre la psychothérapie. Il a expliqué qu'il jouait au football pendant l'heure des activités sportives, et qu'un autre garçon, qu'il connaît peu, l'a taquiné car il n'était pas parvenu à marquer un but. Thierry explique qu'il a pu ignorer cet individu au début, mais que l'autre a insisté en tenant des propos comme « Thierry était nul, etc. ».

Puis cet autre garçon a apparemment commencé par un acte agressif envers Thierry : il l'a poussé. Thierry a réagi très vite à cette poussée provocante et a répondu par des coups. Il n'a pas pu s'arrêter et le professeur de sport a dû les séparer.

Son récit a été confirmé par les témoins : Thierry n'avait pas commencé la bagarre, mais il avait très mal réagi.

## Plan thérapeutique

Vers la fin de la première séance, Thierry a exprimé son envie d'apprendre à mieux se contrôler afin qu'il puisse rester à l'école. Nous avons convenu d'un programme de sept séances sur les dix semaines restantes du semestre qui tenait compte de ses obligations scolaires (examens, sorties, etc). Thierry a donné son accord pour participer à cette thérapie et il était prêt à faire sa part (devoirs, réflexion) selon les besoins des séances ultérieures.

À l'exception des attitudes typiques de la colère exprimées par Thierry, quand la thérapeute lui a demandé de parler de son TDA/H, Thierry a remarqué qu'il se sentait marginalisé et « mauvais élève » à cause de ce trouble diagnostiqué il y a maintenant longtemps. Outre ses exigences élevées selon les croyances irrationnelles d'Ellis présentées plus haut, on retrouve chez Thierry un manque d'acceptation inconditionnelle de soi. Ce problème accompagne la plupart des consultations psychologiques [9] et en plus, il va quasiment toujours de pair avec l'inacceptation d'autrui : lorsque l'on apprend à s'accepter, malgré ses défauts, on a tendance à le faire aussi pour les autres. Apprendre à accepter les autres rend les relations plus agréables, et dans le cas spécifique de Thierry, pourrait

l'aider à mieux tolérer les gens risquant de le mettre en colère.

Les séances ont suivi une « double attaque » sur ces exigences élevées et l'amélioration de son acceptation inconditionnelle de soi. Un travail parallèle a été mené avec l'équipe scolaire afin de mieux comprendre Thierry et ses besoins.

## Traiter les exigences élevées

Un premier travail était d'examiner les exigences de Thierry qui le conduisaient à justifier sa colère. Quand il a parlé de la situation qui l'amenait dans la thérapie actuelle, Thierry a remarqué, « Il a dû savoir mieux que me traiter ainsi. Tout le monde sait que j'ai une colère forte quand je suis provoqué ».

Cela démontre effectivement la tendance à blâmer l'autre pour ses propres actes que l'on voit souvent dans les individus facilement en colère [1]. En plus, comme DiGiuseppe et Tafrate le remarquent, les individus qui manifestent souvent la colère se défendent avec des amis qui les acceptent malgré leur colère [1]. Thierry a remarqué que ses deux copains « savaient mieux que lui laisser les autres agir comme ça » et que si ses amis avaient été présents le jour de la bagarre, les choses ne seraient pas terminées de cette manière. Les personnes manifestant de la colère s'entourent des gens qui leur permettent d'exprimer la colère excessive et les protègent, finalement, des obligations sociétales qui s'appliquent normalement aux autres.

Par ailleurs, comme beaucoup d'individus manifestant de la colère, Thierry s'est cru complètement incompris dans la situation qui a provoqué sa prise en charge. « Ce n'est pas juste. Je suis « étiqueté » comme quelqu'un qui ne sait pas se retenir ».

Le travail thérapeutique, suivant un questionnement socratique, a demandé à Thierry d'imaginer comment les autres le perçoivent. Les propos de Thierry ont donné lieu à une évaluation précise et exacte : les autres avaient peur de lui. Quand la thérapeute lui a demandé si cela était acceptable pour lui, il a admis que ça réduisait beaucoup les possibilités d'interactions avec les autres. Il a émis par la suite l'envie de se rapprocher des filles qu'il trouvait intéressantes, mais avouait que cela lui semblait impossible.

Thierry a trouvé lui-même une raison pour changer ses exigences (avoir plus d'amis, s'approcher des filles). La thérapeute lui a proposé de remplacer ses exigences : « Si tu disais plutôt, « il n'aurait pas dû réagir ainsi, et cela n'est pas juste, mais tant pis », qu'en penserais-tu ? » Thierry a réfléchi, et par la suite, chaque fois qu'il exprimait une exigence élevée, la thérapeute lui a proposé un remplaçant mieux adapté.

Vers la quatrième séance, Thierry a parlé de son travail dans une classe de langues, disant qu'il trouvait le sujet « nul ». Quand la thérapeute lui a demandé ce qui le dérangeait le plus, il a dit, « C'est une perte de mon temps, mais finalement, j'aimerais faire autre chose, mais je dois terminer ce cours cette année, donc je vais l'accepter ». Dans d'autres propos, Thierry commençait à nuancer ses exigences et comprendre comment les exprimer davantage dans le sens d'une préférence personnelle.

## Aller vers l'acceptation inconditionnelle de soi

Après la première séance, il a été demandé à Thierry de parler de sa colère et de son TDA/H. Il a noté qu'il « réagissait trop vite » et que cela était à la racine des deux problèmes. Il a parlé de sa thérapie précédente où il avait appris à mieux maîtriser son impulsivité ; cependant il a admis que cela s'avérait parfois difficile. Il a exprimé par la suite son envie de supprimer complètement son impulsivité.

Au lieu d'aller dans ce sens, la thérapeute lui a demandé de parler des réactions rapides sans réflexion et dans quels cas cette capacité de réagir rapidement pourrait être adaptée. Thierry semblait surpris par la question, et en réfléchissant, il a avoué que, dans certains cas, cela pourrait s'avérer utile (urgences, situations de catastrophe). La thérapeute lui a demandé si, finalement, supprimer complètement cette capacité serait une bonne idée et il a répondu que non. La thérapeute a poursuivi en disant « Peux-tu imaginer un super-héros qui ne pourrait pas réagir vite » auquel Thierry a répondu que non en souriant.

Une discussion sur la réactivité a suivi, et la conclusion tirée par Thierry était que ses réactions n'étaient pas forcément toutes mauvaises. La thérapeute lui a fait remarquer qu'il pouvait être fier de cette capacité, mais comme tout « super-héros », il devait apprendre à l'utiliser pour « le bien ». L'objectif était de ramener Thierry à une attitude plus positive de cet aspect de son caractère. Comme Ellis le souligne [9], nous sommes tous des êtres humains et nous pourrions faire des erreurs. Il faut accepter cela afin de pouvoir progresser par la suite.

Un devoir sur deux semaines a demandé à Thierry de prendre note de toutes ses réactions comportementales rapides et les évaluer. Au retour, Thierry a noté que certaines de ses réactions étaient très adaptées (par exemple, prévenir la chute de son neveu de deux ans) mais que d'autres ne l'étaient pas (par exemple, détruire un bien de son frère par vengeance).

Thierry a exprimé de l'étonnement envers les aspects positifs de son impulsivité, « Je n'avais jamais pensé que mon TDA/H pourrait servir à quelque chose ».

## Travail parallèle avec l'établissement

Après quelques semaines sans incident, Thierry a été réintégré à l'école pendant le repas et la récréation qui le suit. Son projet individualisé a été entamé avec un enseignant qui, quant à lui, trouvait que Thierry était malmené dans la situation. Cela a été intéressant à remarquer car, d'une part, on peut apprécier l'empathie que cet enseignant éprouve à l'égard de Thierry, mais, d'autre part, on peut se demander s'il avait intégré l'attitude de Thierry selon qui la situation n'était pas de sa faute. Finalement, il semblerait que Thierry a une réputation négative justifiée par certains événements de son passé, mais qu'il aurait été légitime de lui donner parfois que le bénéfice du doute.

Alors que le projet individualisé a été conçu seulement pour Thierry, il a été conseillé que l'école intègre un ou deux autres élèves, que Thierry ne connaissait pas. Puisqu'un problème particulier pour cette population est le fait qu'ils s'entourent des gens qui les acceptent et leur permettent les accès de colère, il semblait important que

Thierry commence à entamer de nouvelles relations, de façon contrôlée, dans les limites du projet individuel développé pour lui. Le résultat n'a pas seulement démontré que Thierry pourrait se comporter de manière positive avec les gens qu'il connaît moins bien, ces deux élèves ont pu répandre le message que Thierry était finalement « Ok ».

## Conclusion

Le cas de Thierry fait remonter quelques éléments importants à considérer dans le traitement des adolescents avec TDA/H.

Tout d'abord, comme cela a été indiqué dans l'introduction, la colère semble souvent associée au diagnostic TDA/H ; pourtant un traitement ciblé sur ce problème est rarement évoqué.

Ensuite, l'estime de soi est souvent évoquée comme élément à prendre en compte avec les enfants présentant un TDA/H, mais comme certains auteurs soulignent [10], l'estime de soi est très liée à la performance. Or, pour les enfants ayant le diagnostic du TDA/H, la performance peut parfois ne pas être au rendez-vous et, du coup, l'estime de soi baisse et devient instable.

La notion d'acceptation inconditionnelle de soi provenant du cadre PCER [10] semble mieux rendre compte de ce problème, particulièrement dans le cas du TDA/H. Aider les enfants avec TDA/H à s'accepter inconditionnellement, tout en reconnaissant leurs défauts et la possibilité d'échouer parfois, les aide finalement à progresser vers un comportement plus adapté sur le long terme.

Le cas particulier de Thierry, adolescent avec TDA/H qui a présenté des problèmes de colère au début de l'adolescence, donne lieu également à considérer l'implication du cortex préfrontal dans la gestion des émotions. Alors que cela n'a pas été directement traité par cet article, le problème a été très peu étudié, il serait donc intéressant de suivre les enfants avec TDA/H et évaluer la gestion des émotions au début et tout au long de l'adolescence. Il est probable qu'ils aient besoin d'une approche spécifique, avec un élément de psychoéducation, pour les aider à mieux gérer leurs sentiments pendant cette période de grand changement, tant au niveau social et relationnel, qu'au niveau cérébral.

## Conflit d'intérêt

Aucun.

## Références

- [1] DiGiuseppe R, Tafrate C. Understanding anger disorders. New York: Oxford University Press; 2007.
- [2] American Psychiatric Association. DSM-IV-TR manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : texte révisé. Paris: Éditions Masson; 2003.
- [3] Lachmund E, DiGiuseppe R, Fuller JR. Clinicians' diagnosis of a case with anger problems. *J Psychiatr Res* 2005;39(4):439–47.
- [4] Hallowell EM, Ratey JJ. Driven to distraction. New York: Pantheon; 1994.

- [5] Barkely RA. Attention-deficit/hyperactivity disorder. In: Child psychopathology. New York: The Guilford Press; 1996. p. 63–112.
- [6] Raine A. The psychopathology of crime: criminal behavior as a clinical disorder. San Diego: Academic Press; 1993.
- [7] Giedd JN, Blumenthal J, Jeffries NO, Castellanos FX, Liu H, Zijdenbos A, et al. Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. *Nat Neurosci* 1999;2(10):861–3.
- [8] Davey CG, Yücel M, Allen NB. The emergence of depression in adolescence: development of the prefrontal cortex and the representation of reward. *Neurosci Biobehav Rev* 2008;32(1):1–19.
- [9] Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. New York: Birch Lane Press; 1994.
- [10] Walen SR, DiGiuseppe R, Dryden W. A practitioner's guide to rational-emotive therapy. New York: Oxford University Press; 1992.