

# 3

## Comorbidités

Le trouble des conduites est rarement isolé et la littérature internationale fait apparaître une comorbidité à la fois élevée et très diversifiée. Ce chapitre présente tout particulièrement la comorbidité psychiatrique du trouble des conduites avec d'autres troubles externalisés tels que le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH), le trouble oppositionnel avec provocation (TOP), des troubles internalisés tels que le trouble de l'humeur (trouble dépressif et bipolaire), les troubles anxieux dont l'état de stress post-traumatique, les troubles liés à l'usage de substances psychoactives (abus/dépendance). La comorbidité non psychiatrique est également évoquée, avec notamment des conduites à risques en lien avec le trouble des conduites : prise de risque en véhicules motorisés, conduites sexuelles à risque, conduites de harcèlement (*bullying*)...

### Définitions de la comorbidité

Le terme de « comorbidité psychiatrique » signifie la présence de deux ou plusieurs troubles chez un même individu, laquelle est établie par évaluation clinique systématique. Le phénomène de comorbidité psychiatrique a été analysé sur des populations générales et cliniques (pour revue, Angold et coll., 1999).

Rappelons que la première description quantitative en population générale sur la comorbidité psychiatrique chez l'enfant et l'adolescent est relativement récente puisqu'elle date de 1987 (Kashani et coll., 1987). Depuis cette étude, l'intérêt pour la comorbidité s'est considérablement accru par le fait que celle-ci n'est pas seulement une combinaison de troubles définis par un système classificatoire. La présence de troubles comorbides peut être aussi heuristique sur le plan clinique, développemental et étiologique. En effet, un trouble comorbide peut avoir une incidence sur la symptomatologie et sur le devenir du trouble considéré. Aussi, de nombreux auteurs insistent sur l'importance et la nécessité de prendre en compte la comorbidité dans la compréhension de l'étiologie du trouble et de son traitement (Nottelmann et Jensen, 1995 ; Rutter, 1997). Sur le plan terminologique, on peut distin-

guer les concepts de comorbidité « successive » et comorbidité « concurrente ». Dans le cas d'une comorbidité successive, un trouble précède un second (distinction entre le caractère primaire et secondaire), alors que dans le cas d'une comorbidité concurrente les deux troubles apparaissent et agissent de façon simultanée.

## Comorbidité psychiatrique

On peut distinguer les comorbidités du trouble des conduites avec les troubles externalisés et les troubles internalisés.

Les principales comorbidités psychiatriques rencontrées et leur fréquence sont rassemblées dans le tableau 3.I.

**Tableau 3.I : Synthèse des associations entre trouble des conduites ou TOP et TDAH, trouble anxieux et dépressif (d'après Angold et coll. 1999, synthèse sur 21 études publiées entre 1987 et 1997)**

	Sujet avec un trouble des conduites/TOP ayant le trouble (a)	Sujet ayant le trouble (a) et présentant un trouble des conduites/TOP	OR*[IC95%]
Intervalle des % observés dans les différentes études			
Déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) (a)	3-41	14-100	10,7 [7,7-14,8]
Trouble anxieux (a)	5-41	6-69	3,1 [2,2-4,6]
Trouble dépressif (a)	0-46	0-83	6,6 [4,4-11,0]

\* OR : *odds ratio*

### Comorbidité avec d'autres troubles externalisés

Parmi les troubles externalisés, le trouble déficit de l'attention/hyperactivité et le trouble oppositionnel avec provocation sont fréquemment associés au trouble des conduites et pour certains, font partie de la même entité clinique.

#### **Trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH)**

Le TDAH est l'une des pathologies psychiatriques les plus associées au trouble des conduites et au TOP (tableau 3.I). La plupart des études épidémiologiques expliquent cette co-occurrence par l'existence d'une continuité hétérotypique entre le TDAH pendant l'enfance et le trouble des conduites à l'adolescence. Ce type de données renvoie au modèle du *stepping-stone* (tremplin) dans lequel le TDAH est la première marche dans la progression vers le trouble des conduites, suggérant que ces deux troubles font partie

d'une même entité clinique. Pour Rutter (1997), ces deux troubles pourraient refléter différentes phases de manifestations cliniques d'une même inclinaison subsyndromique. Il s'agirait d'une comorbidité successive expliquée par des processus communs à ces deux troubles. Selon Biederman et coll. (1996), le TDAH durant l'enfance serait d'autant plus prédictif du trouble des conduites qu'il serait associé au TOP.

Cependant, les analyses récentes des données de 6 études longitudinales (Nagin et Tremblay, 1999 ; Broidy et coll., 2003) dans 3 pays différents (Canada, Nouvelle-Zélande, États-Unis), ainsi que les travaux sur le développement des symptômes de ces différents troubles pendant la petite enfance, indiquent que le TDAH et le trouble des conduites apparaissent en même temps au cours de la deuxième année de vie. Il s'agirait donc souvent d'une comorbidité concurrente.

Un certain nombre de caractéristiques ont été rattachées au sous-groupe d'enfants présentant les deux troubles. La comorbidité entre ces deux types de trouble serait associée à des difficultés sur le plan relationnel (rejets par les pairs, absence d'ami proche, interactions dysfonctionnelles avec les parents...), académique (scolarité) et social comme les conduites de délinquance, difficultés qui sont beaucoup plus importantes chez ces enfants (Fletcher et coll., 1996 ; Kuhne et coll., 1997 ; Satterfield et Schell, 1997 ; Gresham et coll., 1998) et s'accroissent avec le temps (Gresham et coll., 1998). Les enfants présentant cette comorbidité auraient davantage de comportements antisociaux et illégaux durant l'adolescence et seraient plus souvent incarcérés (Mannuzza et coll., 1991 ; Lynam, 1996 ; Soderstrom et coll., 2004). Tous ces problèmes seraient liés à des symptômes plus sévères que dans le cas d'un trouble des conduites isolé (Hinshaw et coll., 1993 ; Kuhne et coll. 1997). Pour Lynam (1996), le profil clinique associant l'hyperactivité, l'impulsivité et des difficultés attentionnelles au trouble des conduites se caractériserait par des niveaux d'agression et de violences criminelles élevés.

En résumé, il apparaît que la comorbidité du trouble des conduites avec le TDAH est souvent associée à une augmentation de la symptomatologie dans chacun des troubles.

### ***Trouble oppositionnel avec provocation (TOP)***

Certains auteurs (Kuhne et coll., 1997) et classifications (CIM-10) regroupent le TOP avec le trouble des conduites dans une même catégorie générique (troubles disruptifs, troubles du comportement perturbateur). D'autres, en revanche, plaident pour une distinction entre ces deux troubles dans la mesure où tous les enfants ayant un TOP ne présentent pas ou ne vont pas présenter un trouble des conduites (Biederman et coll., 1996 ; Greene et coll., 2002).

L'étude de Greene et coll. (2002) a examiné les liens entre TOP et trouble des conduites à partir de 1 600 enfants âgés de 10 ans et répartis en trois

groupes : un groupe présentant un TOP (N=643), un second groupe présentant un trouble des conduites (N=262) et un troisième groupe présentant un TOP et un trouble des conduites (N=675). Les résultats ont mis en évidence que sur l'ensemble des enfants présentant un TOP, seuls 27,7 % présentaient un trouble des conduites. De plus, le groupe d'enfants ayant un TOP se caractérisait par un niveau de comorbidité psychiatrique plus élevé (impliquant trouble bipolaire, TDAH, troubles dépressifs et troubles anxieux) et un dysfonctionnement social et familial plus important que les autres groupes. Comme pour le TDAH, il semblerait que ce groupe associant trouble des conduites et TOP pourrait constituer un sous-groupe spécifique avec une trajectoire développementale singulière (Loeber et coll., 1994). Par exemple, l'association entre le TOP et l'agressivité physique chez le jeune enfant représenterait une forme particulière du trouble des conduites à l'adolescence, tant sur le plan clinique que sur le plan développemental. Selon Fergusson et coll. (1996) et Loeber et coll. (1994 et 1998), ce profil clinique du trouble des conduites serait une forme prodromique de la personnalité antisociale chez l'adulte. Le TOP comme trouble précurseur du trouble des conduites serait identifié comme le marqueur précoce d'un processus mis en place très tôt qui s'accroît avec le temps, pouvant conduire à l'installation d'une personnalité pathologique.

En définitive, il apparaît que la comorbidité avec le TOP, qu'elle soit concurrente ou successive, aggrave la sévérité de la symptomatologie du trouble des conduites (Broidy et coll., 2003).

### **Comorbidité avec les troubles internalisés**

Dans cette partie, nous distinguerons les troubles de l'humeur regroupant le trouble dépressif et le trouble bipolaire, et les troubles anxieux avec une attention particulière pour l'état de stress post-traumatique (ESPT).

#### ***Troubles de l'humeur***

L'association avec le trouble des conduites ou le TOP est forte (tableau 3.1) (Angold et coll., 1999). Pour certains auteurs, cette comorbidité serait la conséquence d'une action bidirectionnelle de ces deux troubles, chacun des troubles intervenant dans l'apparition et le maintien de l'autre (Quiggle et coll., 1992 ; Fergusson et coll., 1996). Par exemple, les sujets ayant un trouble des conduites vont présenter des difficultés comportementales et émotionnelles ayant des effets délétères sur le plan scolaire et social, et toutes les réponses sociales négatives (sanctions, punitions...) renvoyées à ces enfants vont induire des affects négatifs (cognitions dépressives), des vécus persécutifs qui vont eux-mêmes renforcer les difficultés relationnelles et les comportements antisociaux. D'autre part, l'association du trouble des conduites avec un trouble dépressif augmenterait le risque de passage à l'acte suicidaire. La combinaison trouble des conduites et dépression serait un vecteur

de vulnérabilité au suicide surtout lorsqu'elle est associée à un usage d'alcool (Brent et coll., 1993 ; Lewinsohn et coll., 1994). Shaffer et coll. (1996) développeront par la suite le modèle du triple pattern (regroupant le trouble des conduites, la dépression et l'abus de substances psychoactives) comme étant à risque pour le passage à l'acte suicidaire. Dans ce modèle, la comorbidité dépressive jouerait un rôle majeur. Cependant, ce modèle est controversé et une étude (Renaud et coll., 1999) réalisée sur un échantillon de taille modeste de 55 adolescents suicidants présentant des troubles disruptifs (TDAH et trouble des conduites) aboutit à un effet modérateur du trouble dépressif sur le passage à l'acte suicidaire. Finalement, l'étude des liens entre trouble des conduites et trouble dépressif plaide en faveur d'une comorbidité bidirectionnelle.

Le second trouble de l'humeur comorbide au trouble des conduites est le trouble bipolaire (TBP). Les taux de trouble des conduites chez des sujets bipolaires s'étendent selon les études de 16,9 % à 42 % (Kovacs et Pollock, 1995 ; Biederman et coll., 1999 ; Masi et coll., 2003 ; Wozniak et coll., 2004). Pour certains auteurs, il s'agirait d'une comorbidité successive dans laquelle le trouble bipolaire serait présent durant l'enfance et prédisposerait à l'apparition du trouble des conduites (Kovacs et Pollock, 1995 ; Masi et coll., 2003). L'extrême gravité de la manie juvénile, de par sa symptomatologie comportementale et émotionnelle, prédisposerait au trouble des conduites. Wozniak et coll. (1995) estiment même que la symptomatologie du trouble bipolaire peut s'interpréter comme relevant du trouble des conduites. Les enfants bipolaires qui présentent de graves troubles du comportement incluant des vols, des actes de vandalisme et des déscolarisation peuvent être diagnostiqués comme porteurs d'un trouble des conduites. La question concernant la chronologie reste soulevée, dans la mesure où ces deux troubles peuvent apparaître de façon simultanée pendant l'enfance (Biederman et coll. ; 1999). Ces formes seraient plus souvent « familiales » avec la présence de trouble des conduites dans la fratrie et de troubles de la personnalité antisociale chez les parents (Wozniak et coll., 2001).

La comorbidité accentuerait la symptomatologie du trouble des conduites avec des niveaux d'agressivité et d'hostilité plus élevés, favoriserait l'apparition d'une personnalité antisociale à l'âge adulte et augmenterait le risque de dépendance à l'alcool et autres substances psychoactives (Biederman et coll., 1997).

### **Troubles anxieux**

Les données obtenues en population générale mettent en évidence une comorbidité élevée du trouble des conduites avec les troubles anxieux (Angold et coll., 1999). En général, les études (Walker et coll., 1991) soulignent un effet modérateur des troubles anxieux sur la sévérité du trouble des conduites en population générale et clinique ainsi que sur le fonctionnement antisocial (risque diminué d'échec scolaire, de dysfonctionnement relation-

nel, de contact avec la police, d'usage de substances psychoactives). À long terme, cette comorbidité aurait aussi un effet protecteur vis-à-vis de l'apparition d'une personnalité antisociale à l'âge adulte. En revanche, cet effet semble moins présent dans les formes sévères du trouble des conduites, notamment celles retrouvées en population carcérale. Dans leur étude réalisée auprès d'adolescents incarcérés, Ollendick et coll. (1999) ont mis en évidence que la présence d'un trouble anxieux n'avait pas d'effet sur la sévérité de la symptomatologie du trouble des conduites, le nombre de conduites antisociales et l'âge de la première agression.

L'un des troubles anxieux les plus comorbides au trouble des conduites est l'état de stress post-traumatique (ESPT) (Cauffman et coll., 1998 ; Reebye et coll., 2000). Au sein de cette comorbidité, il apparaît nettement un effet du genre, les filles présentant un trouble des conduites auraient plus de risques de présenter un ESPT que les garçons (Reebye et coll., 2000). La symptomatologie apparaît plus sévère pour les filles que pour les garçons (anhédonie, troubles du sommeil, difficultés attentionnelles) (Lipschitz et coll., 1999 ; Reebye et coll., 2000). Cette différence entre les filles et les garçons proviendrait de la nature du traumatisme expérimenté : les filles subissent davantage de violences sexuelles alors que les garçons sont surtout victimes d'agressions physiques, d'accidents ou sont témoins de décès. Cette comorbidité semble encore plus élevée dans les formes sévères de trouble des conduites (par exemple en populations carcérales) où le taux de comorbidité est environ deux fois plus élevé que chez les adolescents de la population générale (Steiner et coll., 1997 ; Cauffman et coll., 1998). Il semble donc que si l'existence de l'état de stress post-traumatique augmente le risque de trouble des conduites, le trouble des conduites s'avère lui-même à risque pour l'apparition d'un ESPT, dans la mesure où les adolescents présentant un tel trouble s'exposent davantage à des situations propices aux traumatismes.

### **Troubles liés à l'usage de substances psychoactives (tabac, alcool, drogue)**

Parmi les troubles psychiatriques souvent associés à l'usage de substances psychoactives, le trouble des conduites tient une place de premier plan. De nombreuses études ont souligné une forte comorbidité à l'adolescence entre les troubles des conduites et l'abus d'alcool et de substances illicites (Fergusson et coll., 1993 ; Hovens et coll., 1994 ; Disney et coll., 1999 ; Flory et Lynam, 2003). Selon les études, le taux de prévalence varie entre 32 % et 96 % des cas. Le genre semble jouer un rôle sur l'expression clinique de cette comorbidité. En effet, les adolescentes se caractérisent davantage par une symptomatologie dépressive voire anxieuse, alors que les garçons présentent essentiellement une symptomatologie violente et criminelle (Riggs et coll., 1995 ; Simkin, 2002).

Certaines études longitudinales ont montré que l'abus de substances psychoactives était secondaire au trouble des conduites. Il semble que le trouble des conduites soit le trouble psychopathologique qui est le plus prédictif de l'abus/dépendance à l'alcool, de drogues et de la dépendance tabagique (Disney et coll., 1999). D'une façon générale, la précocité ainsi que la sévérité de ce trouble jouent un rôle déterminant dans l'initiation et le maintien des conduites d'abus (Crowley et coll., 1998 ; Myers et coll., 1998 ; Pedersen et coll., 2001). Le risque de comorbidité serait plus important pour des troubles du comportement (trouble des conduites, TDAH, TOP) d'apparition précoce (Ridenour et coll., 2002). Par ailleurs, l'apparition d'une personnalité antisociale serait favorisée par la sévérité du trouble des conduites et l'abus de substances (Crowley et coll., 1998 ; Fischer et coll., 2002).

Concernant l'usage de cannabis, le trouble des conduites serait prédictif d'une initiation précoce (Fergusson et coll., 1993). Ce lien serait plus fort pour les filles que pour les garçons.

Pour le tabac, le trouble des conduites serait surtout prédictif d'une forte dépendance tabagique (Breslau, 1995 ; Brown et coll., 1996 ; Riggs et coll., 1999 ; Upadhyaya et coll., 2002). Le lien prédictif est encore plus fort lorsque le trouble des conduites est comorbide avec un TDAH. Cette association prédirait une initiation précoce du tabac, une dépendance physique à la nicotine élevée, ainsi que de plus grandes difficultés de sevrage (Breslau, 1995 ; Riggs et coll., 1999).

L'initiation précoce aux substances psychoactives jouerait aussi un rôle important dans la sévérité du trouble des conduites et la persistance des comportements antisociaux (Robins et Prysbeck, 1985 ; Myers et coll., 1998). En effet, les troubles liés à l'usage de substances psychoactives augmentent les problèmes liés à la délinquance et les difficultés affectives.

L'ensemble des travaux va dans le sens d'une influence bidirectionnelle des deux types de troubles (Caspi et coll., 1989 ; Moffitt, 1993). Pour expliquer ce phénomène (comorbidité concurrente entre trouble des conduites et abus de substances psychoactives), Moffitt (1993) a utilisé la notion de « *snares* » (piège). Selon cet auteur, les jeunes qui adoptent des comportements déviants vont développer une dysphorie liée à leurs infractions sociales et vont s'auto-médiquer, en quelque sorte, en prenant des substances psychoactives. De plus, les conséquences comportementales et émotionnelles de la toxicomanie vont limiter les chances du sujet de s'extraire d'un mode de vie antisocial. Ainsi, cette forte comorbidité serait l'expression d'une continuité cumulative décrite par Caspi et coll. (1989) : les conduites toxicomaniaques favorisant les conduites de délinquance et les conduites de délinquance impliquant l'usage de substances illicites.

Parmi les autres troubles externalisés comorbides, l'association trouble des conduites et TDAH semblerait favoriser davantage les troubles liés aux substances psychoactives (Molina et coll., 2002). Certaines études longitudina-

les réalisées en populations cliniques vont dans ce sens (Mannuzza et coll., 1991 ; Claude et Firestone, 1995 ; Chilcoat et Breslau, 1999). Cette association a surtout été reliée à la sévérité de la dépendance chez des adolescents suivis pour abus/dépendance aux substances psychoactives (Thompson et coll., 1996 ; Molina et coll., 2002). Toutefois, d'autres auteurs n'ont pas confirmé ce lien (Disney et coll., 1999).

Par ailleurs, certains auteurs suggèrent des combinaisons de comorbidité entre dépression, anxiété, trouble des conduites et consommation de substances psychoactives à l'adolescence (Babor et coll., 1992 ; Neighbors et coll., 1992 ; Hovens et coll., 1994). L'étude de Neighbors et coll. (1992) en milieu d'adolescents incarcérés montre que l'abus de substance (alcool et cannabis) est associé à un trouble des conduites dans presque tous les cas, ainsi qu'une forte co-occurrence des troubles dépressifs et du trouble des conduites avec l'abus de substance et la poly-consommation de substances. Ainsi, dans cette population de délinquants, l'abus de substances est fortement relié au trouble des conduites, surtout lorsque la dépression y est associée. La survenue d'un trouble dépressif ou anxieux au cours de l'évolution du trouble des conduites constituerait selon les auteurs un « facteur précipitant » dans l'abus de substances psychoactives.

En définitive, la comorbidité entre le trouble des conduites et l'abus de substances psycho-actives est très fréquente, dans la mesure où les conduites de délinquance prédisent l'usage de substances psychoactives et le processus toxicomaniaque favorise les comportements antisociaux.

## **Comorbidité non psychiatrique : exemple des conduites à risques**

Au-delà de l'étude de la comorbidité psychiatrique, il a été souligné à l'occasion de différents travaux que certains comportements étaient davantage associés au trouble des conduites. En effet, il a été mis en évidence que les adolescents présentant ce trouble adoptaient davantage de comportements à risques. Le spectre des conduites à risques s'étend de la prise de substances psychoactives évoquée précédemment à la pratique d'activités à enjeux physiques (par exemple jeux dangereux, prise de risque en véhicules motorisés, troubles du comportement alimentaire, prise de risque sexuel, tentatives de suicide...). Les conduites à risques se définissent comme un engagement délibéré et répétitif dans des comportements dangereux (Michel, 2001). Certains auteurs insistent sur le caractère social des conduites à risques. C'est le cas de Turner et coll. (2004) qui définissent ces conduites comme résultant soit d'un comportement volitif socialement inacceptable avec des conséquences négatives en terme de morbidité ou de mortalité lorsque les précautions ne sont pas prises (abus de substances psychoactives, vitesse



excessive, usage d'alcool au volant...), soit d'un comportement socialement accepté dont le danger est reconnu et valorisé (sports compétitifs, parachutisme...). Antérieurement, il a été montré que les enfants qui développaient des comportements criminels et antisociaux se caractérisaient par une propension aux conduites à risque (Cleckley, 1941 ; Hare, 1986). Selon Lane et Cherek (2000), l'étude de l'association entre trouble des conduites et conduites à risques est d'autant plus légitime que le trouble des conduites peut être interprété comme une entité clinique regroupant un ensemble de comportements à risque. Aussi, il a été souligné que le trouble des conduites pouvait être associé à des conduites à risques autres que la prise de substances psychoactives (usages et troubles avérés). De façon générale, les données de la littérature rapportent des associations avec la prise de risque routier, sexuel, les conduites de harcèlement, la boulimie...

Les principales caractéristiques liées à la prise de risques en véhicules motorisés sont le faible auto-contrôle, l'impulsivité et l'agressivité (Arnett et coll., 1997), caractéristiques fortement associées au trouble de conduites. Outre les symptômes externalisés (impulsivité, perte de contrôle), des troubles externalisés avérés comme le TDAH et le trouble des conduites ont été identifiés comme des facteurs vulnérabilisant aux accidents de la route (Jelalian et coll., 2000 ; Lalloo et coll., 2003). Par exemple, le risque d'accident en véhicules motorisés serait plus élevé chez des adolescents présentant un trouble des conduites et un TDAH (Lalloo et coll., 2003). Pour le TDAH, ce sont surtout les difficultés attentionnelles qui augmenteraient le risque d'accident (Nada-Raja et coll., 1997). En revanche, pour le trouble des conduites, il est supposé que les tendances colériques, agressives sont impliquées dans des comportements violents et dangereux (par exemple excès de vitesse) ; le véhicule motorisé pourrait même être utilisé comme un moyen d'intimidation voire d'agression (Parker et coll., 1998 ; Deffenbacher et coll., 2003).

Les troubles du comportement de type antisocial (dépendance aux produits et comportements violents) ont été rattachés à la prise de risque sexuel (précocité du premier rapport sexuel, partenaires multiples, non utilisation du préservatif, antécédent d'infection sexuellement transmissible) (Vallois et coll., 1999 ; Ramrakha et coll., 2000 ; Upchurch et coll., 2004). L'étude longitudinale récente de Upchurch et Kusunoki (2004) réalisée chez 3 759 adolescentes d'un âge moyen de 16 ans souligne la même tendance. Les auteurs ont rapporté que les adolescentes adoptant des comportements à risque sur le plan sexuel présentaient davantage de troubles du comportement et faisaient plus fréquemment usage de substances psychoactives. Cette étude observe également que la plupart des conduites sexuelles à risques étaient reliées à des antécédents d'abus sexuels ; l'abus sexuel était non seulement prédictif des comportements sexuels à risques et des infections sexuellement transmissibles mais aussi et surtout d'autres comportements à risques. Aussi, dans la littérature, il apparaît que les conduites sexuelles à risques sont des marqueurs de difficultés psychologiques, comportementales et de comportements antisociaux.

Concernant les troubles du comportement alimentaire, c'est essentiellement la boulimie (entité syndromique ou sub-syndromique) qui a été reliée aux troubles du comportement (actes antisociaux, comportements agressifs). Il semble que les adolescents présentant des compulsions alimentaires commettent plus d'actes délictueux (agressions, vols...), ont davantage d'idées suicidaires et de conduites d'auto-mutilation, ainsi que des problèmes liés aux substances psychoactives (Thompson et coll., 1999). L'association entre ces différentes conduites pourrait s'expliquer par l'implication dans la boulimie de caractéristiques comportementales et émotionnelles telles que l'impulsivité (Swift et Wonderlich, 1988 ; Bulik et coll., 1995), le non-contrôle comportemental et une faible tolérance à la frustration (Weiss et Ebert, 1983). Par ailleurs, il semble que l'apparition précoce de troubles boulimiques serait davantage associée à un usage de drogues et à des comportements antisociaux que dans le cas de troubles boulimiques à début tardif (Nagata et coll., 2002).

D'autres comportements comme les conduites de violence répétitive (psychologique et/ou physique) de type harcèlement ou intimidation (*bullying*) sont associés au trouble des conduites (Olweus, 1978). En milieu scolaire, approximativement la moitié des agresseurs présenterait un trouble des conduites, un TOP ou un TDAH (Coolidge et coll., 2004). Une étude portant sur le *bullying* (harcèlements, violences verbales, menaces de mort) met en évidence que les troubles du comportement des adolescents (conduites antisociales) augmentent le risque d'être agresseur (Ybarra et Mitchell, 2004). Selon Grigsby et Stevens (2000), le *bullying* serait sous-tendu par un dysfonctionnement du système d'inhibition comportementale, dysfonctionnement qui se retrouve plus particulièrement chez les délinquants. Ces agresseurs se caractérisent par une certaine froideur affective, une forte estime de soi, des tendances antisociales (trait psychoticisme) et une impulsivité (Olweus, 1978 ; Connolly et O'Moore, 2003).

Parmi les autres comportements, certains auteurs ont montré que la pyromanie ou les jeux d'argent (*gambling*) pouvaient être reliés aux comportements antisociaux (délinquance, agressions, mésusage de substances psychoactives) et que les tentatives de suicide pouvaient être fréquentes dans le trouble des conduites (Martin et coll., 2004).

Parmi les troubles externalisés, c'est le trouble des conduites qui est le plus lié au suicide (Brent et coll. 1993 ; Shaffer et coll., 1996). Ce lien est d'autant plus fort que les sujets sont jeunes ; en effet, les conduites antisociales sont surtout prédictives du suicide chez les jeunes plutôt que chez les plus âgés (Rich et coll., 1986). L'autre particularité concerne le mode opératoire qui est très violent (arme à feu, défenestration...) ; l'effet désinhibiteur de l'alcool jouerait un rôle prépondérant (Renaud et coll., 1999).

Concernant les jeux d'argent, ceux-ci prédiraient les conduites antisociales : vols, agressions (Vitaro et coll., 1996 ; Ladouceur et coll., 1999 ; Martins

et coll., 2004). L'implication de l'impulsivité dans les jeux d'argent favoriserait les conduites antisociales et l'abus de substances psychoactives (White et coll. 1994) ; cependant, ce résultat est controversé (Vitaro et coll., 2001).

Dans le domaine sportif, il apparaît aussi que certaines tendances transgressives vis-à-vis des règles sociales établies peuvent jouer un rôle déterminant dans la pratique de sports à risques ainsi que dans la prise de produits dopants. Certaines études ont permis de souligner l'implication de traits narcissiques, impulsifs et d'absence d'empathie chez des usagers de produits dopants (pour revue, Michel, 2001). Par ailleurs, il faut noter que le trouble des conduites a été peu exploré dans le domaine du dopage, alors que nombre de travaux soulignent son rôle central dans les phénomènes d'abus et de dépendance aux substances psychoactives.

D'une manière générale, les conduites à risques sont souvent reliées les unes aux autres et augmentent l'engagement dans de nouvelles conduites à risques (McNair et coll., 1998). Selon Jessor (1984), cette coexistence de conduites à risques n'est pas interprétée comme la collection ou la somme d'activités indépendantes. Au contraire, selon l'auteur, l'adoption de nombreuses conduites à risques chez un même adolescent décrirait un trouble du comportement sous-tendu par une tendance générale à la déviance vis-à-vis de la norme et/ou du seuil de sécurité. D'autre part, toutes ces conduites à risques (compulsions alimentaires, risque sexuel, conduites dangereuses en véhicules motorisés...) mettent en évidence une déficience dans les mécanismes d'auto-contrôle, d'inhibition comportementale ainsi que certaines difficultés voire incapacités à reconnaître les conséquences négatives liées aux comportements à risques chez les enfants et les adolescents présentant un trouble des conduites.

**En conclusion**, la littérature internationale souligne une importante comorbidité dans le trouble des conduites, comorbidité psychiatrique avec d'autres troubles externalisés (TDAH), des troubles internalisés (troubles de l'humeur, troubles anxieux), des troubles liés à l'usage de substances psychoactives (alcool, tabac, drogue). Globalement, l'association du trouble des conduites avec le TDAH, le TOP ou le trouble bipolaire augmente la sévérité de la symptomatologie dans chacun des troubles. En revanche, la présence d'un trouble anxieux aurait un effet modérateur sur le trouble des conduites mais des conséquences délétères à long terme. Il a été aussi souligné que le trouble des conduites pouvait être à risque pour l'apparition d'un état de stress post-traumatique, et *vice versa*. Ainsi, au-delà de cette description clinique, l'analyse de la comorbidité permet de mettre en évidence des sous-groupes cliniques pouvant être heuristiques tant pour la compréhension étiologique que pour l'étude de l'évolution du trouble des conduites. Enfin, l'examen des comportements associés au trouble des conduites permet également de constater que ce dernier est fortement relié à différentes conduites à risques (par exemple risques routiers, sexuels...).

## BIBLIOGRAPHIE

ANGOLD A, COSTELLO EJ, ERKANLI A. Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry* 1999, **40** : 57-87

ARNETT J, OFFER D, FINE MA. Reckless driving in adolescence: « State » and « trait » factors. *Accid Analys Prev* 1997, **29** : 57-63

BABOR TF, HOFMANN M, DELBOCA FK, HESSELBROCK V, MEYER RE et coll. Types of alcoholics. I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Arch Gen Psychiat* 1992, **49** : 599-608

BIEDERMAN J, FARAONE SV, MILBERGER S, JETTON JG, CHEN L et coll. Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder ? Findings from a four-year follow-up study of children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996, **35** : 1193-1204

BIEDERMAN J, FARAONE SV, HATCH M, MENNIN D, TAYLOR A, GEORGE P. Conduct disorder with and without mania in referred sample of ADHD children. *J Affect Disord* 1997, **44** : 177-188

BIEDERMAN J, FARAONE SV, CHU MP, WOZNIAK J. Further evidence of a bidirectional overlap between juvenile mania and conduct disorder in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999, **38** : 468-476

BRENT DA, KOLKO DJ, WARTELLA ME, BOYLAN MB, MORITZ G et coll. Adolescent psychiatric inpatients' risk of suicide attempt at 6-month follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993, **32** : 95-105

BRESLAU N. Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence. *Behavior Genetics* 1995, **25** : 95-101

BROIDY LM, NAGIN DS, TREMBLAY RE, BATES JE, BRAME B et coll. Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: a six-site, cross-national study. *Dev Psychol* 2003, **39** : 222-245

BROWN R, LEWINSOHN P, SEELEY J, WAGNER EF. Cigarette Smoking, Major Depression, and Other Psychiatric Disorders among Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996, **35** : 12

BULIK CM, SULLIVAN PF, WELTZIN TE, KAYE WH. Temperament in eating disorders. *Int J Eat Disord* 1995, **17** : 251-261

CASPI A, BEM D, ELDER GH. Continuities and consequences of interactional styles across the life course. *J Pers* 1989, **57** : 375-406

CAUFFMAN F, FELDMAN S, WATERMAN J, STEINER H. Post-traumatic stress disorder among female juvenile offenders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998, **37** : 1209-1216

CHILCOAT H, BRESLAU N. Pathways from ADHD to early drug use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999, **38** : 1347-1354

CLAUDE D, FIRESTONE P. The development of ADHD boys: A 12-year follow-up. *Can J Behav Sci* 1995, **27** : 226-249

CLECKLEY H. *The Mask of sanity*. Mosby, St Louis MO 1941

CONNOLLY I, O'MOORE M. Personality and family relations of children who bully. *Pers Individ Dif* 2003, **35** : 559-567

COOLIDGE FL, DENBOER JW, SEGAL DL. Personality and neuropsychological correlates of bullying behavior. *Pers Individ Dif* 2004, **36** : 1559-1569

CROWLEY TJ, MIKULICH SK, MACDONALD M, YOUNG SE, ZERBE GO. Substance-dependent, conduct-disordered adolescent males: severity of diagnosis predicts 2-year outcome. *Drug Alcohol Depend* 1998, **49** : 225-237

DEFFENBACHER JL, DEFFENBACHER DM, LYNCH RS, RICHARDS TL. Anger, aggression, and risky behavior: a comparison of high and low anger drivers. *Behav Res Ther* 2003, **41** : 701-718

DISNEY ER, ELKINS IJ, MCGUE M, IACONO WG. Effects of ADHD, conduct disorder, and gender on substance use and abuse in adolescence. *Am J Psychiatry* 1999, **156** : 1515-1521

FERGUSSON DM, HORWOOD LJ, LUNSKEY MT. Prevalence and comorbidity of DSM-III-R diagnoses in a birth cohort of 15 year olds. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993, **32** : 1127-1134

FERGUSSON DM, LUNSKEY MT, HORWOOD LJ. Comorbidity between depressive disorders and nicotine dependence in a cohort of 16-years-olds. *Arch Gen Psychiatry* 1996, **53** : 1043-1047

FISCHER M, BARKLEY RA, SMALLISH L, FLETCHER K. Young adult follow-up of hyperactive children: self-reported psychiatric disorders, comorbidity, and the role of childhood conduct problems and teen CD. *J Abnorm Child Psychol* 2002, **30** : 463-475

FLETCHER KE, FISHER M, BARKLEY RA, SMALLISH L. A sequential analysis of the mother-adolescent interactions of ADHD, ADHD/ODD, and normal teenagers during neutral and conflict discussions. *J Abnorm Child Psychol* 1996, **24** : 271-297

FLORY K, LYNAM DR. The relation between attention deficit hyperactivity disorder and substance abuse: what role does conduct disorder play? *Clin Child Fam Psychol Rev* 2003, **6** : 1-16

GREENE RW, BIEDERMAN J, ZERWAS S, MONUTEAUX MC, GORING JC, FARAONE SV. Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *Am J Psychiatry* 2002, **159** : 1214-1224

GRESHAM FM, MACMILLAN DL, BOCIAN KM, WARD SL, FORNESS SR. Comorbidity of hyperactivity-impulsivity-inattention and conduct problems: risk factors in social, affective, and academic domains. *J Abnorm Child Psychol* 1998, **26** : 393-406

GRIGSBY J, STEVENS D. *The neurodynamics of personality*. Guilford, New York 2000

HARE RD. Twenty years of experience with the Cleckley psychopath. In : *Unmasking the psychopath: Antisocial personality and related syndromes*. REID WH, DORR D, WALKER JI, BONNER JW eds, Norton, New York 1986

HINSHAW SP, LAHEY BB, HART EL. Issues of taxonomy and comorbidity in the development of conduct disorder. Special issue: Toward a development perspective on conduct disorder. *Dev Psychopathol* 1993, **5** : 31-49

HOVENS JG, CANTWELL DP, KIRIAKOS R. Psychiatric comorbidity in hospitalized adolescent substance abusers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994, **33** : 476-483

JELALIAN E, ALDAY S, SPIRITO A, RASILE D, NOBILE C. Adolescent motor vehicle crashes: the relationship between behavioral factors and self-reported injury. *J Adolesc Health* 2000, **27** : 84-93

JESSOR R. Adolescent Development and Behavioral Health. MATARAZZO JD, WEISS SM, HERD JA, MILLE NE eds, *In* : Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention. Wiley, New York 1984 : 69-90

KASHANI JH, BECK NC, HOEPER EW, FALLAHI C, CORCORAN CM et coll. Psychiatric disorders in a community sample of adolescents. *Am J Psychiatry* 1987, **144** : 584-589

KOVACS M, POLLOCK M. Bipolar disorder and comorbid conduct disorder in childhood and adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995, **34** : 715-723

KUHNE M, SCHACHAR R, TANNOCK R. Impact of comorbid oppositional or conduct problems on attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997, **36** : 1715-1725

LADOUCEUR R, BOUDREAU N, JACQUES C, VITARO F. Pathological gambling and related problems among adolescents. *J Child Adolesc Substance Abuse* 1999, **8** : 55-68

LALLOO R, SHEIHAM A, NAZROO JY. Behavioural characteristics and accidents: findings from the Health Survey for England. *Accid Anal Prev* 2003, **35** : 661-667

LANE SD, CHEREK DR. Analysis of risk taking in adults with a history of high risk behavior. *Drug Alcohol Depend* 2000, **60** : 179-187

LEWINSOHN PM, ROHDE P, SEELEY JR. Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *J Consul Clin Psychol* 1994, **62** : 297-305

LIPSCHITZ DS, WINEGAR RK, HARTNICK E, FOOTE B, SOUTHWICK SM. Posttraumatic stress disorder in hospitalized adolescents: psychiatric comorbidity and clinical correlates. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999, **38** : 385-392

LOEBER R. Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions: effects of age and gender. *Clin Psychol Rev* 1994, **14** : 497-523

LOEBER R, STOUTHAMER-LOEBER M. Development of juvenile aggression and violence. Some common misconceptions and controversies. *Am Psychol* 1998, **53** : 242-259

LYNAM DR. Early identification of chronic offenders: who is the fledgling psychopath? *Psychol Bull* 1996, **120** : 209-324

MANNUZZA S, GITTELMAN-KLEIN R, ADDALLI KA. Young adult mental status of hyperactive boys and their brothers: a prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991, **30** : 743-751

MARTIN G, BERGEN HA, RICHARDSON AS, ROEGER L, ALLISON S. Correlates of firesetting in a community sample of young adolescents. *Aust N Z J Psychiatry* 2004, **38** : 48-154

MARTINS SS, TAVARES H, DA SILVA LOBO DS, GALETTI AM, GENTIL V. Pathological gambling, gender, and risk-taking behaviors. *Addict Behav* 2004, **29** : 1231-1235

MASI G, TONI C, PERUGI G, TRAVIERSO MC, MILLEPIEDI S et coll. Externalizing disorders in consecutively referred children and adolescents with bipolar disorder. *Compr Psychiatry* 2003, **44** : 184-189

MCNAIR LD, CARTER JA, WILLIAMS MK. Self-esteem, gender, and alcohol use: Relationships with HIV risk perception and behaviors in college students. *J Sex Marit Therap* 1998, **24** : 29-36

MICHEL G. La prise de risque à l'adolescence : pratique sportive et usage de substances psycho-actives. Masson. Coll. Les âges de la vie, Paris 2001

MOFFITT TE. Adolescent-limited and life-course-persistent antisocial behavior. A developmental taxonomy. *Psychol Rev* 1993, **100** : 674-701

MOLINA BS, BUKSTEIN OG, LYNCH KG. Attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder symptomatology in adolescents with alcohol use disorder. *Psychol Addict Behav* 2002, **16** : 161-164

MYERS MG, STEWART DG, BROWN SA. Progression from conduct disorder to antisocial personality disorder following treatment for adolescent substance abuse. *Am J Psychiatry* 1998, **155** : 479-485

NADA-RAJA S, LANGLEY JD, MCGEE R, WILLIAMS S, BEGG D, REEDER A. Inattentive and Hyperactive Behaviors and Driving Offenses in Adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997, **36** : 515-522

NAGATA T, KAWARADA Y, OHSHIMA J, IKETANI T, KIRIIKE N. Drug use disorders in Japanese eating disorder patients. *Psychiatry Res* 2002, **109** : 181-191

NAGIN D, TREMBLAY RE. Trajectories of boys' physical aggression, opposition, and hyperactivity on the path to physically violent and non violent juvenile delinquency. *Child Dev* 1999, **70** : 1181-1196

NEIGHBORS B, KEMPTON T, FOREHAND R. Co-occurrence of substance abuse with conduct, anxiety, and depression disorders in juvenile delinquents. *Addict Behav* 1992, **17** : 379-386

NOTTELMANN ED, JENSEN PS. Comorbidity of disorders in children and adolescents: Developmental perspectives. In : Advances in clinical child psychology. OLLENDICK TH, PRINZ RJ eds, Plenum Press, New York Vol 17, 1995 : 109-155

OLLENDICK TH, SELIGMAN LD, BUTCHER AT. Does anxiety mitigate the behavioral expression of severe conduct disorder in delinquent youths? *J Anxiety Disord* 1999, **13** : 565-574

OLWEUS D. Aggression in the schools: bullies and whipping boys. Hemisphere Press, Washington DC 1978

PARKER D, LAJUNEN T, STADLING S. Attitudinal predictors of interpersonal violations on the road. *Transportation Research Part* 1998, **1F** : 11-24

PEDERSEN W, MASTEKAASA A, WICHSTROM L. Conduct problems and early cannabis initiation: a longitudinal study of gender differences. *Addiction* 2001, **96** : 415-431

QUIGGLE NL, GARBER J, PANAK WF, DODGE KA. Social information processing in aggressive and depressed children. *Child Develop* 1992, **63** : 1305-1320

RAMRAKHA S, CASPI A, DICKSON N, MOFFITT TE, PAUL C. Psychiatric disorders and risky sexual behaviour in young adulthood: cross sectional study in birth cohort. *BMJ* 2000, **321** : 263-266

REEBYE P, MORETTI MM, WIEBE VJ, LESSARD JC. Symptoms of posttraumatic stress disorder in adolescents with conduct disorder: sex differences and onset patterns. *Can J Psychiatry* 2000, **45** : 746-751

RENAUD J, BRENT DA, BIRMAHER B, CHIAPPETTA L, BRIDGE J. Suicide in adolescents with disruptive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999, **38** : 846-851

RICH CL, YOUNG D, FOWLER RC. San Diego suicide study. I: young vs old subjects. *Arch Gen Psychiatry* 1986, **43** : 577-582

RIDENOUR TA, COTTLER LB, ROBINS LN, COMPTON WM, SPITZNAGEL EL, CUNNINGHAM-WILLIAMS RM. Test of the plausibility of adolescent substance use playing a causal role in developing adulthood antisocial behavior. *J Abnorm Psychol* 2002, **111** : 144-155

RIGGS PD, BAKER S, MIKULICH SK, YOUNG SE, CROWLEY TJ. Depression in substance-dependent delinquents. *J Amer Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995, **34** : 764-771

RIGGS P, MIKULICH S, WHITMORE E, CROWLEY T. Relationship of ADHD, depression, and non-tobacco substance use disorders to nicotine dependence in substance-dependent delinquents. *Drug Alcohol Depend* 1999, **54** : 195-205

ROBINS LN, PRYZBECK TR. Age of onset of drug use as a factor in drug and other disorders. In : Etiology of Drug Abuse: Implications for Prevention. JONES CL, BATTJES RJ eds, National Institute on Drug Abuse, Research Monograph 56, Washington DC 1985 : 178-192

RUTTER M. Comorbidity: Concepts, claims and choices. *Criminal Behavior and Mental Health* 1997, **7** : 265-285

SATTERFIELD JH, SCHELL A. A perspective study of hyperactive boys with conduct problems and normal boys: Adolescent and adult criminality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997, **36** : 1726-1735

SHAFFER D, GOULD MS, FISHER P, TRAUTMAN P, MOREAU D et coll. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996, **53** : 339-348

SIMKIN DR. Adolescent substance use disorders and comorbidity. *Pediatr Clin North Am* 2002, **49** : 463-477

SODERSTROM H, SJODIN AK, CARLSTEDT A, FORSMAN A. Adult psychopathic personality with childhood-onset hyperactivity and conduct disorder: a central problem constellation in forensic psychiatry. *Psychiatry Res* 2004, **121** : 271-280

STEINER H, GARCIA IG, MATTHEWS Z. Posttraumatic stress disorder in incarcerated juvenile delinquents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997, **36** : 357-365

SWIFT WJ, WONDERLICH SA. Personality factors and diagnoses in eating disorders traits, disorders, and structures. In : Diagnostic issues in anorexia nervosa and bulimia nervosa. GARNER DM, GARFINKEL PE eds, New York 1988

THOMPSON LL, RIGGS PD, MIKULICH SK, CROWLEY TJ. Contribution of ADHD symptoms to substance problems and delinquency in conduct-disordered adolescents. *J Abnorm Child Psychol* 1996, **24** : 325-347



THOMPSON KM, WONDERLICH SA, CROSBY RD, MITCHELL JE. The neglected link between eating disturbances and aggressive behavior in girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999, **38** : 1277-1284

TURNER C, MCCLURE R, PIROZZO S. Injury and risk – taking behavior – a systematic review. *Accid Anal Prev* 2004, **36** : 93-101

UPADHYAYA HP, DEAS D, BRADY KT, KRUESI M. Cigarette smoking and psychiatric comorbidity in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002, **41** : 1294-1305

UPCHURCH DM, KUSUNOKI Y. Associations between forced sex, sexual and protective practices, and sexually transmitted diseases among a national sample of adolescent girls. *Womens Health Issues* 2004, **14** : 75-84

VALOIS RF, OELTMANN JE, WALLER J, HUSSEY JR. Relationship between number of sexual intercourse partners and selected health risk behaviors among public high school adolescent. *J Adolesc Health* 1999, **25** : 328-335

VITARO F, LADOUCEUR R, BUJOLD A. Prediction and concurrent correlates of gambling in early adolescent boys. *J Early Adolesc* 1996, **16** : 211-228

VITARO F, BRENDGEN M, LADOUCEUR R, TREMBLAY RE. Gambling, delinquency, and drug use during adolescence: mutual influences and common risk factors. *J Gambl Stud* 2001, **17** : 171-190

WALKER JL, LAHEY BB, RUSSO MF, FRICK PJ, CHRIST MA et coll. Anxiety, inhibition, and conduct disorder in children: I. Relations to social impairment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991, **30** : 187-191

WEISS SR, EBERT MH. Psychological and behavioral characteristics of normal weight bulimics. *Psychosom Med* 1983, **43** : 293-303

WHITE JL, MOFFITT TE, CASPI A, BARTUSCH DJ, NEEDLES DJ, STOUTHAMER-LOEBER M. Measuring impulsivity and examining its relationship to delinquency. *J Abnorm Psychol* 1994, **103** : 192-205

WOZNIAK J, BIEDERMAN J, FARAONE SV, BLIER H, MONUTEAUX MC. Heterogeneity of childhood conduct disorder: further evidence of a subtype of conduct disorder linked to bipolar disorder. *J Affect Disord* 2001, **64** : 121-131

WOZNIAK J, BIEDERMAN J, KIELY K, ABLON JS, FARAONE SV, MUNDY E et coll. Mania-like symptoms suggestive of childhood-onset bipolar disorder in clinically referred children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995, **34** : 867-876

WOZNIAK J, SPENCER T, BIEDERMAN J, KWON A, MONUTEAUX M. The clinical characteristics of unipolar vs. bipolar major depression in ADHD youth. *J Affect Disord* 2004, **82S** : S59-S69

YBARRA ML, MITCHELL KJ. Online aggressor/targets, aggressors, and targets: a comparison of associated youth characteristics. *J Child Psychol Psychiatry* 2004, **45** : 1308-1316