

# Retrait pathologique à l'adolescence

La recherche met en évidence des facteurs déterminants sur le plan psychopathologique et développemental dans les conduites de retrait pathologique de l'adolescent. Aspects cliniques et repères pour le praticien.

Le retrait et l'isolement sont des comportements tout à fait banals à l'adolescence. Une prise de distance du monde des adultes est généralement interprétée positivement, comme une manifestation d'autonomie.

Les adolescents qui présentent des conduites de retrait pathologique semblent obéir à une logique inverse. Si la passivité est classiquement associée aux conduites de retrait, c'est avec une passivité active que ces adolescents maintiennent immuable leur environnement. Faire cesser ce repli reste la seule

possibilité d'amélioration clinique. S'y ajoutent le repérage de troubles psychiatriques catégoriels associés et leurs prises en charge. Cet article présente des repères cliniques pour les professionnels confrontés à ces situations.

## DESCRIPTION DU COMPORTEMENT

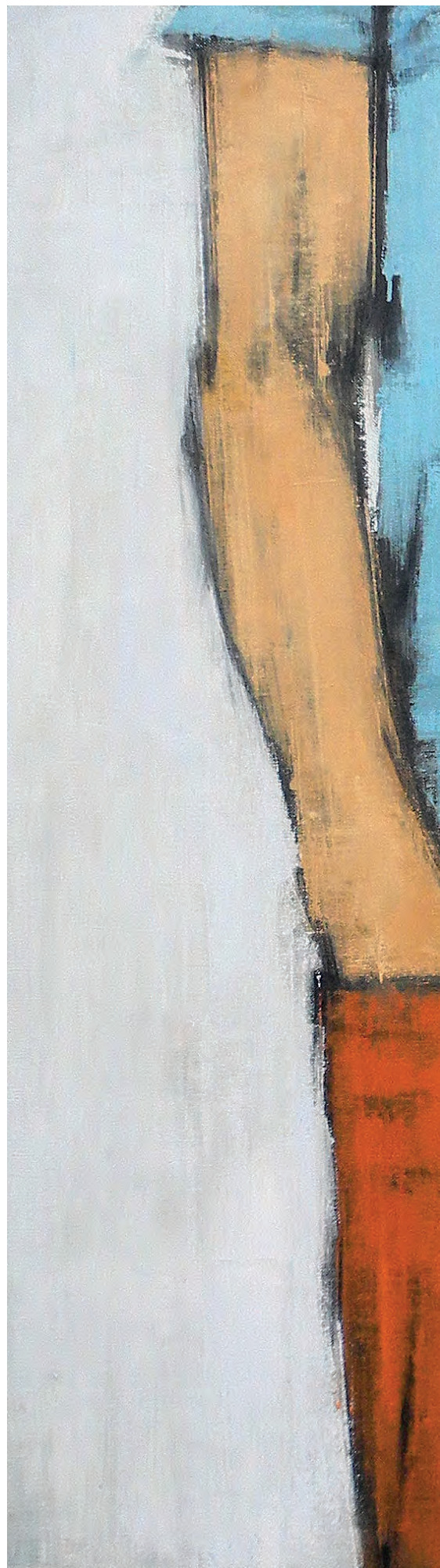
Les conduites de retrait pathologique de l'adolescent impactent l'ensemble des champs d'investissement de l'adolescent : familial, scolaire et relationnel. Elles peuvent être progressives avec, pendant un temps, une réduction des activités autour de quelques centres d'intérêt préservés ou de contacts avec des proches. Si des facteurs précipitant souvent minimes sont rapportés, comme la remarque désobligeante d'un enseignant ou d'un parent, l'interruption brutale des relations masquent fréquemment une inadaptation sociale plus ancienne évoluant à bas bruit (1).

L'existence de conduites de retrait évoluant depuis six mois est généralement considérée comme un critère pathologique chez les adultes jeunes (2). Il est rare d'observer une résolution spontanée de ces conduites après 3 mois d'évolution (3). Dans tous les cas, la durée joue un

**Xavier BENAROUS\***,  
**Sébastien GARNY DE LA RIVIERE\***,  
**Jean-Marc GUILLE\***, **David COHEN\*\***,  
**Marie-Jeanne GUEDJ\*\*\***

Psychiatres,

\*Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, CHU Amiens-Picardie, \*\*Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, GH Pitié-Salpêtrière Charles Foix, \*\*\*Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA), CH Sainte-Anne, GHU Paris psychiatrie et neurosciences.







© Astrid Steenbrink.



rôle pronostique important (4). Il existe fréquemment des antécédents d'absentéisme scolaire dans l'enfance.

Au pire, ces conduites de retrait pathologique évoluent vers un tableau de claustration complet (voir aussi l'article de M.-J. Guedj, p. xx). Le jeune est alors enfermé au domicile familial et refuse de sortir, quelles que soient les raisons. Progressivement, il ne quitte plus sa chambre : l'hygiène, les rythmes du sommeil et de l'alimentation ne suivent plus la régularité domestique. Les échanges avec l'entourage se raréfient et s'organisent selon des modalités de plus en plus rigides. Il existe très souvent un usage abusif des écrans (voir aussi l'article de P. Morales, p. xx). Les jeux vidéo en ligne et les réseaux sociaux permettent en effet de maintenir des liens virtuels, plus souvent avec des personnes non connues que des proches.

Le retrait peut être associé à d'autres troubles : troubles du comportement alimentaire, addictions, conduites agressives voire suicidaires.

### CONTEXTE DE LA DEMANDE D'AIDE

La demande de soin peut survenir dans plusieurs contextes (1) :

- jeune avec des antécédents psychiatriques de l'enfance, déjà connus par une équipe de soin, vers laquelle la famille se tourne. Les enjeux sont ceux du diagnostic différentiel entre difficultés adaptatives ou évolution du trouble psychiatrique ;
- jeune ne présentant pas d'antécédent psychiatrique particulier. La demande est déclenchée par une inquiétude surajoutée dans une situation qui s'est pro-

gressivement installée (aggravation du comportement, comorbidités somatiques, état de crise clastique en lien avec l'aggravation de la pathologie ou lors d'une dispute familiale, arrivée d'un tiers dans la famille).

La famille décrit plusieurs tentatives infructueuses pour être aidée. Le plus souvent, les parents se sont adressés à différentes institutions : médecin de famille, centres de consultation psychologique ambulatoire, établissement scolaire, voire police ou pompiers. Malgré la durée de l'absentéisme scolaire, il est rare que les services sociaux aient été sollicités. Généralement, les réponses proposées (« que le jeune fasse une demande de soin », « attendre que le jeune soit en crise ») laissent les parents perplexes et renforcent leur sentiment d'incompréhension vis-à-vis des professionnels. Il est exceptionnel que la demande d'aide émane du jeune lui-même.

- En pratique, trois situations existent :
- les consultations avec le jeune par opportunité (ex : consultation de liaison lors d'une hospitalisation en unité somatique, passage aux urgences) ;
  - les consultations lors de visites au domicile ;
  - les cas particuliers des consultations dédiées aux proches.

### PSYCHOPATHOLOGIE PSYCHANALYTIQUE

Les conduites de retrait à l'adolescence ont fait l'objet de descriptions psychopathologiques par des auteurs comme Anna Freud, E. Kestemberg, P. Mâle, ou plus récemment Ph. Jeammet (5).

La suspension des processus psychopathologiques inhérente à la période de l'adolescence est systématiquement mise en avant. Le retrait et la mise à distance de tout enjeu relationnel permettent de garantir l'illusion d'un *statu quo* et de se prémunir d'angoisses liées aux processus adolescents (6).

Dans les enjeux pubertaires liés aux transformations corporelles, le refus du monde extérieur s'apparente à un rejet inconscient d'un corps sexué et de la position de passivité face à cette exigence de transformation. Cela peut être mis en lien avec la fréquence élevée des symptômes dysmorphophobiques et des plaintes hypocondriaques chez ces jeunes. Si la dimension dépressive domine, les difficultés de séparation et de rupture avec les idéaux infantiles sont souvent rapportées. Les affects de honte sont omniprésents et coexistent avec un idéal de fonctionnement élevé (parfois en lien avec des investissements longtemps préservés comme dans le domaine informatique). Les idéaux de fonctionnement, auxquels font référence le jeune et sa famille, persistent d'autant plus qu'ils ne sont pas confrontés à la réalité. La renonciation est plus préventive que réactionnelle (7).

Pour les enjeux identificatoires et les rôles sociaux, la conduite d'enfermement est parfois décrite comme choisie, voire revendiquée sur un mode identitaire, avec des préoccupations générales sur l'écologie, l'économie, ou l'état de la société. Les activités fantasmatiques sont décrites comme pauvres par les professionnels de santé, alors qu'elles s'expriment vivement dans un registre virtuel. L'adolescent peut se ranimer complètement dans les échanges avec d'autres jeunes, comme dans des jeux en réseau dans lesquels l'expression d'une certaine cruauté est rarement absente (7).

### PSYCHOPATHOLOGIE DÉVELOPPEMENTALE

Une propension plus marquée à l'inhibition comportementale au cours des interactions peut s'observer dès les premiers mois de vie et constitue le trait le plus stable de vulnérabilité aux manifestations d'anxiété et de retrait relationnel tout au long de la vie (8).

Des études longitudinales ont permis de mettre en évidence la continuité des symptômes anxieux au cours du temps, même si leur expression varie selon la

### Une étude sur les caractéristiques cliniques des hospitalisés

Une étude rétrospective catamnétique (c'est-à-dire intégrant des individus après une coupure de longue durée avec une étude précédente) a été réalisée à partir des dossiers cliniques de patients ayant été hospitalisés à l'unité Esquirol (12-15 ans) et à l'unité Seguin (15-18 ans) du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Pitié-Salpêtrière sur deux ans.

Un des objectifs était d'examiner les caractéristiques cliniques de patients qui répondent aux critères de *hikikomori* en population ado française pour voir si les données étaient cohérentes avec celles présentées dans les études asiatiques

– 191 dossiers cliniques de jeunes entre 12 et 18 ans ont été considérés. 83 patients présentaient un retrait social et/ou refus scolaire évoluant depuis 3 mois. Parmi eux, 14 répondaient aux critères du syndrome *hikikomori* (âge moyen 14 ans, 64 % de garçons). La durée moyenne des symptômes était de 11,5 mois.

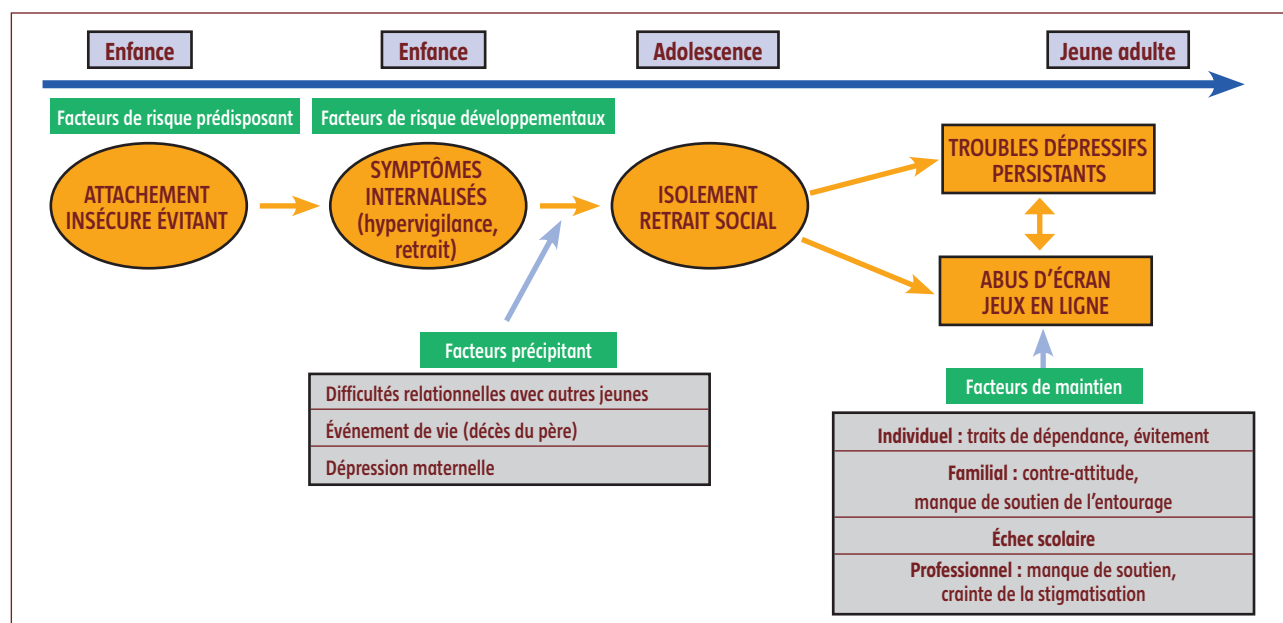
– Ces 14 patients présentaient tous un trouble anxieux, 64 % d'entre eux un trouble dépressif, 21 % un trouble lié au stress ou au trauma, 7 % un trouble du comportement alimentaire. Aucun ne présentait de schizophrénie mais 21 % avaient des symptômes psychotiques à l'entrée. La moitié présentaient des idées suicidaires et 14 % avaient déjà fait une tentative de suicide. Après une hospitalisation qui a duré en moyenne près de 3 mois, la moitié était orientée vers des structures de soin de jour.

• Benarous X. et al., à paraître.



© Astrid Steenbrink.

## Trajectoire développementale d'un adolescent hospitalisé pour des conduites de retrait pathologique



• Source : Benarous et al. (13)

période de développement (anxiété de séparation lors de l'entrée en collectivité, anxiété de performance chez l'enfant d'âge scolaire, anxiété sociale à l'adolescence, trouble panique chez le jeune adulte) (9). Il est rare que les parents de ces jeunes présentant des conduites de retrait pathologique ne rapportent pas des manifestations du registre anxieux témoignant de cette vulnérabilité : somatisation au cours de l'enfance... Certains travaux mettent l'accent sur la contribution des facteurs de vulnérabilité individuelle liés au tempérament, avec des traits de personnalité marqués par une dépendance excessive, un perfectionnisme, ou un caractère introverti (2).

Des auteurs inspirés par la théorie de l'attachement (10) ont montré la dimension adaptative des conduites de retrait chez le jeune enfant. Des interactions synchrones parent-enfant sont un prérequis indispensable pour que l'enfant puisse développer une base de sécurité nécessaire à l'émergence de capacités d'ajustement relationnel et de contrôle de soi. Le style d'attachement « *insécurité évitant* » se manifeste par un ensemble de stratégies visant à minimiser l'expression des besoins émotionnels. Il s'agit d'un nourrisson décrit comme calme, pleurant étonnamment peu, en particulier lors des périodes de séparation. Plus tard, c'est un enfant calme, discret, peu spontané, parfois un peu mystérieux. Il communique

peu sur son état affectif, en particulier en cas de déception donnant une fausse impression de tranquillité. Les échanges avec les jeunes de son âge se font selon des modalités maîtrisées qui traduisent un besoin de contrôle. Les expressions de détresse psychologique, quand elles ont lieu, sont souvent assez imprévisibles, avec des manifestations psychosomatiques. Les représentations et schèmes relationnels issus des expériences précoces et consolidés tout au long de l'enfance vont bien sûr influencer le déroulement de l'adolescence (11), période durant laquelle les occasions d'apparition d'un sentiment d'insécurité ne manquent pas. Les difficultés de ces jeunes à reconnaître leur état émotionnel et à en tenir compte pour guider leur comportement les mettent particulièrement en danger dans un environnement social riche et complexe, marqué par l'expression de sentiments ambivalents et évanescents propres à cet âge. Par moments, l'inflexibilité dans les relations interpersonnelles coexiste avec la sensation d'être débordé par les affects d'autrui, dans un climat de contagion émotionnelle. Parfois décrits comme « *hyper-empathiques* » ou « *hyper-sensibles* », ces adolescents ont du mal à s'étayer sur leur représentation d'états émotionnels propres et incarnés pour interpréter et anticiper une situation sociale. L'hypersensibilité aux indices émotionnels dans la communi-

cation verbale et non verbale peut leur donner l'impression d'un vécu quasi persécutif. Finalement, le retrait relationnel reste alors la solution la plus sûre pour s'apaiser, et faire cesser ce qui est décrit comme des « jeux sociaux » coûteux (voir aussi le témoignage de BB, p. xx). Une perspective développementale place les problèmes de régulation des émotions au cœur des conduites d'inhibition et de retrait de l'adolescent, quand bien même ces dernières seraient longtemps passées inaperçues. Le retrait peut venir initialement répondre à la recherche d'apaisement face à l'imprédictibilité des relations interpersonnelles. Ensuite, l'histoire « naturelle » du retrait va être liée : – à la logique propre de l'enfermement avec ses mécanismes d'auto-entretien ; – aux modalités de réaction ou de non-réaction de l'entourage (12) ; – et à l'association avec un trouble psychiatrique catégoriel qui précède ou suit l'enfermement.

Se dessine ainsi la trajectoire développementale d'un adolescent hospitalisé pour des conduites de retrait pathologique (voir figure ci-dessus).

Se dessine ainsi la trajectoire développementale d'un adolescent hospitalisé pour des conduites de retrait pathologique (voir figure ci-dessus).

Se dessine ainsi la trajectoire développementale d'un adolescent hospitalisé pour des conduites de retrait pathologique (voir figure ci-dessus).

### PRISES EN CHARGE

Le refus de s'inscrire dans une demande d'aide, l'intransigeance de l'adolescence et la banalisation de toute part retardent la prise en charge de plusieurs mois ou années. Les discours d'impuissance ren-



voyés aux familles par les professionnels de santé confortent bien souvent leur sentiment de solitude.

Trois dispositifs sont particulièrement utiles :

- des dispositifs de consultations famille sans patient ;
- des visites à domiciles répétées ;
- des hospitalisations permettant des soins institutionnels s'inscrivant dans la durée (14) (voir aussi l'article de X. Moreno, p. xx).

Les conduites de retrait pathologique peuvent être associées ou non à un trouble psychiatrique catégoriel sans qu'il soit toujours possible de trancher sur leur nature causale ou secondaire (1). Deux diagnostics doivent être particulièrement recherchés : l'entrée dans la schizophrénie et l'épisode dépressif sévère. Il faut garder à l'esprit la fréquence élevée des symptômes psychotiques liés aux troubles de l'humeur chez ces jeunes. Les diagnostics de phobie sociale et d'anxiété de performance sont généralement posés par défaut, comme nous l'avons vu, ils rendent rarement compte de la sévérité des conduites à eux seuls. Un abus de substance ou une addiction sans substance ne constituent pas un symptôme en tant que tel, mais des conduites associées.

Pour reprendre l'expression de Moses Laufer (15), il n'est pas sûr qu'il y ait de « truc » particulier dans la prise en charge de ces adolescents. Cependant, les actions thérapeutiques ne fonctionnent que si le jeune et sa famille ont la conviction qu'elles s'inscrivent

dans la durée. L'existence de dispositifs spécifiques, comme les consultations famille sans patient ou la guidance familiale, est bien sûr une chance. Même si elle est redoutée de tous, l'expérience de l'hospitalisation dans les cas sévères conduit souvent à un grand soulagement permettant de rompre avec la conduite pathologique. C'est aussi une expérience sur laquelle le patient et sa famille vont s'appuyer pour discuter de futures opportunités de séparation et de prises d'autonomie.

1– Duverger P, Guedj MJ (2013) *Adolescence : crise et urgence*. Collection Les âges de la vie. Elsevier Masson.

2– Li TM, Wong PW (2015) Youth social withdrawal behavior (hikikomori) : A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Aust N Z J Psychiatry* 49 (7) : 595-609. doi : 10.1177/0004867415581179.

3– Wong JCM, Wan MJS, Kroneman L, Kato TA, Lo TW, Wong PW, Chan GH (2019) Hikikomori Phenomenon in East Asia : Regional Perspectives, Challenges, and Opportunities for Social Health Agencies. *Front Psychiatry* 10 : 512. doi : 10.3389/fpsy.2019.00512.

4– Franceschini-Mandel A, Brunelle J, Soriano S, Bodeau N, Frénet F, Dubois J, Delaporte E, Cordeiro E, Bado G, Radivoniuk L, Cohen D, Périsset D (2018) Quelle place pour une école dans un hôpital dans le cadre de soins associés au décrochage scolaire. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 66 (1) : 22-30. doi : <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2017.05.001>.

5– Philippe Jeammet, Jeammet, P. (1985). *Actualité de l'agir*. *Nouvelle Revue Psychanalytique*, (31), 201-22.

6– Guedj MJ (2017) *Retrait social du jeune : phénomène*

polymorphe et dominantes psychopathologiques. *Quelles réponses? L'information psychiatrique* 93 (4) : 275-282.

7– Piotti A (2008) *Prefazione*. In : Ricci C (ed) *Hikikomori : adolescenti in volontaria reclusione*. Franco Angeli, Milano,

8– Benarous X, Guilé JM, Cohen D (2019) *Situations de vulnérabilité*. Gène et environnement. In : Gérardin P, Boudailliez B, Duverger P (eds) *Médecine et Santé de l'Adolescent. Pour une approche globale et interdisciplinaire de la santé* Elsevier Masson, Paris.

9– Barzeva S, Meeus W, Oldehinkel A (2018) *Social Withdrawal in Adolescence and Early Adulthood : Measurement Issues, Normative Development, and Distinct Trajectories*. *Journal of Abnormal Child Psychology* 47. doi : 10.1007/s10802-018-0497-4.

10– *Théorie de l'attachement : théorie de la relation, où l'intériorisation du lien d'attachement primaire est un modèle à toutes les relations de l'individu. Les chercheurs identifient 4 « styles » d'attachement (sécuré, insécuré, insécuré ambivalent, désorganisé ou désorienté, Voir (11) et Guédény A., Guédény, N. (2002). L'attachement, concepts et applications. Paris : Masson.*

11– Guedeny N, Mintz A-S, Atger F (1993) *Chapitre 5. Développement de l'attachement*. In : Ferrari P, Bonnot O (eds) *Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Médecine Sciences. Lavoisier, Paris, pp 30-39.

12– *Le concept de double-enfermement vécu par les familles développé par le Dr Marie-Jeanne Guedj me semble à ce titre particulièrement éclairant.*

13– Benarous X, Morales P, Mayer H, Iancu C, Edel Y, Cohen D (2019) *Internet Gaming Disorder in Adolescents With Psychiatric Disorder : Two Case Reports Using a Developmental Framework*. *Frontiers in psychiatry* 10 : 336-336. doi : 10.3389/fpsy.2019.00336.

14– Guedj MJ (2010) *2/7 Visites à domiciles*. *Soins Psychiatrie* (269) : 43-44

15– Laufer M (1983) *The breakdown*. *Adolescence* 1 (1):63-70.

**Résumé :** Malgré la diversité des contextes cliniques associés aux conduites de retrait pathologique à l'adolescence, il existe des facteurs déterminants communs sur le plan psychopathologique et développemental. Les mécanismes d'auto-entretien de l'enfermement, les modalités de réaction de l'entourage et l'association d'un trouble psychiatrique catégoriel sont déterminants dans l'évolution des conduites de retrait. Faire cesser ce repli représente la seule possibilité pour permettre une amélioration clinique.

**Mots-clés :** Adolescent – Claustromanie – Demande de soins – Expression de l'émotion – Prise en charge – Psychopathologie – Pubertaire – Régulation émotionnelle – Retrait relationnel – Trouble de l'attachement – Trouble du comportement.