Faculté de Médecine d'Angers

Diplôme Inter-Universitaire d'étude et prise en charge

des conduites suicidaires

Pr J-B GARRE

# PERTES , RENONCEMENTS ET DIMENSIONS SUICIDAIRES DANS LES PHOBIES SCOLAIRES A L'ADOLESCENCE

LAMOTTE Frédérique

Interne DES de psychiatrie

2ème semestre Année 2003/2004

Directeur de mémoire : Dr Jean-Louis GOËB

# SOMMAIRE

INTRODUCTION

I LA PHOBIE SCOLAIRE : ASPECT NOSOGRAPHIQUE ET DIAGNOSTIQUE

**A) Un concept discuté.**

**B) Repères épidémiologiques.**

**C) Clinique.**

II APPROCHE PSYCHOPATHOLOGIQUE DE LA PHOBIE SCOLAIRE DE L'ADOLESCENT

**A) Le travail psychique à l'adolescence.**

**B) Psychopathologie de l'adolescent phobique scolaire.**

III CAS CLINIQUES.

**A) Thierry**

**B) Daniel**

IV PHOBIE SCOLAIRE DE L'ADOLESCENT ET SUICIDE

**A) Similitudes psychopathologiques.**

**B) La phobie scolaire à l'adolescence : un équivalent suicidaire ?**

V PRISE EN CHARGE

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

# INTRODUCTION

Entre l'enfance et l'âge adulte, l'adolescence est un passage. Ce double mouvement, reniement de son enfance d'une part, recherche d'un statut stable adulte de l'autre, constitue l'essence même de la « crise », du processus psychique que tout adolescent traverse. Ce passage, bien négocié par la majorité d'entre eux, peut parfois présenter des impasses, des comportements répétitifs pathologiques allant crescendo. On connaît alors la fréquence du recours à l'agir, comme mode d'expression privilégié à cette période de la vie des conflits et des angoisses de l'individu.

Les modèles de compréhension de ces comportements sont multiples et en perpétuelle évolution, d'autant plus qu'ils sont étroitement liés aux mutations de notre société. L'école et les représentations qu'elle véhicule sont le reflet de ces mutations, mais également le lieu d'expression privilégié où se manifeste les difficultés psychiques des adolescents.

De ce point de vue le concept de phobie scolaire est intéressant, par la pluralité de ses modèles psychopathologiques, mais également parce qu'elle constitue un signal d'alarme d'une entrave au processus psychique de l'adolescence dont l'école est le révélateur.

Comme le souligne A. BIRRAUX « les conditions du 'pouvoir apprendre' sont les conditions du 'pouvoir penser' c'est-à-dire de la liberté que se donne l'adolescent d'avoir prise sur le monde externe aussi bien que sur son monde intra-psychique » [1]. L'impossibilité dans laquelle se situent les adolescents phobiques scolaires de pouvoir investir l'école traduit en réalité leur incapacité à investir leur propre pensée. Nous verrons que cela aboutit à l'extrême à un anéantissement de leur vie psychique et conduit à s'interroger sur l'existence de similitudes psychopathologiques entre l'adolescent phobique scolaire et l'adolescent suicidant.

Nous aborderons au préalable les aspects nosographiques et diagnostiques de la phobie scolaire puis sa psychopathologie à l'adolescence, illustrés par deux cas cliniques.

Il conviendra ensuite de s'interroger sur le mode de prise en charge.

# I LA PHOBIE SCOLAIRE : ASPECT NOSOGRAPHIQUE ET DIAGNOSTIQUE

## *A. Un concept discuté*

La naissance du concept de phobie scolaire est relativement récente. La première description est de Broadwin en 1932, auteur qui s'intéressait à l'école buissonnière et isolait le cas d'enfants qui s'absentaient de l'école dans des conditions particulières, en restant chez eux.

C'est Adélaide Johnson, en 1941, qui propose le terme de « phobie scolaire » et qui met en exergue « des relations de dépendances mal résolues entre mère et enfant » comme élément fondamental du trouble.

Depuis, la phobie scolaire a fait couler beaucoup d'encre et de nombreux auteurs ont suivi cette orientation, considérant l'anxiété de séparation au premier plan. D'ailleurs ce concept est actuellement englobé dans le « trouble : angoisse de séparation », inclus lui-même dans les « troubles anxieux de l'enfance et de l'adolescence » dans les classifications internationales (DSM III et IIIR) [2] et dans la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. La CIM 10 n'emploie pas le terme de phobie scolaire et range la description afférente dans les « troubles anxieux phobiques de l'enfance » qui possède une parenté avec le « trouble panique ».

Nous pourrions en fait retenir comme définition celle d'Ajuriaguerra [3] : « enfants qui, pour des raisons irrationnelles refusent d'aller à l'école et résistent avec des réactions d'anxiété très vives ou de panique quant on essaie de les y forcer. »

Il faut faire la distinction avec l'école buissonnière, où l'enfant quitte son domicile et ses parents sans difficulté pour occuper son temps scolaire de façon variable et revenir ensuite en toute impunité. Nous sommes loin également de la fugue quelque soit son contexte, où l'enfant part plus ou moins à l'aventure pour un temps qu'il n'a pas déterminé et qu'il souhaite parfois indéfini, du refus ou de la rupture scolaire ou l'enfant ne porte aucun intérêt aux acquisitions scolaires. Dans chacun de ces cas en effet il n'y a pas d'anxiété et il manque le désir profond de ne pas quitter la famille [4].

On distingue différents types de phobies scolaires : précoces, entre 5 et 7 ans essentiellement corrélées à l'angoisse de séparation, et plus tardives, après 10 ans, avec des mécanismes psychopathologiques plus complexes.

Sont également décrites des phobies scolaires aiguës ou chroniques, induites (par un traumatisme insidieux résultant d'une relation pathologique parents-enfants (M. SPERLING)), traumatiques, simples ou graves, névrotiques ou non névrotiques [4] …

En réalité, il s'agit d'une entité hétérogène qui n'a pas d'explication univoque. Ce terme est l'objet de nombreuses controverses portant sur la signification « phobique » du symptôme d'une part et l'organisation psychopathologique sous jacente d'autre part. Ainsi BOWLBY, puis ABELSON préfèreront parler « d'angoisse de séparation », M KLEIN de « trouble panique » et HERSOV de « refus anxieux de l'école » terme « athéorique, descriptif et ne supposant pas l'homogénéité du trouble ». Annie BIRRAUX parlera même quant à elle de « concept poubelle » [5]. Cette image donne à réfléchir mais semble cependant excessive car il y va de ce symptôme comme pour d'autres, il correspond à des organisations psychopathologiques différentes, et susceptibles de réaménagements rapides comme d'autres expressions sémiologiques en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent.

Ainsi après avoir cité quelques repères épidémiologiques et cliniques, nous aborderons les principales lignes psychopathologiques autour desquelles se construira la discussion.

## *B. Repères épidémiologiques*

HERSOV dans une revue de la littérature évalue la fréquence de la phobie scolaire de 1 à 8 % de la population consultante [6]. D. MARCELLI, à la suite de D.HOUZEL et A.BASTARD [7] l'estime quant à lui à un peu moins de 2% de l'ensemble de la population d'âge scolaire.

Les données concernant le sexe sont discordantes. Si A. BIRRAUX [1] ou C. FLAVIGNY avancent en effet qu'il existe une prédominance pour les filles, B. GOLSE [8] et S. LEBOVICI et A. LE NESTOUR [9] prétendent le contraire. En réalité il semblerait que le sex ratio tende actuellement vers un relatif équilibre [4 ; 10 ; 11]. Cette évolution est probablement à corréler au fait que l'accès aux études est désormais possible sur un mode plus égalitaire. Les filles déclareraient leur symptomatologie un peu plus tardivement [11].

L'âge de début présente plusieurs pics : dans la petite enfance (5/7 ans), à l'adolescence (12/15 ans), et surtout à la préadolescence (10/11 ans) avec un pic de fréquence important lors du passage en 6ème. Selon H. LIDA-PULIK, B. COLIN, et M. BASQUIN le pronostic serait d'autant plus péjoratif que l'âge de début est avancé [13].

La phobie concerne principalement l'enfant unique, aîné ou benjamin [4 ; 8], enfant qui présente une intelligence bonne, et dont l'intérêt pour l'apprentissage scolaire est préservé.

## *C. Clinique*

Il semble exister un parallélisme entre la valorisation des études tant au plan individuel et familial qu'au plan social, et la fréquence des phobies scolaires. L'ampleur du phénomène au Japon où la compétition scolaire est maximale en témoigne. Les « refus scolaires anxieux » représentent 60 à 70 % des cas dans certains centres de consultation [14]. Ainsi, bien que la psychopathologie soit complexe, il semble nécessaire d'insister sur le fait qu'il s'agisse d'une phobie « *scolaire* », or une institution scolaire, peut-être trop normative et exigeante, et une société de performance participent probablement à déstabiliser des adolescents déjà vulnérables. Il n'est d'ailleurs pas anodin que beaucoup de refus anxieux de l'école se déclarent vers l'age de 10/11 ans, lors de l'entrée en 6ème. L'entrée au collège est en effet symbolique marquée par une autonomie plus importante, de nouvelles matières, la pluralité des maîtres, et bientôt des orientations différentes en fonction des résultats scolaires, avec en arrière fond, les ambitions familiales. L'enfant ne peut pas ignorer que la compétition scolaire sera plus sévère et nul ne lui laisse oublier « tu verras, quand tu seras en 6ème… » [4 ; 15].

On remarque fréquemment chez les adolescents phobiques scolaires des difficultés antérieures [12] :

- phobies scolaires sous forme
    - soit d'une angoisse de séparation excessive en intensité et surtout en durée lors de l'entrée en maternelle ou en cours primaire,
    - soit de nombreuses difficultés d'assiduités avec de nombreuses absences pendant la scolarité.

    - soit au contraire un surinvestissement de la scolarité. Ils sont alors très (trop) travailleurs, consciencieux voire même scrupuleux et soucieux d'une réussite, parfois aux dépens de distractions.
- problèmes divers d'alimentation (anorexie), de sommeil (refus du coucher, cauchemar, somnambulisme…), pour 25 % des cas environs dans la petite enfance.
- problèmes liés aux séparations avec deux cas de figures
    - soit il n'y a pas ou peu de séparation familiale pour des séjours à l'étranger ou chez des amis de peur de mettre en péril la cohésion familiale.
    - soit les patients ont vécus des séparations dramatiques dans la petite enfance du fait d'une maladie ou d'un accident.

Vient alors s'ajouter un facteur déclenchant [9] un accident, une maladie, le décès d'un proche, ou un évènement plus anodin, des vacances, un déménagement, pour que le refus scolaire s'installe. En fait tout changement intervenant dans la vie de l'adolescent peut être vécu comme menaçant pour la sécurité ou le sentiment de sécurité du jeune.

L'expression symptomatique aiguë est liée à l'école : lors du départ au collège, au lycée, l'adolescent s'agite, manifeste une angoisse importante [4 ; 10]. Cette angoisse apparaît parfois seulement dans la salle de classe. Ce malaise ira croissant en intensité s'étendant à tous les cours et au chemin de l'école. On peut noter des crises d'anxiété voire de panique au moment de quitter la maison [1]. Si l'adolescent est forcé, des manifestations comportementales plus « bruyantes » apparaissent : cris, agitation, violence, fuite… Plus rarement l'adolescent se laisse apparemment convaincre mais la crise d'angoisse et le besoin d'évitement apparaîtront à l'occasion d'une remarque, d'une altercation minime entre l'adolescent et un pair ou un enseignant. Il s'agit donc d'une angoisse majeure, une tension psychique contenue jusqu'à ce que l'acte, le refus de l'école, permette de l'évacuer, et de retrouver provisoirement un sentiment de maîtrise.

Certains auteurs [9 ; 16] insistent sur la valeur inconsciente du conflit : l'adolescent ne peut expliquer sa conduite et promet le lendemain, à des parents désemparés, de retourner à l'école.

Les manifestations symptomatiques peuvent être au premier plan, LEBOVICI parle de « déguisement somatique de la phobie scolaire ». L'adolescent peut se plaindre de nausée, vomissement, perte d'appétit, syncope, maux de tête, malaise, douleur abdominale, diarrhée, douleur des membres, tachycardie [9]. Ces plaintes surviennent en général le matin, plutôt le lundi avant ou pendant l'école.

Le refus anxieux de l'école est souvent rationalisé secondairement [1 ; 9 ; 10]. Les rationalisations portent le plus souvent sur l'incompétence des enseignants, la crainte des examens, un désintérêt à l'égard des connaissances, toujours teinté d'angoisse, une crainte suscité par la fréquentation des autres adolescents ( sentiment d'être le bouc émissaire, de ne pas être compris…) La teneur projective de ces rationalisations est évidente.

Peuvent alors s'observer un retrait progressif des activités de groupe, un isolement vis-à-vis des pairs, l'adolescent se rapproche de sa mère de façon ambivalente. Alors qu'il était jusqu'ici soumis et passif il devient exigent, susceptible, agressif un véritable tyran domestique. La mère est l'objet de ses mouvements de colère, de rage et parfois de violence [9]. Le jeune cherche à contrôler la plupart des gestes de la vie quotidienne réalisant une sorte d'emprise familiale qui est l'image inversée de la totale perte d'autonomie et de contrôle qu'il éprouve dans la vie extrafamiliale [10].

Parfois la phobie scolaire reste rigoureusement isolée. Tout va bien en dehors de la situation scolaire : le jeune peut se promener, voir des amis, pratiquer des activités extrascolaires. Cependant le plus souvent il présente d'autres manifestations :

- des troubles anxieux plus ou moins patents : agoraphobie, phobie des transports en commun, phobie sociale, phobie simple, syndrome de stress post traumatique…

Les rapports entre phobie sociale et scolaire ont étés étudiés par plusieurs auteurs. Ainsi LAST et STRAUSS retrouvent 30% de phobies sociales chez les adolescents présentant un refus scolaire anxieux [17]. D'autres précisent que les phobiques sociaux présentant également un refus scolaire ont un début de symptomatologie plus tardif, contrairement aux enfants dont le refus est en rapport avec l'anxiété de séparation. Le refus entraînerait plus de conséquences chez les phobiques sociaux : 63% sont évalués comme sévères contre 33% pour l'anxiété de séparation [17].

Les travaux de LEBOVICI et LE NESTOUR insistent par ailleurs sur le lien entre phobie scolaire et agoraphobie. Si chez le petit enfant le refus anxieux de l'école est essentiellement corrélé à l'anxiété de séparation et se manifeste par un vécu de type claustrophobie, ces auteurs décrivent d'autres types de phobies scolaires qui s'organisent principalement sur le chemin de l'école et qu'ils rapprochent de l'agoraphobie. Ces dernières surviennent plus tard et seraient plus péjoratives chez le garçon [9].

- des comportements de la série dépressive sont fréquents chez le préadolescent et l'adolescent [9 ; 13] :
    - crises de larmes, idées tristes persistantes, baisse de l'estime de soi, idées de mort, pensées suicidaires, repli sur soi, indifférence, désintérêt progressif pour toutes les activités, y compris celles qu'il investissait de façon positive auparavant.
    - troubles du sommeil avec difficultés d'endormissement, éveil nocturnes, cauchemars.
    - modification de l'appétit et de l'alimentation (conduite anorectiques ou boulimiques).

Notons cependant que si un syndrome dépressif peut être associé à la phobie scolaire, ce n'est pas toujours le cas. D. MARCELLI insiste sur le fait que le refus anxieux de l'école peut être isolé et ne s'apparente pas selon lui à une dépression masquée [10]. En fait on peut reconnaître de façon schématique deux tableaux cliniques : l'un dominé par une symptomatologie dépressive, et l'autre par la prédominance des agirs (opposition au milieu familial, conduites addictives, conduites auto agressives…).

- des conduites d'évitements peuvent également être associées ainsi que des conduites hypochondriaques ou obsessionnelles.

Enfin les entretiens cliniques mettent en évidence une inhibition intellectuelle et affective. Ce sont des adolescents timides, réservés, voire fermés à la relation [1]. La curiosité intellectuelle fait défaut, l'effort de concentration semble difficile.

# II. APPROCHE PSYCHOPATHOLOGIQUE.

Si le modèle théorique « angoisse de séparation » paraît pertinent chez l'enfant jeune, il semble au contraire restrictif chez l'adolescent et risque d'aboutir comme le souligne D. MARCELLI « à une méconnaissance du travail psychique propre à cet âge ». En effet si de nombreux adolescents phobiques scolaires présentent des antécédents infantiles d'anxiété de séparation pathologique, il existe également des cas de refus anxieux de l'école isolée où, nous le remarquions, le jeune accepte facilement toute séparation (sport, loisirs…) sauf celles relatives à l'école. L'angoisse résulte alors plus d'un travail d'élaboration psychique, et ne découle pas simplement d'une anxiété de séparation de la petite enfance.

## *A. Le travail psychique de l'adolescence.*

Avant d'aborder la psychopathologie de la phobie scolaire à l'adolescence, il semble nécessaire de rappeler quelques points de la psychopathologie de l'adolescent « tout venant », en insistant que sur certains aspects psychologiques, autour desquels s'étaye la discussion.

En effet la période de l'adolescence est le lieu de bouleversements psychiques tumultueux et parfois douloureux. Jean-Jacques ROUSSEAU évoquait dans l'Emile « cette orageuse révolution s'annonce par le murmure des passions naissantes… ». « Il (l'enfant) devient sourd à la voix qui le rendait docile, c'est un lion dans sa fièvre, il méconnaît son guide, il ne veut être gouverné… il n'est ni enfant, ni homme et ne peut prendre le ton d'aucun des deux… ». Le terme d' « adolescence » n'existait alors pas, mais on distingue déjà en filigrane la problématique de la dépendance et de ses aménagements, la quête d'une identité propre. Celle-ci renvoie au narcissisme de l'individu et à la qualité de ses premières relations, en particulier des relations de soins précoces constitutives de ce narcissisme. D. MARCELLI remarque que plus ces relations précoces ont étés satisfaisantes, ont permis un investissement de soi en continuité et équilibré, plus le sentiment d'identité sera stable et assuré, et à l'inverse moins l'antagonisme entre le besoin objectal et l'intégrité narcissique se fera sentir : l'objet n'est pas une menace pour le sujet dans la mesure où la relation d'objet précoce a toujours étayé l'investissement narcissique. Dans ce cas la survenue de l'adolescence marquée par son « besoin d'objet » ne menacera pas l'assise narcissique de l'individu. A l'opposé si le jeune a connu des défaillances excessives dans la qualité ou la

continuité de son investissement, son sentiment d'identité est fragile, incertain, le besoin objectal est vécu comme une menace potentielle pour l'assise narcissique.

P. JEAMMET insiste particulièrement sur la thématique de la dépendance à la relation objectale et son aménagement à l'adolescence [18]. Tout se passe comme si l'adolescent était brusquement confronté à une contradiction qui lui semble insoluble : pour être soi il faut se nourrir des autres et dans le même temps il faut s'en différencier. Or comment être soi-même, si pour être soi il faut à la fois être comme l'autre et se différencier de l'autre ? Pour P. JEAMMET cette « contrainte développementale » met à l'épreuve les assises narcissiques de l'adolescent et son monde interne. Seule une réalité psychique interne suffisamment sécure, constituée notamment à partir de liens précoces aux objets de qualité, leur permettra d'accéder à une relative « Liberté ». Ainsi, si les assises narcissiques internes sont insuffisantes (et la réalité psychique interne défaillante) l'équilibre narcissique devient largement supporté par la relation aux objets externes. L'adolescent devient alors dépendant, c'est-à-dire qu'il utilise à des fins défensives la réalité perceptivo-motrice comme contre-investissement d'une réalité psychique interne menaçante [19]. Les aménagements de cette dépendance font appel à des comportements, mais également à des mécanismes psychiques de défense, potentiellement pathologiques par leur effet sur l'équilibre du sujet, ses capacités d'adaptation immédiate et d'évolution future. Il semble que les phobies scolaires pourraient s'inscrire parmi ces mécanismes de défense. H. LIDA-PULIK y fait d'ailleurs allusion lorsqu'elle écrit que l'éclosion de la phobie scolaire « se joue dans la rencontre entre les réaménagements du fonctionnement mental propres à cette période de vie et un sujet dont l'histoire est marquée par le sceau de l'échec à instituer une sécurité narcissique » [13].

Le réveil pulsionnel vécu à l'adolescence est étroitement intriqué à cette problématique de la dépendance et aux remaniements identificatoires. Avec la puberté le corps change, les caractères sexuels secondaires apparaissent, la perte momentanée des repères entraîne nécessairement un sentiment « d'inquiétante étrangeté » [1]. Certains auteurs (B. GUTTON [20]) désignent par « pubertaire » ce qui serait à la psyché, ce que la puberté est au corps. Il confronterait nécessairement l'adolescent, pour D. MARCELLI, à un état de frustration transitoire et d'insatisfaction. Ainsi, la pensée se sexualise, les conflits œdipiens sont réactivés et le monde interne du jeune est envahi de représentations à tonalité incestueuses éminemment dangereuses. Il est alors dans la nécessité intrapsychique de s'éloigner de ses objets oedipiens, ce qui implique nous l'avons vu l'élaboration d'un

narcissisme suffisamment sécure. Or plus les conflits psychiques sont importants, plus la sexualisation de la pensée est grande : l'activité de pensée est ressentie comme une activité « coupable », car trop proche des désirs oedipiens interdits [10]. Cette sexualisation de la pensée peut alors être à l'origine d'une inhibition de la pensée, voire même parfois d'un processus d'attaque de la pensée.

E. KESTEMBERG fait remarquer dans un article sur la sexualité des adolescents que la révolution des agissements sexuels, leur libéralisation avec abolition apparente des tabous et de la culpabilité peut rendre plus difficile encore ce travail psychique à certains adolescents vulnérables. En effet, il s'identifie à l'idéologie de ses congénères, il est en quelque sorte modelé par cet « idéal du Moi collectif ». Or avec la révolution sexuelle ce n'est plus le fonctionnement intellectuel qui exerce une valeur de contre investissement équilibrant dans le domaine psychique, mais l'exercice de la sexualité. « Tout se passe comme si les conflits inhérents à la sexualité ne se situent plus au niveau du corps, mais au niveau du fonctionnement mental, intellectuel, voire de l'activité constructive en général par un véritable déplacement inconscient. Tout se passe comme si nous assistions à une resexualisation du fonctionnement mental qui alors devient la seule castration, la vraie, c'est-à-dire la destruction » [21].

Peu d'auteurs soulignent par ailleurs l'impact des progrès cognitifs sur la psyché à cette période. En effet en accédant, vers l'âge de 12 ans selon PIAGET à la pensée formelle, le jeune connaît un bouleversement de son rapport au monde. Il est désormais capable de raisonner par hypothèse, d'envisager l'ensemble des possibles et de considérer le réel comme un cas particulier [22]. Notons que le déploiement de cette pensée formelle précède celui de la puberté ce qui permet que s'ébauche un nouveau modèle de soi et des autres avant que ne survienne la sexualisation de la pensée. En ce sens il pourrait constituer un facteur protecteur lors des conflits psychiques de l'adolescence [23]. Cependant PIAGET évoque le fait que pour pouvoir utiliser avec plaisir la pensée réflexive, l'adolescent ne devait pas souffrir de conflit psychique. Ce à quoi N. CATHELINE ajoute que pour tolérer une remise en question de ses modes de pensée antérieurs, il faut des assises narcissiques suffisamment solides.

Sophie de MIJOLLA-MELLOR parle quant à elle de « paradis perdu de l'évidence » lorsque le sujet accède au Doute, c'est-à-dire perçoit qu'il existe des représentations contraires à celles forgées par le désir. L'avènement du Doute peut être soit le départ d'une activité nouvelle, soit une faille dans l'organisation psychique, à l'aménagement coûteux [24].

Ainsi les bouleversements entraînés par la sexualisation de la pensée sont-ils d'autant mieux tolérés que l'adolescent est muni d'un narcissisme suffisant pour pouvoir accéder à la pensée formelle et au Doute. Par contre l'existence d'une conflictualité intrapsychique autour du travail de séparation-individuation ou du désengagement aux objets œdipiens pourrait entraver l'accès à cette nouvelle forme de pensée et être à l'origine du maintien du lien anxieux aux parents [23], d'une « douleur à penser » et de difficultés scolaires [10].

## *B. Psychopathologie des phobies scolaires à l'adolescence.*

C'est donc autour de cette problématique que peut se concevoir la psychopathologie de la phobie scolaire à l'adolescence. Bien que ces dernières soient sujettes à de nombreux débats nosographiques, la dépendance, le narcissisme, l'affirmation dans une identité propre et le « pubertaire » ont une place essentielle dans ces discussions. Cependant les facteurs endogènes, propres à chaque adolescent, s'intriquent étroitement aux facteurs exogènes d'environnement. En ce sens, le travail psychique de l'adolescent phobique scolaire doit être situé au sein de facteurs socio-culturels et familiaux spécifiques.

La dynamique relationnelle et familiale est considérée pour certains comme fondatrice du symptôme [4]. Des enquêtes familiales ascendantes ont permis de mettre en évidence une augmentation des troubles thymiques ou des troubles anxieux et thymiques au 1$^{er}$ et 2$^{nd}$ degré d'enfants et d'adolescents présentant des phobies scolaires [BERNSTEIN et Coll. 1990].

Les travaux de DUGAS et GUERIOT ont révélé des traits de personnalité spécifique chez les parents de ces adolescents : la mère est décrite comme anxieuse et surprotectrice entretenant une relation de dépendance massive à l'adolescent, sur un mode ambivalent. En effet, elle est animée par un doute permanent quant à ses qualités de mère ce qui l'empêche d'adopter un comportement univoque [4]. Elle est alors en apparence très indulgente et permissive mais inconsciemment son discours dissimule une « rigidité profonde ». Schématiquement elle insiste en apparence l'adolescent à s'éloigner d'elle, « va à l'école », dit-elle, mais avec une signification en fait bien différente, perçue par lui « je ne supporterais pas que tu m'abandonnes »

D. MARCELLI et A. BRACONNIER insistent également sur l'anxiété excessive de ces mères et sur le lien d'hyperdépendance précoce mère-enfant. Pour ces auteurs, le lien mère-phobique / fille-phobique est fréquent, ce qui a conduit à parler de « névrose mutuelle » (ESTES et HAYLETT). Plusieurs auteurs soulignent également un état dépressif chronique chez les mères d'adolescents phobiques scolaires [1 ; 8 ; 10]. Cette dépression maternelle, accompagnée d'une culpabilité importante, conduit l'enfant à intérioriser une imago maternelle fragile, donc insuffisamment contenante pour lui assurer une autonomie psychique, et les bases d'un narcissisme solide. Le désir d'autonomie suscite alors un sentiment de culpabilité chez l'adolescent. D'autre part ces éléments de dépression maternelle activent chez lui des représentations de mort de la mère, très difficile à refouler [8]. L'incapacité à se séparer d'elle implique non seulement la crainte qu'il puisse lui arriver quelque chose en son absence, mais aussi la difficulté à élaborer un auto-érotisme suffisant pour être un temps autonome et pour changer d'objet, notamment pendant le temps scolaire, désinvestir la mère pour investir l'instituteur [25]. Ainsi cette insécurité interne est à l'origine d'une grande dépendance à l'environnement. Elle se traduit par un hyper-accrochage à la mère déprimée, ce qui renforce encore, en un cercle vicieux, l'insécurité interne de l'enfant [8], et alimente une blessure narcissique intense.

Dans ce jeu relationnel, le père dans la majorité des cas semble peu capable de tenir son rôle viril et paternel. Il est soit absent (divorcé, décédé, éloigné pour raisons professionnelles …) ou inaccessible, soit déchu de son rôle et de sa fonction [10]. Présent, il est dévalorisé par la mère, malade chronique ou invalide. Il souffre également fréquemment d'anxiété chronique [4 ; 10], et présente des éléments dépressifs. Dans une étude sur 62 cas de phobie scolaire à l'adolescence, GAL et MARCELLI [12] mettent en évidence des défaillances psychiques ou physiques dans 70% d'entre eux. Ainsi pour D. MARCELLI « l'adolescent garçon ne trouve pas auprès de son père des possibilités identificatoires suffisamment solides et positives de façon à utiliser cette relation oedipienne indirecte pour contre balancer l'emprise de la relation maternelle et s'en extraire ». Cet auteur considère alors la phobie scolaire comme une « phobie identificatoire ». Nous pouvons remarquer à cet égard que pour P. BLOS « l'émergence de la pensée formelle ou de son achoppement sont liés au destin de l'attachement libidinal du fils au père ». Une relation père-fils défaillante participerait donc à entraver l'accès à la pensée réflexive.

Cependant DUGAS et GUERIOT insistent sur le fait que cette démission du père se fonde essentiellement sur le « vécu fantasmatique » du triangle parents-enfant, et est suscité

par la représentation qu'en propose la mère. Elle peut alors recueillir le bénéfice d'un double rôle maternel et paternel. Le père réagit parfois en entrant en compétition, soit avec l'enfant pour gagner l'affection de la mère, soit avec la mère pour gagner celle de l'enfant. Cette dernière situation, tout à fait particulière, a fait dire à WARNECKE que « l'enfant bénéficie ainsi de deux mères anxieuses au lieu d'une ». Les bases d'un équilibre précaire où parents et enfant sont des « partenaires névrotiques » sont alors jetées [4]. Dans ce contexte, à l'occasion du moindre évènement déclenchant, la séparation scolaire vient détruire cette économie familiale fragile [4 ; 9 ; 10].

La psychanalyse insiste quant à elle sur l'existence d'une carence dans l'idéal du Moi liée aux difficultés d'identification à l'image paternelle défaillante. Cette carence ne peut se résoudre que dans l'insuffisance de l'organisation narcissique, c'est-à-dire dans l'incapacité à être seul [9], et expose principalement le garçon dans une relation à autrui marquée par le sceau de la passivité. LEBOVICI et LE NESTOUR estiment en effet que si « la phobie exprime bien l'interdiction du désir de séduction d'un objet oedipien, la dépendance passive qu'elle entraîne à l'égard de l'objet contra-phobique inscrit la sexualité sous le signe de la passivité ». Or cette soumission passive est extrêmement mal tolérée à cette période de la vie où la relation aux pairs joue un rôle majeur dans la construction identitaire. L'idéal groupal permet en effet une transition entre l'idéal du Moi de l'enfant et celui de l'adulte [10]. « Le corps psychique est étendu à plusieurs dans une micro-société de doubles, plus solides, plus ritualisés, qui protège chacun de ses membres du poids persécuteur de leurs relations internes intenables » [26]. De la même manière plusieurs auteurs (P. BLOS, E. KESTEMBERG, H. DEUTSCH) ont développé la notion de « Double de Soi » qui permet à l'adolescent, fille ou garçon, d'aménager plus facilement les bouleversements de sa vie intérieure en les étayant sur un ami inséparable, estimé pour un temps, identique à Soi.

Les adolescents phobiques scolaires vont au contraire éviter toute confrontation au groupe des pairs car elle exacerbe leur problématique de dépendance, notamment aux parents. Ils entretiennent alors plus facilement une relation amicale exclusive avec une personne du même sexe. Pour D. MARCELLI, il s'agit d'une tentative de désengagement du lien oedipien direct, en s'étayant sur le lien oedipien indirect. Cependant la négation du rôle du père pour le garçon, et la personnalité phobique et/ou anxieuse pour les filles, ne procure pas non plus à ces adolescents des possibilités identificatoires nécessaires pour trouver refuge dans cette relation duelle avec un autre adolescent du même sexe [10]. Il se retrouve par conséquent rejeté au sein de la famille.

La psychopathologie de l'adolescent phobique scolaire se situe donc au carrefour entre un lien d'hyper-dépendance avec une mère dépressive et anxieuse, une identification au parent du même sexe défaillante et un refuge impossible auprès de ses pairs ou d'un ami. Il en résulte une faille narcissique majeure. Avec l'avènement de la puberté, il se situe dans la nécessité intrapsychique de s'éloigner de ses objets oedipiens car l'activité de penser prend une tonalité incestueuse intolérable. Malheureusement, l'accès à cette autonomie psychique, l'investissement de l'objet « extérieur », lui est impossible car du fait d'un équilibre interne insuffisant elle devient synonyme d'effondrement narcissique. Cette situation de conflit intra-psychique compromet l'accès à la pensée formelle, et l'avènement du Doute précipite alors l'adolescent dans une véritable crise psychique qui ne parvient à s'aménager qu'à travers la phobie, et particulièrement la phobie « scolaire ». En effet le processus de pensée est dès lors ressenti comme persécuteur et l'école, par déplacement, devient le lieu symbolique de cette persécution par la pensée et par les désirs qui seraient susceptibles de s'y représenter. Dans ces conditions, l'adolescent peut s'engager dans une lutte active contre tout phénomène de pensée. Ce processus « d'attaque de la pensée » n'est pas sans évoquer les travaux de certains auteurs, dont J. GUILLAUMIN, sur l'affinité de l'adolescent pour la psychose [26].

Pourtant l'un des premiers auteurs à avoir abordé la psychopathologie des phobies scolaires, M. SPERLING écrivait que « la phobie scolaire fait vraiment partie du groupe des phobies ». Elle s'appuyait sur les travaux de FREUD où la phobie est décrite comme une névrose de la phase œdipienne en relation avec l'angoisse de castration et les conflits de ce stade, et considère donc les phobies comme une névrose liée à la phase anale du développement. « L'anxiété de séparation persistante résulte alors de l'interférence entre une résolution satisfaisante des conflits œdipiens et le maintien de l'ambivalence, du narcissisme, et des fantasmes d'omnipotences magiques qui caractérisent les stades prégénitaux » [4]. Pour d'autres auteurs, notamment américains, les phobies scolaires concernent des structures des personnalités très variées, névrotiques, caractérielles ou psychotiques, position à laquelle se rallient M. DUGAS et G. GUERIOT. Un peu plus tard, LEBOVICI et LE. NESTOUR, à travers une étude de cas, mettent en évidence un lien entre d'une part la phobie à l'adolescence et d'autre part le comportement psychopathique. Ils postulent alors « la faiblesse de l'élaboration phobique dans la phobie scolaire » qui « conduit facilement à l'idée d'une organisation prépsychotique ou en tout cas d'une élaboration névrotique très insuffisante ».

En effet la mise en cause des processus de pensée tels qu'évoqués précédemment amène la plupart des auteurs contemporains à détacher la phobie scolaire des adolescents du cadre des névroses pour y lire l'expression d'une organisation de personnalité pré névrotique [9 ; 13 ; 15]. Ces adolescents souffrent en effet d'inhibition diffuse du fonctionnement psychique et d'une altération profonde des capacités créatives. Ils perdent la maîtrise de leur vie fantasmatique, qui devient objet de répulsion, et dont ils cherchent à se protéger par des mécanismes de clivage et de protection. Le processus d'inhibition peut alors devenir envahissant et ravageur.

Dans cette perspective, nous rejoignons la thèse de J. GUILLAUMIN évoquée plus haut, concernant l'attrait de l'adolescent pour la « position psychotique ». Il décrit le besoin chez l'adolescent psychotique de « résister radicalement à l'instauration d'une séparation d'avec l'objet ou plutôt de manière plus élémentaire avec l'Autre ». Il s'agit de « conjurer l'altérité en tant que sa reconnaissance consommerait la perte d'une toute puissance narcissique irrenonçable, et son remplacement par une dépendance réclamant l'élaboration d'un appareil psychique dilaté et aménagé, conteneur d'absence ». Ces propos s'adaptent sans difficultés à la psychopathologie de l'adolescent phobique pour qui « il s'agit (également) d'épargner au Soi toute trace représentative d'un manque à pouvoir se représenter ». Il souligne la violence à l'adolescence de la peur de la psyché, et ses relations avec la haine psychotique contre l'appareil psychique et la différenciation.

Par ailleurs pour E. KESTEMBERG les phobies scolaires correspondent à une véritable « phobie du fonctionnement mental », ancrée dans une angoisse suscitée chez le sujet par sa production psychique propre. Elle met l'accent sur la peur des acquisitions scolaires, qui peut être ramenée non seulement à la peur de l'objet mais aussi à « l'angoisse de soi-même-acquérant-et-s'en-servant » [27]. Il semble que ce processus, intriqué à une pathologie du narcissisme, puisse aboutir à une mort psychique du sujet, qui se présente alors sous le masque de la phobie scolaire.

# III. CAS CLINIQUE

## *A. Thierry*

Thierry, âgé de 11 ans, est suivi depuis le début de l'année 2004 pour une phobie scolaire.

Son père, routier, est fréquemment absent dans la semaine. Il part loin et prévenu le plus souvent la veille pour le lendemain. Sa mère quant à elle ne travaille pas.

Thierry est le 3ème d'une fratrie de 4. Son demi-frère aîné Cédric est âgé de 21 ans. Cédric a été élevé par son père dès la naissance, et par conséquent n'a pas grandi avec Thierry. D'ailleurs Cédric vit désormais seul, et a une petite fille, Clara, âgée de 2 ans et hémiplégique depuis la naissance, ce qui a été la source d'importantes angoisses pour l'ensemble de la famille.

La naissance de Thierry s'effectuera dans un contexte marqué par une angoisse déjà importante. En effet peu de temps avant lui, sa mère avait accouché d'une petite fille, Prune, décédée à 8 jours de vie seulement d'une pathologie cardiaque. Le deuil sera d'autant plus difficile pour les parents de Thierry qu'ils ne pourront pas voir le corps de Prune, transférée en urgence à Paris, alors que la maman était à Angers. La famille n'a qu'une photo du bébé, dont le corps est enterré dans la région de leur domicile. Ainsi dès sa naissance Thierry sera surprotégé, sa mère vérifiera chaque nuit sa respiration, craignant à nouveau une disparition prématurée.

Thierry aura ensuite un petit frère Romain, âgé de 10 ans, qui se porte bien. La grossesse suivante par contre, gémellaire, se soldera par une fausse couche à 21 semaines d'aménorrhée, après la deuxième échographie. Cette nouvelle perte sera extrêmement douloureuse pour la mère de Thierry, et réactivera violemment le deuil de Prune. La cadette de la famille Odile est âgée de 2 ans et va plutôt bien, malgré une attitude «en alerte » au cours des entretiens familiaux où elle sera constamment présente.

Dans ce contexte à tonalité particulièrement morbide, Thierry développera dès l'enfance une anxiété de séparation pathologique. Les grossesses successives alimentent un climat d'insécurité au sein de la famille. De plus sa mère est contrainte d'être hospitalisée au cours des grossesses. Thierry vivra très mal ces hospitalisations et on note des épisodes de refus anxieux de l'école au cours des hospitalisations de la mère (soit en CP et en CM1). Le

climat d'insécurité est encore majoré par l'annonce de deux autres décès : celui de sa grand-mère maternelle en 2000, et d'un oncle paternel en 2001(décédé d'une cirrhose compliquée d'un cancer hépatique). Dès lors la mort apparaît de façon intense à l'adolescent, tant dans les fantasmes que dans la réalité. Chaque grossesse réactive une angoisse de mort, non seulement de la mère de Thierry pour ses enfants, mais aussi de Thierry pour sa mère. Ce vécu est aggravé par le non-dit qui règne autour de la mort de Prune, dont les circonstances n'avaient jamais été abordées devant lui avant sa prise en charge.

Si l'anxiété de séparation sera relativement bien tolérée jusqu'ici, l'entrée dans la préadolescence va précipiter Thierry dans une symptomatologie aigue de refus anxieux de l'école, avec une angoisse intense et une impossibilité absolue de s'éloigner de sa mère. Thierry se trouve ainsi sur « le chantier d'un travail objectal impossible » [H.LIDA-PULIK]. L'activité de penser devient hautement synonyme de mort, pour lui-même car il est dans la nécessité de s'éloigner psychiquement de sa mère, ce qui le menace d'effondrement du fait d'un équilibre narcissique précaire étroitement lié à celle-ci, et pour sa mère, menacée de mort par ses grossesses.

Cet équilibre narcissique précaire est en lien étroit avec l'état dépressif de cette dernière qui ne parvient pas à faire le deuil de Prune. Cela évoque à cet égard le travail d'André GREEN qui décrit dans « la mère morte » [28] différents modes de défenses d'un enfant confronté à une imago maternelle fragile, absorbée par un deuil. Pour cet auteur les conséquences sont d'autant plus sévères que ce dernier est lié à la mort d'un enfant en bas âge, et dont les circonstances font l'objet d'un secret. En effet dans ces conditions l'enfant peut s'accuser à tord d'être responsable de cette dépression maternelle du fait des pulsions qu'il éprouve à l'égard de l'objet. Il semble exister quelque chose de similaire chez Thierry qui a toujours été confronté à une imago maternelle fragilisée, notamment par le décès de Prune, qui se déprimera à nouveau à l'occasion de sa fausse-couche et du deuil de sa mère. Dès lors penser à sa mère revient pour l'adolescent à convoquer la représentation d'une mère susceptible de se déprimer. Pour se protéger de la douleur d'une telle perte nous pouvons penser que l'adolescent désinvestit massivement la représentation de l'objet maternel, aboutissant à l'extrême à « un meurtre psychique de l'objet » [28]. Cependant entraîné dans ce mouvement il semble désinvestir non seulement cette imago maternelle mais aussi tout le champs de sa pensée, ce qui le conduit à un « meurtre psychique de lui-même ». Un autre mécanisme décrit par A. GREEN retient ici notre attention : l'identification du sujet à l'objet du deuil maternel c'est-à-dire pour Thierry à sa sœur Prune. Ainsi par cette « mort

psychique » Thierry s'identifierait à cette dernière devenant alors le centre des préoccupations maternelles.

L'adolescent s'interdit ainsi toute activité psychique et l'école devient le lieu de projection de cette interdiction. Il manifeste tour à tour, soit une symptomatologie d'attaque de panique sur le trajet de l'école, soit une inhibition avec une présentation et une verbalisation pauvre. Nous pouvons remarquer à la suite de H. LIDA-PULIK [13] que l'espace à parcourir pour se rendre à l'école est extrêmement dangereux car il vient symboliser le déroulement de la pensée, la distance en quelque sorte à parcourir pour s'éloigner de l'objet.

Une prise en charge initiale en février associe la participation à des ateliers de sport en hôpital de jour, des entretiens psychothérapeutiques individuels d'une part et familiaux d'autre part et un retour très progressif à l'école. Sur le trajet du collège il est accompagné par un soignant. Lorsqu'il ne parvient pas à s'y rendre, il est pris en charge quelques heures avec une institutrice spécialisée de l'unité d'hospitalisation.

Sa participation aux ateliers est satisfaisante. Par contre au cours des entretiens individuels la tension est palpable, Thierry s'exprime peu sur sa symptomatologie. Sa présentation laisse filtrer une sourde angoisse, jamais verbalisée, jamais saisissable, intriquée à une apparente inhibition intellectuelle. Le vide insupportable au cours d'un entretien sera un jour comblé par un vomissement de Thierry sur le sol. L'évolution demeure insatisfaisante.

Les entretiens familiaux sont assez difficiles à organiser initialement. Le père de Thierry, ouvertement opposé à ce type de prise en charge, y participe peu, d'autant plus que sa profession le contraint à être souvent parti, à l'improviste. Sa mère en revanche sera particulièrement volontaire, demandeuse d'une séparation grâce à une hospitalisation à temps plein. Cette hospitalisation sera très mal vécue par Thierry qui s'effondrera sur le sol en hurlant sa détresse lors du départ de sa mère. Pourtant cette séparation sera bénéfique pour l'ensemble de la famille. Le père de Thierry est touché par le manque de son fils et la mère parvient à évoquer, avec beaucoup d'émotion le deuil de sa fille Prune. De plus elle confie sa peine et sa dépression personnelle au cours des après-midi, moments difficiles où elle dit avoir de « mauvaises idées ». Elle reconnaît même que l'absence de Thierry, hospitalisé, est dangereuse pour elle, car elle pense à la mort et n'a plus son protecteur habituel…Thierry, présent au cours de l'entretien restera mutique, comme souvent, mais très attentif et impressionné de voir sa mère si forte, qui se montrera bien moins déprimée au cours des entretiens suivants.

L'implication massive de la mère de Thierry dans le soin aura un rôle thérapeutique majeur. L'adolescent réalise en effet que cette dernière survit à la séparation induite par l'hospitalisation et de plus il sera confronté au fil des entretiens à un imago maternelle de plus en plus stable. Dès lors il lui est possible de réinvestir cette représentation maternelle, ce qui ouvre éventuellement la voie par la suite au réinvestissement du champ entier de sa pensée. De plus l'évocation du deuil de Prune lui permettra en partie de déculpabiliser, de se sentir moins responsable de la dépression de sa mère.

Au cours de la prise en charge aucune chimiothérapie n'a été prescrite.

Progressivement Thierry semble plus détendu et s'exprime sur la mort. Il parvient fin juin à dire en rapport avec les proches décédés : « ma sœur et ma grand-mère vont mieux » (évoquant une plus grande stabilité de ses représentations intra psychiques). Les parents de Thierry constatent également cette amélioration et l'angoisse familiale diminue. Le retour à l'école se fait progressivement, mais le travail est interrompu par les vacances scolaires. Une sortie est organisée début juillet avec le projet de maintenir les ateliers une fois par semaine, pour conserver le lien thérapeutique.

La rentrée 2004, en 5ème, s'est effectuée correctement et Thierry pour l'instant, va au collège régulièrement.

### *B. Daniel*

Daniel est un garçon de 12 ans amené la première fois en consultation en février 2002 à la demande conjointe de son enseignant et de son médecin traitant pour « phobie scolaire ».

Tout aurait démarré en 2001, au moment où le père de Daniel a été hospitalisé en réanimation pendant 3 mois (comateux) en raison d'une pancréatite aigue hémorragique, mettant sa vie en danger. Daniel, alors âgé de 10 ans aurait présenté des « crises de nerfs » a chaque hospitalisation de son père. Puis dans les mois qui ont suivi, il se serait progressivement désintéressé de sa scolarité. En CM2, alors qu'il était bon élève, ses moyennes chutent considérablement. Au cours de sa première 6ème, les manifestations d'angoisse sont amplifiées, ainsi qu'un absentéisme scolaire. En milieu de scolarité ces angoisses l'obligent à plusieurs retours prématurés au foyer, où il retrouve son père en arrêt maladie.

Les parents ont « tout essayé » et les difficultés du garçon alimentent le climat d'insécurité du foyer et l'exaspération de tous. Les difficultés du préadolescent mettent en évidence des conceptions différentes sur l'attitude éducative à adopter et les conflits ouverts entre les trois partenaires du triangle parent-enfant sont de plus en plus fréquents.

Daniel est le petit dernier d'une fratrie de trois. Ses deux grandes sœurs ne présenteraient pas de difficulté particulière. Cependant le départ récent de la fille aînée de la maison, actuellement en apprentissage, contribue à l'exacerbation de l'angoisse chez Daniel qui était très attaché à sa sœur et à l'unité du foyer.

Le père de Daniel est ouvrier et de ce fait il était souvent absent avant sa maladie. Il exerce cependant au sein de la famille une autorité importante, marquée par une certaine impulsivité, élément atypique dans la dynamique familiale classiquement décrite dans la littérature. Il semble particulièrement fragile et déstabilisé par sa maladie (il est actuellement diabétique insulino-dépendant). Il s'est longtemps interrogé sur sa capacité à reprendre une activité professionnelle interrompue depuis 3 ans. Il l'a pourtant reprise, ce que Daniel a très mal vécu, réactivant chez lui une angoisse de mort.

Sa mère travaille comme aide ménagère. Elle est elle-même anxieuse et phobique (agoraphobique), sous tranquillisants, et actuellement en arrêt de travail prolongé « le temps que Daniel aille à l'école ».

Daniel aurait eu un développement peu précoce et très tôt aurait présenté des angoisses de séparation, chaque séparation générant des angoisses et des peurs de la maternelle à aujourd'hui. Il se présente comme un enfant timide, plutôt réservé et serait assez directif avec ses camarades dont il chercherait la compagnie, manquant terriblement de confiance en lui. Depuis deux ans il se désintéresse progressivement de tout et se replie sur lui-même, investissant des passions exclusives et transitoires comme l'égyptologie, les mangas, ou les jeux vidéo et les films fantastiques et violent, auxquels il consacre une grande partie de son temps libre.

Sur le plan scolaire les difficultés s'accroissent et Daniel doit redoubler sa classe de 6ème. Il souffre vraisemblablement sans pouvoir le dire de cet échec humiliant.

Les consultations réalisées au cours de l'année 2002/2003 ont épongés une partie de l'angoisse familiale, mais les troubles réapparaissent à la rentrée scolaire de septembre 2003 nécessitant la mise en place d'un contrat de soin avec hospitalisation de jour.

A ce moment Daniel présente des éléments de la série dépressive. L' ANAFRANIL® qui avait été entrepris par le médecin traitant est alors remplacé par le

ZOLOFT®. Un traitement par TEGRETOL® sera même tenté pendant quelques mois, mais sans efficacité probante.

Le mois de septembre est marqué par une légère amélioration au niveau des capacités d'échange de Daniel qui parait plus détendu et parle davantage. A domicile les conflits avec les parents s'amenuisent. En entretien Daniel parvient à évoquer des phobies et des idées obsédantes apparues assez jeune, il se souvient par exemple « d'avoir eu peur d'avaler sa langue ». Les parents sont initialement satisfaits et presque surpris de le voir aussi bien, bien que sa mère soit assez pessimiste et semble appréhender une rechute. Après une mise en contact avec les enseignants un retour à l'école est envisagé progressivement fin septembre, en débutant par un accompagnement infirmier de l'unité d'hospitalisation vers l'école.

Cet essai se soldera par un échec avec l'apparition début octobre de manifestations somatiques anxieuses multiples (céphalées, douleurs abdominales…) et refus catégorique de se rendre en classe. Une hospitalisation en psychiatrie à temps plein est alors décidée, en respectant toutefois des permissions le week-end.

A l'admission la désorganisation familiale est manifeste : le père de Daniel semble bouleversé par l'annonce faite la semaine précédente d'un taux d'invalidité, qu'il accepte mal, et sa mère présente une anticipation anxieuse majeure à l'idée que les problèmes de Daniel recommencent. Daniel, quant à lui, présente une inhibition affichée, un mutisme actif. Débute alors une hospitalisation marquée par des crises d'angoisses itératives au collège, avec retour prématuré dans l'unité d'hospitalisation

Daniel participe alors à divers ateliers à médiation corporelle, manuelle, culturelle... L'aide proposée est dans ce cas tout à fait différente car ici on ne sollicite pas la parole directement, vécue comme trop excitante. Le soignant qui anime ces ateliers tente d'amener l'adolescent à redécouvrir le plaisir de « faire avec » l'autre et opère ainsi par le biais des activités un mouvement de rapprocher, physique et psychique, plus tolérable pour lui. L'activité doit être attractive pour l'adolescent et correspondre à des centres d'intérêt personnels afin d'éveiller sa curiosité intellectuelle et tenter de relancer le processus de pensée. Elle peut également constituer un autre mode d'expression, particulièrement intéressant dans ce contexte. Daniel par exemple semble éprouver un réel plaisir à jouer de la guitare au cours de l'atelier musique. Par le biais de ces activités l'adolescent peut exprimer son ressenti et ses émotions autrement que par la parole, émotions qui peuvent alors être

reconnues par les soignants. Cela peut constituer un détour intéressant pour « entrer en contact » avec ces patients dont l'appareil cognitif est sidéré.

D'ailleurs les entretiens sont initialement difficiles, Daniel participe peu. Progressivement il parviendra cependant à exprimer la peur qu'il éprouve au sujet de son père qu'il décrit comme très autoritaire et parfois même violent. Il a le sentiment de devoir faire mieux que lui, ce dernier ayant arrêté sa scolarité en 6ème. Il parvient également à parler de l'agressivité qu'il ressent pour sa mère, sans pouvoir réellement élaborer le comportement tyrannique qu'il adopte parfois au sein de la famille. Daniel pleure souvent en entretien, souffre d'une angoisse profonde, exprime à deux reprises des idéations suicidaires, et menace même de se défenestrer.

L'approche de la dynamique familiale est difficile. Le père de Daniel s'emporte en effet très facilement lors de l'évocation de ses relations à ses propres parents. Nous apprenons cependant au fil des entretiens que ce dernier a grandi dans une atmosphère insécure et de violence. La mère de Daniel quand à elle ne voit plus son propre père depuis plusieurs années, qu'elle décrit comme alcoolique et, lui aussi, violent. Cependant son époux conserve une relation avec lui. Ce schéma vient ajouter au sentiment d'insécurité de Daniel et à la complexité de la dynamique familiale.

Au fur et à mesure des semaines la symptomatologie de Daniel se fige. Les parents sont de plus en plus démunis face à un adolescent qu'ils ne comprennent pas. L'institution devient le lieu de projection des difficultés personnelles de l'adolescent. Les entretiens deviennent pauvres, Daniel reste le plus souvent silencieux ou répète « qu'il n'a rien à dire », non pas réticent, mais comme perdu dans un vide psychique complet.

Finalement l'année se termine tant bien que mal entre les journées de scolarisation et les retours prématurés à l'unité d'hospitalisation. Un passage en 5ème est organisé, avec des enseignements de soutien en mathématique et en français.

Le cas de Daniel, bien que particulier, est intéressant. Particulier en effet du fait de la place du père dans la dynamique familiale. Son comportement autoritaire est à l'origine d'une instance Surmoïque puissante qui alimente l'angoisse de l'adolescent et son sentiment de culpabilité de ne pouvoir se séparer de sa mère. L'équilibre familial précaire sera déstabilisé à l'occasion de la pancréatite dont sera affecté ce père, qui frôle alors la mort. Cette maladie survient à un moment où le préadolescent connaît d'une part une réactivation de ses conflits oedipiens à travers la sexualisation de la pensée et la génitalisation de sa sexualité, et d'autre

part accède à une nouvelle forme de pensée, la pensée réflexive. Cette maladie concrétise alors la réalisation d'un probable vœu oedipien de voir disparaître son père pour en prendre la place. En son absence d'ailleurs, Daniel adopte, comme lui, un comportement tyrannique à l'égard de ses sœurs et de sa mère. Cet aspect est bien noté par le père qui nous dira, intolérant à l'absentéisme scolaire de son fils, et dans un mouvement contre-oedipien marqué : « Quand il ne va pas à l'école, il prend possession de la maison !... ». De plus il n'est pas anodin de remarquer que c'est à la reprise du travail de son père que les idées de mort surviennent, tant il semble insupportable à l'adolescent que ce dernier reprenne sa place dans la triade parents-enfant. Cette rivalité oedipienne réciproque, partagée entre Daniel et son père participe au désespoir absolu de l'adolescent qui s'exclamera : « Mon père est violent, il nous oblige à faire des corvées. Moi, ça me met dans une rage folle. Mais si je bronche, il me frappe. Alors, je vais dans ma chambre, seul, et je me force à ne penser à rien ! ». Ces propos montrent bien l'intensité des conflits et le fait que penser devient interdit dans la mesure où penser, c'est s'opposer, c'est exister en soi, en son nom propre. La phobie du savoir chez Daniel vient certainement en partie de cette peur de penser, et donc d'être menacé d'être tué par un père Saturnien qui dévore ses enfants pour éviter d'être lui-même tué par eux. Pour Daniel il n'y a alors plus d'autre solution que de s'interdire de penser, donc s'interdire d'exister, d'autant plus que cette activité de penser prend une tonalité incestueuse, dont il ne peut pas à se distancier.

La survenue d'idée suicidaire verbalisée pose question. On peut en effet se demander si la phobie scolaire n'était pas en réalité associée à un syndrome dépressif, lequel se complique par la suite d'idéation suicidaire. Cependant on remarque que malgré la prise en charge psychothérapeutique et l'utilisation de deux anti-dépresseurs et d'un thymorégulateur, on ne constatera aucune évolution. On peut alors se demander si les symptômes apparents de la série dépressive ne sont pas plus liés à un processus de lutte active contre tout phénomène de pensée à l'origine d'une inhibition psychomotrice importante. Cela évoque, dans une perspective plutôt phénoménologique, la thèse de P. BOURGEOIS selon laquelle il faudrait situer entre le comportement suicidaire et la dépression, le désespoir. N'est-ce pas plutôt le désespoir qui mène Daniel à la production d'idées suicidaires ?

Par ailleurs l'agressivité qu'il éprouve envers sa mère provient également du fait, qu'inconsciemment il lui reproche d'avoir autant besoin d'elle et de ne pouvoir s'en séparer sous peine de péril narcissique irrémédiable. Cette dépendance est d'ailleurs certainement entretenue par l'arrêt de travail prolongé de la mère de l'adolescent. Cette insécurité interne intriquée à une faille narcissique majeure, le contraint à un hyper accrochage objectal. Il se

situe dans l'incapacité psychique de désinvestir sa mère, pour investir sa propre pensée. En reprenant la thèse de P. JEAMMET, évoquée précédemment, il apparaît ici que Daniel n'a probablement pas pu, notamment du fait de facteurs de vulnérabilité, intérioriser des liens précoces aux objets de qualité, ce qui lui aurait permis que l'objet devienne en partie interne, « consubstantiel au sujet » [18]. Par conséquent en prenant de la distance par rapport à l'objet Daniel s'expose à un « vide intérieur », à un « manque intra-psychique » qui, selon J. GUILLAUMIN caractérise l'attrait pour la position psychotique de l'adolescent et peut être générateur d'une « violence mortelle contre soi-même » [26]. Par ailleurs P. JEAMMET souligne que ce type de fonctionnement qui « fragilise le moi et ses limites et favorise l'indifférenciation moi-objet » est psychotigène [18]. Ainsi on peut craindre pour Daniel une évolution vers une organisation psychotique, ce que certaines angoisses infantiles (la peur d'avaler sa langue par exemple) évoquaient déjà.

Enfin si la prise en charge, nous le verrons, est nécessairement plurielle le cas de Daniel montre combien il est essentiel d'y inclure les parents. L'une des difficultés réside souvent dans le fait, et c'est le cas pour le père de Daniel, que la demande thérapeutique est souvent limitée aux symptômes. L'approche familiale globale est vite perçue comme une menace pour le fragile équilibre de la famille. Cependant l'implication progressive, au fil des entretiens, du père de Daniel est un élément essentiel car elle permettra de donner à la problématique de Daniel une dimension transgénérationnelle et facilitera la prise en charge ambulatoire. De plus la mère de Daniel s'est moins déprimée qu'il l'imaginait probablement ce qui lui a permis d'avoir une représentation d'elle plus forte, plus contenante, ce qui consolide ses assises narcissiques.

Cependant malgré une prise en charge en hôpital de jour pendant tout l'été, Daniel n'est pas parvenu à « faire sa rentrée » scolaire ce début septembre 2004. Cliniquement il était paniqué à l'idée de descendre de la voiture de sa mère qui l'emmenait, après un refus catégorique de sa part de prendre le bus.

# IV. Phobie scolaire et suicide

## *A. Similitudes psychopathologiques*

Pour introduire son « Etude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte » P. JEAMMET présente le suicide comme « une énigme qui se double à l'adolescence d'un scandale » autour duquel se posent plusieurs questions : « est-ce simplement la recherche d'une destruction de soi-même ? ou n'est-ce pas en même temps le refus de se soumettre à une certaine réalité ? Colère meurtrière contre celui ou ceux qui déçoivent ou font défaut ? Désir de fusion avec ce ou ceux auxquels on ne veut pas renoncer ? » [29].

Nous pourrions nous poser ces mêmes questions au sujet des cas de Daniel et Thierry. Ils refusent également de se soumettre à une certaine réalité, ce qui les conduit à un repli sur soi massif, et d'autre part, le rapport à autrui est également central : ils ne parviennent ou ne peuvent pas trouver la bonne distance (sans fusion, ni abandon) avec leur entourage. S'installe alors progressivement une symptomatologie de refus anxieux de l'école « véritable signal d'alarme qui vient dire la précarité du fonctionnement mental du sujet, son impossibilité à être » [13].

Ces réflexions amènent à rechercher quelques similitudes psychopathologiques entre les adolescents phobiques scolaires et suicidants.

Rappelons qu'il ne s'agit en aucun cas de dessiner un profil psychopathologique de ces adolescents car pour l'un comme pour l'autre il n'existe pas de profil de personnalité univoque. Il s'agit plus comme l'explique P. JEAMMET au sujet des adolescents suicidants d'une « constellation de modalités du fonctionnement mental, qui associé selon des modes et des dominantes variables, sont évocatrices d'une vulnérabilité à la réponse suicidaire » [29].
On retrouve ainsi un certain nombre de point commun chez ces adolescents :

1) Une anxiété de séparation intense, qui intéresse pour cet auteur toutes les catégories d'adolescents suicidants.

2) Un narcissisme uniformément altéré.

3) Les caractéristiques familiales divergent mis à part une fréquente absence du père. Cependant il existe globalement plus fréquemment un équilibre familial précaire avec un défaut du rôle structurant de l'oedipe. P. JEAMMET insiste en effet chez les adolescents suicidants sur le peu de fixation anale avec en conséquence un rôle peu organisateur de l'oedipe inversé et une difficulté de l'élaboration de l'homosexualité psychique, ce qui rend plus difficile la relation à autrui.

Cela évoque, non seulement le travail de M. SPERLING [4] , pour qui la phobie scolaire correspond à une névrose de la phase anale, mais également l'excès de soumission passive décrite précédemment au sujet des adolescents phobiques scolaires du fait de leur impossibilité à s'étayer sur le lien oedipien indirect.

4) Une dépendance extrême aux objets de la réalité externe, et particulièrement à la figure maternelle avec une incapacité à supporter la perte et la séparation. Il en résulte une agressivité à l'égard du père ou de la mère.

5) Une inhibition importante de la vie relationnelle, avec un rétrécissement des investissements affectifs, présent également chez les adolescents suicidants à la phase de tension pré-suicidaire.

6) Une précarité du fonctionnement mental avec une moindre efficience des mécanismes de contention psychique chez les adolescents suicidants, du fait du caractère désorganisant du fonctionnement psychique [29]. Nous pouvons le corréler avec le défaut de maîtrise de la vie psychique des adolescents phobiques scolaires décrit par H. LIDA-PULIK [13]. Cela confère, dans les deux cas, une potentialité traumatique supérieure à tout évènement.

7) Les mécanismes de défenses psychiques retrouvés le plus fréquemment sont la projection et le clivage [9 ; 13 ; 29]. Cependant les adolescents phobiques scolaires ont également recours à une hyper-rationnalisation défensive, ce qui est plus rare chez les adolescents suicidants.

## *B. Le refus anxieux de l'école à l'adolescence : un équivalent suicidaire ?*

Nous avons vu que les mécanismes de pensées étaient vécus très douloureusement dans la phobie scolaire, comme pour Daniel ou Thierry. La sexualisation de la pensée entraîne une conscience de soi aigue et un désarroi émotionnel car le sujet ressent la nécessité inconsciente de s'autonomiser, mais n'y parviens pas. Il souffre alors d'un sentiment intense de constriction situationnelle qui le conduit à un repli sur lui-même, dans un mouvement d'isolation psychique et relationnel, éléments qui constituent également la première phase du syndrome pré-suicidaire décrit par RINGEL. De plus dans ce syndrome pré-suicidaire l'activité de pensée est elle aussi vécue douloureusement car elle est centrée autour du fantasme suicidaire, le sujet ne parvenant plus à élaborer d'autre issue à ses conflits intra psychiques que la mort. Il souffre également, pourrait-on dire, d'une « phobie du fonctionnement mental », toute la pensée étant progressivement sidérée. Ainsi, de la même manière l'agressivité ressentie à l'égard de l'autre se retourne ensuite contre le sujet dans un processus de répression intense de toute activité psychique.

L'adolescent phobique scolaire se situe donc dans une situation de crise psychique qui pourrait être définie, comme dans la crise suicidaire, comme « la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à l'impossibilité d'échapper à cette impasse ». Elle correspond « à une situation de rupture d'équilibre relationnel du sujet avec lui-même et son environnement » [30].

Ainsi la phobie scolaire ne pourrait-elle pas correspondre à une crise suicidaire où l'aboutissement ne serait pas un passage à l'acte « démonstratif » mais une sorte de « non-agir » activement soutenu ?

En effet puisque la problématique du narcissisme y est centrale, nous pourrions rattacher ce trouble, d'un point de vue nosographique, à ce qu'il est convenu d'appeler les « pathologies de l'agir ». Celles-ci, largement développée par P. JEAMMET, peuvent se diviser en deux grandes catégories :

- des conduites agies très spécifiques : trouble du comportement alimentaire, addictions, tentatives de suicides…
- des conduites de retrait faites « d'une passivité active, d'un non-agir soutenu et quelquefois violemment défendu ». Elles peuvent correspondre à toute

forme de désinvestissement, et particulièrement au désinvestissement de la pensée [31].

Nous évoquions précédemment le fait que les phobies scolaires pouvaient correspondre à un mécanisme psychique de défense face aux difficultés de ces adolescents à aménager la dépendance. Il apparaît alors que ce mécanisme pourrait aboutir à un processus de répression du travail psychique entraînant à l'extrême une véritable « néantisation psychique » [13], une mort psychique. Le refus anxieux de l'école peut alors être assimilé à un auto-sabottage des potentialités psychiques du sujet, teinté d'une dimension auto-destructrice inconsciente.

Ainsi si l'on admet l'existence de passage à l'acte suicidaire inconscient, la phobie scolaire pourrait être assimilée à un équivalent suicidaire. La notion d'équivalent suicidaire n' a pas de définition précise, cependant il ressort des travaux du groupement d'étude pour la prévention du suicide (GEPS) que d'une part, le narcissisme constitue le fondement de ces conduites [32], et d'autre part il s'agit de conduites où l'intentionnalité auto-vulnérante est inconsciente [33 ;34]. D. MARCELLI y apporte une dimension supplémentaire. Après avoir mis en garde contre une extension trop importante de cette notion, qui risquerait de l'en vider de son contenu, il préconise en effet de réserver ce terme aux « comportements au cours desquels le désir conscient d'attenter à sa vie n'a pas été exprimé, mais où la structure psychopathologique de l'adolescent, de même que son environnement familial et social, présentent de grandes similitudes avec ce que l'on observe chez l'adolescent suicidant » [10].

En ce sens il semble que le refus anxieux de l'école des adolescents pourrait être considéré comme un équivalent suicidaire. Il traduit une impasse existentielle qui aboutit à une inhibition diffuse du fonctionnement mental.

# V. PRISE EN CHARGE

Il convient désormais de s'interroger sur le type de prise en charge proposer. L'approche psychothérapeutique individuelle (donc essentiellement basée sur la parole et la réflexion) semble en effet insuffisante, dans la mesure où ces adolescents renoncent à leur pensée.

Par ailleurs, si l'on s'accorde un détour par les données de la littérature concernant l'évolution de ce symptôme, la nécessité de réfléchir à une prise en charge « adaptée » semble d'autant plus justifiée, car le pronostic est sévère. Si l'on considère le seul symptôme « refus de l'école » l'évolution semble satisfaisante puisque 40 à 60 % fréquentent à nouveau régulièrement l'établissement, résultats qui dépendent de la durée des troubles [10]. En revanche, si on tient compte de l'adaptation générale le pronostic est beaucoup plus discutable. On constate en effet une sociabilité médiocre [1 ; 4 ; 9 ; 10], une dépendance familiale importante, des relations affectivo-sexuelles perturbées. Dans un nombre assez important de cas des évolutions vers une marginalisation sociale sont signalées [1 ; 9 ; 10]. Chez la femme, LEBOVICI et LE NESTOUR insistent sur une organisation fréquente sur un mode agoraphobique sévère [9]. Le pronostic psychiatrique des phobies scolaires les plus graves conduit quant à lui à des évolutions vers des conduites perverses, psychopathiques, des états limites, des comportements paranoïaques [1 ; 9 ; 10 ; 34]. Les liens avec la phobie sociale, nous l'avons vu, sont également discutés [8 ; 17].

La question d'une prévention possible se pose alors. Elle passerait par une meilleure connaissance de cette pathologie, essentiellement auprès des institutions scolaires. Une étude réalisée auprès des enseignants concernant la perception et la prévention des comportements suicidaires des adolescents montre pourtant que ces derniers semblent peu mobilisés par ce problème, et que leurs réactions sont inadéquates. Elle conclue cependant que des modifications au niveau de leur formation et de leur encadrement pourrait favoriser une meilleure approche [36]. Développer un programme de prévention concernant les comportements à risque des adolescents semble toutefois être de plus en plus au centre des

préoccupations et divers partenariats se développent ainsi entre médecins, infirmiers scolaires, et secteurs psychiatriques.

L'approche thérapeutique quant à elle n'est pas univoque. Les auteurs s'accordent sur le bien fondé d'une prise en charge multidimensionnelle [1 ; 4 ; 10 ; 11 ; 37], nécessairement adaptée à chaque situation, c'est-à-dire tenant compte des multiples facteurs liés à l'enfant, à sa structure, aux parents, et à leur possibilité de mobilisation.

Ainsi par exemple M. SPERLING propose « un retour rapide du phobique sur le lieu de sa phobie ». Cependant le mode de réalisation qu'elle indique parait difficilement compatible avec cette rapidité : psychothérapie de l'adolescent et prise en charge parallèle de ou des parents par un autre psychothérapeute…

DUGAS et GUERIOT différentient quant à eux la conduite à adopter si l'enfant est vu précocement, où il est alors possible de s'autoriser une prise en charge en ambulatoire, où si la phobie est bien installée, le recours à l'hospitalisation semblant alors nécessaire [4].

La prescription d'anti-dépresseur ou de molécules efficaces sur l'attaque de panique est également proposée. Elle semble être un complément utile en cas de symptomatologie dépressive associée [4 ; 8 ; 11 ; 35]. Cependant le faible nombre et les imperfections des études contrôlées réalisées à ce jour ne permettent pas de proposer aujourd'hui le traitement pharmacologique en première intention [38]. Leur intérêt reste à évaluer au cas part cas, essentiellement pour lever en partie le repliement dépressif et faciliter la prise en charge psychothérapeutique.

Un retour progressif à l'école est organisé. Il entre parfois dans le cadre d'une thérapie cognitivo-comportementale qui, pour LUIS VERA, constitue « une approche thérapeutique efficace et validée empiriquement » [39]. Toutefois cet auteur reconnaît « qu'indépendamment de la fréquence scolaire satisfaisante, il persiste une fragilité au niveau d'autre difficultés psychologiques » [40]. C'est pourquoi les auteurs contemporains proposent d'associer la prise en charge cognitivo-comportementale (à base de relaxation, d'immersion dans la situation phobogène scolaire, de travail d'affirmation de soi) qui facilite la réinsertion rapide en milieu scolaire, aux autres approches « suivant un enchaînement temporel qui dépendrait des hypothèses diagnostiques formulées au départ » [41].

Parfois une hospitalisation est nécessaire, associée pour certains à un isolement total de la famille [42]. Bien que difficile à réaliser, cette période d'isolement peu être riche car elle dévoile de façon aigue les modes de fonctionnement pathologique de la famille, qui peuvent ensuite être réfléchi avec les intéressés. Cela permet également à l'adolescent de s'identifier au thérapeute, qui pendant cette période devient le lieu de projection de l'anxiété familiale et qui malgré cela ne s'effondre pas.

En réalité les prises en charges associent souvent, dans un ordre qui dépend de la singularité du sujet, l'approche psychothérapeutique individuelle, familiale, une pédagogie spécialisée, les techniques cognitivo-comportementales, la chimiothérapie, l'hospitalisation...

Cependant, l'ensemble des réflexions menées dans les chapitres précédent, nous amène désormais à considérer l'intérêt tout particulier que peut avoir une approche institutionnelle, en petit groupe pour ces adolescents phobiques scolaires.

Les principes de prise en charge développés par P. JEAMMET pour répondre à la problématique de l'agir pourraient trouver ici une indication particulière [43].

Il n'est pas le lieu ici de détailler ces modalités thérapeutiques, je souhaite juste en rappeler les éléments principaux, en tant qu'ils pourraient être particulièrement heuristiques pour les adolescents phobiques scolaires.

Schématiquement il s'agit de travailler selon deux axes. Le premier consiste en une revalorisation narcissique, susceptible de renforcer une identité menacée. Il s'agit de faire en sorte que l'on puisse « se nourrir de l'objet, sans savoir justement que l'on dépend de cet objet » [42]. Les activités d'occupation avec les adolescents jouent à ce titre un rôle prépondérant car par le biais de ce « plaisir partagé » elles permettent un rapproché avec l'adolescent qui n'est pas vécu comme trop intrusif. Le but est de prendre du plaisir ensemble, sans que l'adolescent réalise que ce plaisir est lié à la présence des autres. Renforcer un plaisir partagé permettrait alors par « ricocher » de retrouver un plaisir à être, à fonctionner.

Le second consiste à intérioriser des relations différenciées par le biais d' « une fonction tiers ». C'est tout l'intérêt des thérapies plurifocales qui montrent à l'adolescent que l'on ne peut pas tout lui offrir et qu'il y a une place pour l'Autre. Cette fonction différenciatrice les empêche de s'enfermer dans une relation de maîtrise.

L'intérêt d'un travail thérapeutique de groupe est également défendu par N. CATHELINE [23] qui s'intéresse particulièrement aux pré-adolescents qui présentent une impossibilité ou un refus d'investir leur pensée. Elle propose un modèle institutionnel de prise en charge fondé sur plusieurs ressorts thérapeutiques.

Il s'agit d'amener les adolescents à tolérer d'abord, et à aimer penser ensuite. Les ateliers thérapeutiques trouvent là encore une place primordiale, car ils permettent de déconnecter réflexion et cadre scolaire. Toute activité qui met en jeu le verbal est assimilée à la pensée et à la scolarité, alors que le « faire » évoque les loisirs et les jeux. Au cours de ces ateliers (à médiation manuelle, culturelle, corporelle, imaginative et créative), qui doivent nécessairement l'intéresser, un médiateur aide l'adolescent à se réconcilier avec sa pensée. Il introduit de la distance dans la relation et rend l'accès à la parole plus facile. Les activités proposées doivent leur permettre d'exprimer des désirs venant d'eux-mêmes, les mettre en contact avec une approche culturelle susceptible de les intéresser. Le but est qu'ils puissent rêvasser en présence de quelqu'un, et que « s'exprime les parties les plus saines de leur appareil psychique pour renforcer les assises narcissiques ».

L'essentiel, surtout au début de la prise en charge, est de reconnaître leurs émotions. En effet l'appareil cognitif chez les adolescents phobiques scolaires, comme en situation de crise suicidaire, est totalement sidéré. Il est donc vain de leur demander d'élaborer le contenu de leur pensée puisqu'ils sont dans l'incapacité d'exercer toute activité de pensée. Aussi faut-il mieux s'orienter initialement vers la validation et l'expression des sentiments ressentis : perte, peur, haine, colère, idées de mort etc… Cette approche doit être valorisée non seulement au cours des ateliers mais aussi en entretien.

Par ailleurs il est important de tenir compte du rôle pris par les pairs à cet âge. Au sein des ateliers l'utilisation du groupe est constante. La structure fonctionne en groupe ouvert (de nouveau adolescent peuvent à tout instant entrer dans un groupe, sans que celui-ci ne dépasse 5 à 6 participants), ce qui permet la constitution d'un « idéal groupal », nouveau support identificatoire. Comme le souligne P. JEAMMET le groupe « facilite l'étayage narcissique » car « c'est parce qu'on lui renvoie plusieurs images de lui que l'adolescent peut les critiquer et acquérir la liberté de présenter une image encore différente et qu'il ressent comme la sienne ». La participation à des ateliers peut donc être un ressort thérapeutique précieux. Cela permet une « stratégie du détour » pour relancer le « plaisir de pensée » [23].

Il est également indispensable d'effectuer un travail en direction du lien entre parent et adolescent. L'institution de soin desserre peu à peu ce lien, par sa fonction médiatisante,

étayante et séparatrice, comme cela a été le cas pour Thierry où chacun des « protagonistes », adolescent, mère et père a pu prendre un peu de distance et est parvenu progressivement à verbaliser ses émotions. L'institution permet d'ouvrir un nouvel espace de relation entre les parents et l'adolescent.

Dans ce type d'institution le personnel soignant est toujours le même, il n'y a pas de roulement entre les équipes, ce qui permet que s'instaure une relation privilégiée entre un adolescent et un soignant donné, et que se joue de multiples identifications croisées. Ce dispositif, type hôpital de jour, se concentre de plus sur un temps relativement court (18 mois) avec des plages horaires régulières, ce qui le distingue des thérapies institutionnelles classiques et réalise ce que N. CATHELINE appelle « bouillon de transfert », expression correspondant au travail de relance des processus identificatoires. Cela crée également une « co-pensée » entre adolescent et adultes, la pensée de l'un s'appuyant sur la pensée de l'autre pour en créer une troisième.

Ce travail de co-pensée qui débute en atelier trouve ensuite sa finalité en consultation, regroupant psychiatre, infirmier référent, les deux parents et le jeune. Le médecin après avoir écouté chacun, formule des hypothèses sur une lecture possible des enjeux, formalisant une activité de pensé. A l'adolescent ensuite de saisir ce moment pour en développer une à son tour.

Enfin l'auteur insiste sur l'importance des relations avec l'école, qui permet souvent de dépassionner les relations entre les parents et l'établissement.

Ce type de prise en charge, en complément des thérapeutiques traditionnelles, pourrait être intéressant à développer pour aider l'adolescent phobique scolaire à retrouver une certaine vitalité psychique.

# CONCLUSION

L'étude de la phobie scolaire à l'adolescence est particulièrement riche par la pluralité des débats actuels concernant l'approche psychopathologique, thérapeutique, l'aspect nosographique, la densité des tableaux cliniques…

Ces adolescents se situent dans une véritable impasse existentielle, une crise psychique, qui nous a semblé présenter quelques similitudes avec celle vécue par l'adolescent suicidant. L'un, dans son désespoir, adopte des conduites agies ayant pour cible le corps, l'autre, un non-agir activement soutenu, ayant pour cible la pensée, avec finalement en toile de fond pour chacune de ces conduites, la mort.

La mise en cause des processus de pensée nous oriente plus, à la suite de S. LEBOVICI et A. LE NESTOUR, vers une organisation pré-psychotique. Pour J. GUILLAUMIN tout adolescent peut présenter un attrait pour la position psychotique dont il tente de se dégager par différents moyens, par exemple la voie du suicide qui « obéit à un effet d'identification magique vécu fantasmatiquement comme salvateur contre l'horreur de la vie psychique »[26]. La phobie scolaire, dans sa dimension suicidaire, ne pourrait-elle pas correspondre à une autre de ces issues ?

Cependant au delà de ces débats de nombreux axes de réflexion persistent. En effet la réalité psychique interne de l'adolescent entre en résonance étroite avec le Monde dans lequel il vit. Dès lors, que signifie dans notre société cet intérêt récent pour la phobie scolaire ? Quels liens existe-il avec l'évolution des différentes valeurs concernant la famille ( disparition du modèle familial nucléaire, évolution du concept de parentalité…) l'individualisme, la disparition d'une certaine cohésion sociale ( disparition des rites initiatiques, funéraires…), la promotion de l 'ascension sociale, la compétitivité…Nous pouvons remarquer également que les phobies sociales sont elles aussi particulièrement débattues actuellement avec la question de la relation phobie sociale/phobie scolaire, phobie sociale/crise suicidaire [44].

Ainsi à la suite d'E. KESTEMBERG qui s'attache par exemple à tisser des liens entre la libéralisation des mœurs sexuelles et le travail psychique à l'adolescence [21], nous pourrions nous demander quel est le rôle exact joué par l'évolution de ces valeurs, notamment de l'individualisme, dans ces pathologies « du lien » ou « de la distance » à Autrui.

Il n'est peut être pas anodin dans ce contexte de souligner l'efficacité particulière des prises en charge institutionnelles et de groupe nouvelles, comme pour restaurer un peu de lien social.

## BIBLIOGRAPHIE.

1) BIRRAUX A. Refus scolaire et difficultés d'apprentissage à l'adolescence. Encycl.Med.Chir (Paris, France) Psychiatrie. 37-216-D10, 1999, 4p.

2) DSM III, DSM IIIR Washington DC : APA Press ; 1992.

3) AJURRIAGUERRA J. Manuel de psychiatrie de l'enfant. « L'enfant et l'école ».Paris : Masson ; 1974.

4) DUGAS M, GUERIOT C. Les phobies scolaires, Etude clinique et psychopathologique. Psychiatrie de l'enfant 1977 ; 20 : 307-382.

5) BIRRAUX A. Eloge de la phobie. Paris : PUF ; 1993.

6) HERSOV L. Le refus d'aller à l'école. Une vue d'ensemble. In : CHILAND C, YOUNG JG. Le refus de l'école un aperçu transculturel. Paris : PUF ; 1991 ,13-45.

7) HOUZEL D, BASTARD A. Les troubles névrotiques de l'enfant. Encycl Méd chir (Paris, France) Psychiatrie.37305,A,10,7,1983.

8) GOLSE B. Phobie scolaire, phobies scolaires. Nervure 2002 ; 26 (6).

9) S. LEBOVICI et A. LE NESTOUR. A propos des phobies scolaires graves. La psychiatrie de l'enfant 1977 ; XX, 2 : 383-432.

10) MARCELLI D, BRACONNIER A. Adolescence et psychopathologie. Paris : Masson ; 2004.

11) LHERME-PIGANIOL E, CHEMINADE C. Jamais sans ma mère. Synapse 1996 ; 131 : 17-23.

12) GAL JM. Déchirures : 62 phobies scolaires. Contribution clinique et psychopathologique à l'étude des phobies scolaires de l'enfant et de l'adolescent [Thèse]. Poitiers ; 1993.

13) LIDA-PULIK H, COLIN B, BASQUIN M. La phobie scolaire à l'adolescence. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 1996 ; 44 (5) : 211-214.

14) SUZUKI. Le refus d'aller à l'école vu à travers la thérapie familiale. In : CHILAND C, YOUNG JG. Le refus de l'école, un perçu transgénérationnel. Paris : PUF ; 1991.

15) BERNARDI M. Dépression et phobie scolaire à la pré-adolescence. Neuropsychiatr.Enfance Adolesc 1998 ; 46 (10-11) :543-555.

16) FRANCOIS-PONCET CM. La phobie scolaire. Nervure 2002 ; 26 (6) :27-31.

17) SERVANT D. Les phobies sociales chez l'enfant et l'adolescent. Neuro-psy 1999 ; numéro spécial : 44-50.

18) JEAMMET P. Diagnostic et évaluation des troubles psychiatriques à l'adolescence. L'information psychiatrique 2003 ; 79 (8) : 701-708.
19) JEAMMET P, CORCOS M. Problématiques nouvelles à l'adolescence : la dépendance et ses aménagements. Références psychiatriques, Paris : Doin ; 2000.
20) GUTTON P. Le Pubertaire. Paris : PUF ; 1991.
21) KESTEMBERG E. La sexualité des adolescents. In : S. C. FEINSTEIN, P. L. GIOVACCHINI et al. Psychiatrie de l'adolescent. Paris : PUF ; 1982 ; 53-67.
22) PIAGET J, INHELDER B. De la logique de l'enfant à la logique de l'adolescent. Paris : PUF ; 1955 ; vol 1.
23) CATHELINE N. Quand penser devient douloureux. Intérêt d'un travail thérapeutique de groupe en institution et avec médiateur dans la pathologie du jeune adolescent. Psychiatrie de l'enfant 2001 ; XLIV ( 1) : 169-210.
24) DE MIJOLLA-MELLOR S. Le plaisir de pensée. Paris : PUF ; 1992.
25) DENIS P. Le renouvellement de l'approche des phobies. Le carnet-Psy 2000 ; 58 : 28-29.
26) GUILLAUMIN J. Haine de la psyché et position psychotique de la réalité à l'adolescence. Adolescence 1991 ; 9 ( 2 ) : 341-351.
27) E. KESTEMBERG. Quelques notes sur la « phobie du fonctionnement mental. ». Rev.franç.Psychanal.1986 ; 5 :1339-1344.
28) GREEN A. Narcissisme de vie, narcissisme de mort. Paris : Minuit, Critique ; 1988.
29) JEAMMET P, BIROT E. Etude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte. Paris : PUF ; 1994.
30) Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Paris :John Libbey Eurotext ; 2000.
31) JEAMMET P. Actualité de l'agir, à propos de l'adolescence.201-222.
32) PUECH D. L'équivalent suicidaire au travers de l'urgence psychiatrique. Psychologie médicale 1981 ; 13 ( 8) :1161-1162.
33) FELINE A. Conduites suicidaires, pour la pratique…on retiendra…Revue du praticien 1987 ; 37( 13) : 745-747.
34) VINDREAU C, SLAMA MF, GINESTET D. Les équivalents suicidaires.Revue du praticien 1987 ; 37(13) : 737-743.
35) LAGET J. Absentéisme, troubles somatoformes et phobie scolaire à l'adolescence. Méd-Hyg 1998 ; 56 : 2408-11.

36) BONNET D, CHABROL H, RAYNAUD JP, MORON P. Perception et prévention des comportements suicidaires de l'adolescent : une évaluation en milieu scolaire. Neuropsychiatrie de l'enfance 1994 ; 42 (6), 240-248.

37) TREMBLAIS-DUPRE T. Crise d'adolescence et rupture scolaire. Perspectives psychiatriques 1987 ; 26 :126-132.

38) VANTALON V, LECENDREUX M, MOUREN-SIMEONI MC. Indications des traitements psychotropes chez l'enfant, Encycl. Med. Chir (Paris, France) psychiatrie.37-209-A-10,2001.

39) VERA L. Les psychothérapies comportementales dans les phobies scolaires. La médecine infantile 1990 ; 7 :543-548.

40) PETIT F. Enfants et adolescents, approche comportementale. Soins psychiatrie décembre 1991, janvier 1992 ; 134-135.

41) LAARIBI H, FRIKHA L, MARCHANDON AM. Traitement comportemental d'un cas de phobie scolaire. Journal de thérapie comportementale et cognitive 2001 ; 11 ( 2 ) : 70-73.

42) KABUTH B, LOZNIEWSKI R, FERRAND M, VIDAILHET C. Phobie scolaire et hospitalisation pédiatrique : d'une séparation à l'autre. Neuropsychiatrie de l'enfance 1994 ; 42 (8-9), 561-563.

43) JEAMMET P. Les agirs à l'adolescence. Revue pratique de psychiatrie 1996 ; 1 :17-24.

44) GOHIER B, CHOCARD A-S, GOËB J-L, RANNOU-DUBAS K, MALKA J, DUVERGER P, GARRE J-B. Phobie sociale et crise suicidaire : le non-dit comme dénominateur commun. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale 2003 ; 7(65) : 47-50.