

Solitude et adolescence : implications cliniques et perspectives. Revue de littérature

Loneliness and adolescence : clinical implications and outlook. Literature review

V. Van Rode, M. Rotsaert et M. Delhaye

Service de Psychiatrie, Hôpital Erasme, ULB

RESUME

Le sentiment de solitude touche les individus de tout âge ; cependant l'adolescence est la période de la vie où la prévalence est la plus élevée. L'adolescence est également la période de la vie durant laquelle une majorité des maladies psychiatriques émergent. Le sentiment de solitude est corrélé à des indicateurs de santé mentale : les symptômes dépressifs, la faible estime de soi, l'anxiété et le stress. L'adolescent subit des transformations importantes au niveau social et individuel, il redéfinit son réseau social, ce qui le fragilise et le rend susceptible de développer une maladie mentale. De nombreux auteurs suggèrent que c'est l'état chronique du sentiment de solitude qui doit alerter quant au risque de développer une maladie psychique. Tout clinicien devrait s'intéresser au phénomène de solitude qui découle d'une incapacité à établir des relations interpersonnelles satisfaisantes. Il apparaît donc que la création de programmes de prévention et d'intervention, pour les adolescents incapables d'établir des relations interpersonnelles satisfaisantes et qui, par conséquent, sont à risque de développer un sentiment de solitude à moyen et à long terme, est souhaitable

Rev Med Brux 2015 ; 36 : 415-20

ABSTRACT

Loneliness is particularly prevalent during adolescence, a time also associated with the appearance of psychiatric illnesses. Loneliness has been linked to a number of mental health indicators such as depressive symptoms, self-esteem, anxiety, and perceived stress. During adolescence, the individual undergoes major social and personal transformations through redefining their social network thus making them more susceptible to developing mental health problems. Some studies suggest that the risk of mental health problems arises when an adolescent is repeatedly faced with loneliness. Mental health workers should therefore focus on any given adolescent's inability to establish satisfactory interpersonal relationships as a predictive element of loneliness. Thus, it would seem that the development of loneliness prevention and intervention programs aimed at adolescents who are unable to establish satisfactory interpersonal relationships could be of benefit to many.

Rev Med Brux 2015 ; 36 : 415-20

Key words : loneliness, adolescence, depressive symptoms

LE SENTIMENT DE SOLITUDE

La solitude est un problème touchant les individus de tout âge. Il convient de différencier la solitude et le *sentiment* de solitude¹, " *loneliness* " en anglais. La solitude (du latin " *solus* " signifiant " seul ") est l'état ponctuel ou durable d'un individu

seul qui n'est engagé dans aucune relation avec autrui. Le *sentiment* de solitude est défini comme une réponse émotionnelle négative associée au décalage entre la qualité attendue du réseau social et la réalité².

A. Mayrat définit la solitude de deux façons : la solitude objective et la solitude subjective. La solitude

objective est un état de fait observable d'isolement, c'est-à-dire la privation de compagnie sociale. Cette solitude peut être recherchée ou subie. La solitude subjective échappe à l'observation et au contrôle, c'est un phénomène ressenti ; elle relève de la sphère émotionnelle. Par conséquent, angoisses et douleur peuvent être éprouvées par l'individu^{3,4}.

LE SENTIMENT DE SOLITUDE A L'ADOLESCENCE

Bien que des recherches^{5,6} aient révélé que les enfants peuvent également ressentir un sentiment de solitude et sont capables de le décrire correctement⁷, l'adolescence reste une période de la vie pendant laquelle la prévalence du sentiment de solitude est particulièrement élevée⁸. Ainsi, la solitude subjective augmenterait au début de l'adolescence pour retomber au début de l'âge adulte et finalement remonter légèrement à un âge plus avancé⁹.

Plusieurs raisons sont invoquées pour expliquer l'augmentation au début de l'adolescence : une réorganisation du système d'attachement¹⁰ ; passer du cadre et du référentiel familial à celui du groupe amical est une démarche qui aide l'adolescent à s'émanciper de la sphère familiale et à acquérir une autonomie ; un questionnement sur l'identité¹¹ et des transformations au niveau cognitif¹².

L'adolescent passe un quart de son temps seul¹³. A ce jour, on ne connaît pas la raison d'être de ce besoin de solitude.

Alors que certains adolescents ressentent une affinité pour la solitude, d'autres ont tendance à la fuir¹⁴. L'affinité ou l'aversion pour les moments seuls pourrait entraîner une diminution ou une augmentation, respectivement, du sentiment de solitude¹⁵. L'adolescent souffrant de solitude subjective pourrait développer une affinité pour les moments de solitude dans un but d'adaptation ; l'adolescent réduirait ainsi l'écart entre le réseau social désiré et réel. A moyen terme, le ressenti négatif lié à la solitude subie serait ainsi diminué.

Bouleversements émotionnels à l'adolescence

Des éléments de réponse quant aux différences individuelles dans le développement des symptômes psychopathologiques à l'adolescence peuvent être trouvés dans la capacité de régulation émotionnelle¹⁶. Ainsi, Bradley¹⁷ et Steinberg et Avenevoli¹⁸ postulent que certains individus ne parviennent pas à s'adapter à la société à cause d'une incapacité à réguler leurs émotions.

L'adolescence s'accompagnant de modifications physiques, psychiques et sociales qui entraînent une intensification des expériences émotionnelles, se profile comme étant la période idéale pour étudier les processus impliqués dans la régulation des émotions. Ainsi, Steinberg¹⁹ propose que l'incapacité du sujet adolescent à réguler son comportement et ses émotions ainsi que son désir de prise de risques

seraient responsables de l'augmentation du nombre de décès à l'adolescence.

L'adolescence est également la période de la vie durant laquelle une majorité des maladies psychiatriques émergent²⁰. C'est notamment à cet âge que la fréquence des troubles anxieux est la plus élevée²¹ et le suicide est la quatrième cause de décès²².

Corollaires du sentiment de solitude à l'adolescence

Le sentiment de solitude à l'adolescence est corrélé à un grand nombre d'indicateurs de santé mentale dont les plus importants sont les symptômes dépressifs, la faible estime de soi, l'anxiété et le stress^{23,24}. Parmi ceux-ci, la symptomatologie dépressive et la faible estime de soi sont le plus fortement corrélées au sentiment de solitude²⁵.

La question reste ouverte, cependant, quant aux liens éventuels entre ces indicateurs de santé mentale et l'évolution de la solitude subjective à moyen et à long terme.

Dépression

Les adolescents qui rapportent plus d'émotions négatives telles qu'un sentiment de solitude et une plus grande labilité émotionnelle rapportent également davantage de symptômes dépressifs²⁶.

Les relations réciproques entre la solitude subjective et la dépression suggèrent qu'il y a, d'une part, un risque élevé pour les adolescents qui expriment un sentiment de solitude de développer une dépression ainsi que, d'autre part, un risque élevé pour les adolescents dépressifs de développer un sentiment de solitude.

Chercheurs et praticiens s'accordent donc sur le fait que le sentiment de solitude et les symptômes dépressifs sont liés²⁷. La solitude subjective est même parfois envisagée comme un symptôme de la dépression, notamment dans certains questionnaires traitant de la dépression²⁸.

Cependant, par le passé, il a été démontré que ces deux entités sont clairement distinctes : l'une peut être présente sans l'autre²⁹ et l'une peut évoluer indépendamment de l'autre. On a notamment pu constater que la soudaine augmentation des symptômes dépressifs chez les adolescents ne s'accompagnait pas d'une augmentation similaire pour le sentiment de solitude³⁰.

Lasgaard³¹ *et al.* ont mené une étude transversale sur une population d'adolescent danois, au cours de laquelle ils ont récolté les scores de dépression obtenus au *Beck Depression Inventory for Youth -BDI-Y-* (Thastum *et al.* 2009) et les scores de sentiment de solitude à l'*UCLA Loneliness Scale* (Lasgaard 2007) à un an d'intervalle. L'analyse statistique n'a montré qu'une relation unidirectionnelle de la dépression vers

l'apparition d'un sentiment de solitude. Vanhalst *et al.*³², par contre, suite à une étude transversale récoltant les données sur 5 ans, dont le design prévoyait la collecte des données une fois par an (utilisant une échelle à 6 items de Kandel et Davies pour les symptômes dépressifs et la " *Loneliness and Aloneness Scale for Children and Adolescents* " de Marcoen *et al.* pour évaluer le sentiment de solitude font état de relations bidirectionnelles, le sentiment de solitude, toutefois, étant plus prédictif et exerçant une plus grande influence sur la dépression que le contraire.

Estime de soi

L'estime de soi a été associée au sentiment de solitude³³ dans l'enfance, à l'adolescence et à l'âge adulte³⁴.

Des chercheurs ont observé l'importance du réseau social³⁵ et du statut social³⁶ à l'adolescence pour le maintien de l'estime de soi. Une étude³⁷ montre que l'estime de soi et la solitude subjective s'influencent réciproquement à la fin de l'adolescence. Cette constatation vient apporter du soutien à un modèle transactionnel dans lequel une faible estime de soi et une solitude subjective s'exacerbent l'une l'autre.

Anxiété

Plusieurs études récentes et plus anciennes³⁸ ont révélé une association forte entre la solitude subjective et les troubles anxieux tels que l'anxiété sociale^{39,40} et les phobies sociales⁴¹ dans l'enfance et à l'adolescence.

L'anxiété sociale résulterait d'expériences négatives ou du rejet des pairs qui auraient à leur tour inhibé les interactions sociales nécessaires à un développement satisfaisant au niveau socio-émotionnel⁴². La Greca et Lopez⁴³ ont observé que les adolescents qui présentaient un niveau élevé d'anxiété sociale avaient moins d'amis et moins de relations offrant un accès à l'intimité et au soutien qui habituellement caractérisent les relations entre adolescents.

Ainsi, plusieurs théoriciens et chercheurs⁴⁴⁻⁴⁶ soutiennent la thèse qu'il existe un lien entre la solitude subjective à l'adolescence et des capacités sociales réduites (un manque de prise de risques dans les relations sociales, une anxiété sociale élevée et une gêne de soi).

Stress

Le stress joue un rôle important dans le développement des troubles psychopathologiques.

Cependant, certains individus seraient plus vulnérables et présenteraient un risque plus élevé de développer un trouble psychopathologique face au stress⁴⁷. Cette constatation est à la base du modèle diathèse-stress.

Le terme " diathèse " désigne la vulnérabilité d'un individu. Celle-ci peut être de type biologique, génétique, psychologique, cognitif, physiologique, ou peut indiquer le statut économique-social d'un individu. Cette vulnérabilité prédispose l'individu à développer un trouble mental quand il rencontre un certain facteur stressant. Les diathèses font partie intégrante de l'individu et sont des éléments plus ou moins stables au cours de la vie. Ce sont des facteurs " dormants ", difficiles à mettre en lumière car nécessitant un ou plusieurs facteurs de stress pour les activer.

Le terme " stress " désigne une série d'événements qui viennent perturber l'équilibre psychologique de l'individu. Ce stress sert d'accélérateur au développement d'un trouble⁴⁸. Les facteurs " stress " peuvent être discrets et ponctuels (par exemple, un divorce parental ou le décès d'un proche) ou " chroniques " (par exemple, une longue maladie, des problèmes scolaires quotidiens, ...).

Des facteurs protecteurs (par exemple, une relation parent-enfant positive, une bonne estime de soi, ...) peuvent amoindrir les effets de stress et retarder, voire empêcher, l'apparition des effets liés au trouble psychopathologique.

L'adolescent vulnérable ne peut donc pas s'appuyer sur son réseau social afin de se protéger des stress qui l'entourent. Dans le cadre du modèle diathèse-stress, l'on pourrait donc suggérer que l'adolescent vulnérable ou présentant une certaine prédisposition à la solitude et/ou à la dépression serait doublement à risque de développer un trouble psychopathologique étant donné la fragilité associée à cette période précise.

Des recherches sont nécessaires afin de préciser la nature de la dynamique diathèse-stress à l'adolescence en rapport avec le sentiment de solitude.

COMMENT LA SOLITUDE SUBJECTIVE EVOLUE-T-ELLE AU COURS DE L'ADOLESCENCE ?

L'évolution du sentiment de solitude au cours d'une vie n'a été que très peu étudiée^{49,50}.

À l'adolescence, l'individu redéfinit son réseau social : il quitte la sphère de dépendance émotionnelle du couple parental pour s'insérer dans une sphère privilégiant des relations proches avec les pairs⁵¹. Lorsqu'il n'y a pas suffisamment d'opportunités pour établir de telles relations ou lorsque l'adolescent ne parvient pas à établir des relations intimes et satisfaisantes avec ses pairs, il peut ressentir de la solitude.

Plusieurs études⁵²⁻⁵⁴ ont observé qu'entre 3 et 14 % des enfants et adolescents ressentent de la solitude de manière chronique.

Certains facteurs de l'enfance ont pu être identifiés comme signes avant-coureurs d'une solitude

chronique à l'adolescence⁵³ : le rejet de l'individu par le groupe social, un manque de confiance dans ses pairs, une réactivité négative, des capacités sociales réduites, une symptomatologie dépressive, l'erreur fondamentale d'attribution (le fait de privilégier les explications internes, émanant du sujet, et de sous-estimer le rôle des facteurs externes ou environnementaux, une tendance au jeu passif et de l'agressivité^{56,57}.

Des différences individuelles peuvent apparaître au cours du temps concernant l'évolution de cette solitude subjective. Ainsi, des études récentes⁵³⁻⁵⁷ se sont penchées sur les différents parcours du sentiment de solitude à l'adolescence. Cinq parcours développementaux hétérogènes ont ainsi pu être identifiés à l'adolescence : 1) un niveau de solitude stable et peu élevé tout au long de l'adolescence ; 2) un niveau de solitude qui diminue à vitesse modérée (l'individu passe d'un niveau de solitude moyen en milieu d'adolescence à un niveau plus bas en fin d'adolescence) ; 3) un niveau de solitude qui diminue à vitesse rapide ; 4) un niveau de solitude d'augmentation progressive ; 5) un niveau de solitude chronique et élevé (l'adolescent souffre en permanence de solitude).

Une solitude subjective élevée et chronique dans l'enfance entraîne, à l'adolescence, des symptômes dépressifs, davantage de visites chez le médecin traitant, de l'agressivité, des tentatives de suicide, des troubles du sommeil et des troubles scolaires⁵⁵⁻⁵⁷.

Vanhalst *et al.*⁵⁰ n'ont trouvé aucune différence significative entre les parcours des filles et des garçons et, par conséquent, la variable sexe ne prédispose pas les adolescents à vivre un parcours de solitude spécifique.

PERSONNALITE ET SOLITUDE A L'ADOLESCENCE

En psychologie, les *Big Five* sont cinq traits centraux de la personnalité empiriquement mis en évidence par Goldberg en 1990. Ils constituent un repère pour la description et l'étude théorique de la personnalité. Les cinq traits de personnalité sont l'extraversion, le fait d'être agréable, la prise de conscience, la stabilité émotionnelle (à l'opposé du " névrosisme ") et l'ouverture à l'expérience. Des études²⁷ ont révélé que ces cinq traits de personnalité sont négativement corrélés avec le sentiment de solitude.

De nombreuses études ont fait état des fortes associations entre la dépression et des traits de personnalité tels que l'extraversion, la stabilité émotionnelle et la prise de conscience⁵³. D'autres études^{27,54} ont fait état des associations entre la solitude subjective et des traits de personnalité tels que la stabilité émotionnelle et l'extraversion.

Une étude menée par Vanhalst *et al.*³² a cherché à mettre en évidence le rôle des traits de personnalité en rapport avec les liens réciproques entre la solitude

subjective et les symptômes dépressifs à l'adolescence. Cette étude a révélé des corrélations négatives à l'adolescence entre le sentiment de solitude liée aux pairs (" *peer-related loneliness* ") et l'extraversion, la stabilité émotionnelle, le fait d'être agréable et l'ouverture à l'expérience.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

La solitude est un problème qui se retrouve à tous les âges. Cependant, elle atteint son apogée en début d'adolescence^{9,9} lorsque l'adolescent subit des transformations importantes au niveau social et individuel et lorsque les pairs prennent une grande importance dans l'attribution d'une identité³⁸. Ces transformations et l'importance croissante du réseau social fragile de l'adolescent rendent l'individu susceptible de développer une maladie mentale face à la solitude³⁸.

Durant la période qui s'étend du milieu à la fin de l'adolescence, l'adolescent se tourne davantage vers des relations dyadiques et intimes³⁸ au sein desquelles il apprend à échanger ses croyances et idéologies et affine son système de valeur⁹ lui permettant ainsi d'atteindre une plus grande stabilité émotionnelle⁵³ afin d'aborder le début de l'âge adulte.

En sachant que le sentiment de solitude est associé à un état de santé plus fragile⁵² et qu'il est corrélé à un grand nombre d'indicateurs de santé mentale tels que dépression, anxiété, faible estime de soi et stress^{9,23}, on se doit de se demander dans quelle mesure l'adolescent qui souffre de solitude est un individu " à risque " ?

De nombreux auteurs^{52,55,57,58} semblent suggérer que c'est l'état *chronique* du sentiment de solitude qui doit alerter l'entourage de l'adolescent au risque de développer une pathologie psychique.

Heinrich et Gullone⁹ soulignent l'importance de relations interpersonnelles satisfaisantes pour une bonne santé, tant physique que mentale. Ils accentuent également la nécessité pour tout clinicien de s'intéresser au phénomène de solitude qui découle d'une incapacité à établir des relations interpersonnelles satisfaisantes et souhaitent que le sentiment de solitude soit traité comme une affection à part entière et non seulement comme un symptôme d'une autre affection telle que, par exemple, la dépression.

Il apparaît donc que la création de programmes de prévention et d'intervention pour les adolescents incapables d'établir des relations interpersonnelles satisfaisantes⁹ et qui, par conséquent, sont à risque de développer un sentiment de solitude à moyen et à long terme soit souhaitable^{53,57}. En termes de prévention, Vanhalst *et al.*³² proposent que les parents et les enseignants soient informés des risques et attentifs à des adolescents souffrant de solitude et qu'ils fassent appel à des professionnels de la santé mentale si

besoin. Quatre types de prévention de la solitude subjective chronique ont été étudiés par méta-analyse⁵⁸ afin de déterminer quel type était le plus efficace : 1) l'amélioration des capacités sociales ; 2) l'amélioration du soutien social ; 3) l'augmentation des contacts sociaux ; 4) la remédiation des cognitions sociales inadaptées. Il ressort de cette méta-analyse que les programmes de prévention et d'intervention les plus efficaces sont ceux qui prennent en compte les cognitions sociales mal adaptées comme par exemple l'erreur fondamentale d'attribution. Ces interventions seraient basées sur des thérapies cognitivo-comportementales. En effet, les adolescents souffrant de solitude sont plus réactifs aux risques potentiels encourus lors de contacts sociaux et prêtent plus facilement attention aux stimuli sociaux désagréables, se rappelant davantage des éléments négatifs de ceux-ci⁵⁹. Aussi, Vanhalst *et al.*³² proposent que les adolescents souffrant de solitude chronique puissent bénéficier d'une prise en charge qui engloberait tous les aspects du dysfonctionnement psychosocial.

En somme, le sentiment de solitude non ou mal soigné en début d'adolescence serait-il le chemin le plus court vers la maladie mentale ? En d'autres termes, l'adolescence devrait-elle davantage être considérée comme un créneau d'intervention permettant d'enrayer l'évolution de la maladie mentale

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

- Goossens L, Jackson S : Affect, emotion, and loneliness in adolescence. In : Jackson S, Goossens L. Handbook of Adolescent Development. Hove (UK), Psychology Press, 2006 : 51-70
- Perlman D : Perspectives on Loneliness. In : Peplau LA, Perlman D, eds. Loneliness a source book of Current Theory, Research and Therapy. New York, John Wiley and Sons, 1982 : 1-20
- Larson RW : The solitary side of life : An examination of the time people spend alone from childhood to old age. Dev Rev 1990 ; 10 : 155-83
- Larson R, Richards MH : Daily companionship in late childhood and early adolescence : Changing developmental contexts. Child Dev 1991 ; 62 : 284-300
- Asher S, Hymel S, Renshaw PD : Loneliness in children. Child Dev 1984 ; 5 : 1456-64
- Rotenberg K, Hymel S : Loneliness in Childhood and Adolescence. Cambridge, Cambridge University Press, 1999
- Galanaki E : Are Children able to distinguish among the concept of aloneness loneliness and solitude. Int J Behav Dev 2004 ; 28 : 435-43
- Goossens L : Affect, emotion, and loneliness in adolescence. In : Jackson S, Goossens L, eds. Handbook of adolescent development. New York, Psychology Press 2006 : 51-70
- Heinrich LA, Gullone E : The clinical significance of loneliness : a literature review. Clin Psychol Rev 2006 ; 26 : 695-718
- Weiss R : The attachment in childhood and adulthood. Attachment across the life circle. Routledge 1982 ; 110-20
- Brennan A : Personal Identity and Personal Survival. Analysis 1982 ; 42 : 44-50
- Offer D, Ostrov J, D Howard KI : Adolescence what is normal ? Am J Dis Child 1989 ; 143 : 731-36
- Larson RW : The emergence of solitude as a constructive domain of experience in early adolescence. Child Dev 1997 ; 68 : 80-93
- Marcoen A, Goossens L, Caes P : Loneliness in pre- through late adolescence : Exploring the contributions of a multidimensional approach. J Youth Adolesc 1987 ; 16 : 561-77
- Vanhalst J, Luyckx K, Scholte RH, Engels RC, Goossens L : Low-Self Esteem as a Risk Factor for Loneliness in Adolescence : Perceived - but not Actual - Social Acceptance as a Underlying Mechanisme. J Abnorm Child Psychol 2013 ; 41 : 1067-81
- Thomson R : The development of emotion regulation : biological and behavioral considerations. Monogr Soc Res Child Dev 1994 ; 59 : 25-52
- Bradley SJ : Affect Regulation and the Development of Psychopathology. New York, Guilford Press, 2000 : 60-74
- Steinberg L, Avenevoli S : The role of context in the development of conceptual framework and some speculative propositions. Child Dev 2000 ; 71 : 66-74
- Steinberg L : A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. Dev Rev 2008 ; 28 : 78-106
- Kessler RC : Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005 ; 62 : 593-602
- Abe K, Suzuki T : Prevalence of some symptoms in adolescence and maturity : social phobias, anxiety symptoms, episodic illusions and idea of reference. Psychopathology 1986 ; 19 : 200-5
- Eaton DK : Youth risk behavior surveillance Centers for Disease Control and Prevention United States. MMWR 2008 ; 57 : 1-131
- Ernst JM, Cacioppo JT : Lonely hearts: Psycho-logical perspectives on loneliness. Appl Prev Psychol 1999 ; 8 : 1-22
- Heinrich LA, Gullone E : The clinical significance of loneliness : a literature review. Clin Psychol Rev 2006 ; 26 : 695-718
- Mahon R : The OECD and the Reconciliation Agenda : Competing Blueprints. In : Lewis J, ed. Children in Context: Changing Families and Welfare States. London, Edwin Elgar, 2006
- Larson RW : The solitary side of life : An examination of the time people spend alone from childhood to old age. Dev Rev 1990 ; 10 : 155-83
- Cacioppo JT, Fawler JH, Christakis NA : Alone in the Crowd : The Structure and Spread of Loneliness in a Large Social Network. J Pers Soc Psychol 2006 ; 97 : 977-91
- Thastum M, Watson M, Kienbacher *et al.* : Prevalence and predictors of emotional and behavioural functioning of children where a parent has cancer : a multinational study. Cancer 2009 ; 115 : 4030-9
- Weeks DG, Michela JL, Peplau LA, Bragg M : Relation between Loneliness & Depression : Astructural Equation analysis. J Pers Soc Psychol 1980 ; 39 : 1238-44
- Nolen-Hoeksema, Girgus S : The emergence of gender differences in depression during adolescence. Psychol Bull 1994 ; 115 : 424-43

31. Lasgaard M, Goossens L, Elklit A : Loneliness, Depressive Symptomatology, and Suicide Ideation in Adolescence : Cross-Sectional and Longitudinal Analyses. *J Abnorm Child Psychol* 2011 ; 39 : 137-50
32. Vanhalst J, Klimstra T, Luyckx K, Scholte R, Engels RCME, Goossens L : The interplay of Loneliness and Depressive Symptoms Across Adolescence : Exploring the Role of Personality Traits. *J Youth Adolescence* 2012 ; 41 : 776-87
33. Mahon, R : The OECD and the Reconciliation Agenda : Competing Blueprints. In : Lewis J, ed. *Children in Context : Changing Families and Welfare States*. London, Edwin Elgar, 2006
34. Prinstein MJ, La Greca AM : Peer crowd affiliation and internalizing distress in adolescence : A longitudinal follow-back study. *J Adolescent Res* 2002 ; 12 : 325-51
35. Peplau LA, Perlman D : Perspectives on loneliness. In : Peplau LA, Perlman D, eds. *Loneliness : A sourcebook of current theory, research, and therapy*. New York, Wiley Interscience, 1982 : 1-20
36. Parkhurst JT, Hopmeyer A : Developmental change in the sources of loneliness in childhood and adolescence : constructing a theoretical model. In : *Loneliness in Childhood and Adolescence*. Cambridge, Cambridge University Press, 1999 : 56-79
37. Vanhalst J, Luyckx K, Scholte RH, Engels RC, Goossens L : Low-Self Esteem as a Risk Factor for Loneliness in Adolescence : Perceived -but not Actual- Social Acceptance as a Underlying Mechanisme. *J Abnorm Child Psychol* 2013 ; 41 : 1067-81
38. Heinrich LA, Gullone E : The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clin Psychol Rev* 2006 ; 26 : 695-718
39. Inderbitzen-Pisaruk H, Clark ML, Solano CH : Correlates of Loneliness in Midadolescence. *J Youth Adolesc* 1992 ; 21 : 151-67
40. Storch EA, Masia-Warner C : The relationship of peer victimization to social anxiety and loneliness in adolescent females. *J Adolesc* 2004 ; 27 : 351-62
41. Beidel D, Turner S : *Shy children, phobic adults : Nature and treatment of social anxiety disorders (2nd ed.)*. Washington DC, American Psychological Association, 2006 : 11-46
42. La Greca A : *Manual for the Social Anxiety Scales for Children and Adolescents*. Miami, FL, University of Miami, 1998
43. La Greca AM, Lopez N : Social anxiety among adolescents : Linkages with peer relations and friendships. *J Clin Child Psychol* 1998 ; 26 : 83-94
44. Brennan A : *Personal Identity and Personal Survival*. Analysis 1982 ; 42 : 44-50
45. Goswick RA, Jones WH : Components of Loneliness During Adolescence. *J Youth Adolesc* 1982 ; 11 : 373-83
46. Moore D, Schultz NR : Loneliness at adolescence : Correlates, attributions, and coping. *J Youth Adolesc* 1983 ; 12 : 95-100
47. Ingram R, Luxton D : Vulnerability-stress models. In : Hankin B, Abela J, eds. *Development of psychopathology : A vulnerability-stress perspective*. Thousand Oaks, CA, Sage 2005 : 32-47
48. Oatley K, Keltner D, Jenkins JM : *Understanding emotions*. Oxford, Blackwell editions, 2006
49. Qualter E, Brown SL, Rotenberg KJ *et al.* : Trajectories of loneliness : Predictors and health outcomes. *J Adolescence : Special Issue on Loneliness* 2013 ; 36 : 1283-93
50. Vanhalst J, Goossens L, Luyckx K, Scholte RH, Engels RC : The development of loneliness from mid- to late adolescence : Trajectory classes, personality traits, and psychosocial functioning. *J Adolesc* 2013 ; 36 : 1305-12
51. Steinberg L, Morris A : Adolescent development. *Annu Rev Psychol* 2001 ; 52 : 83-110
52. Benner AD : Latino adolescents' loneliness, academic performance, and the buffering nature of friendships. *J Youth Adolesc* 2011 ; 40 : 556-67
53. Ladd GW, Ettekal I : Loneliness across early to late adolescence : Normative trends and intra-individual trajectories. *J Adolesc* 2013 ; 36 : 1269-82
54. Qualter E, Brown SL, Rotenberg KJ, Vanhalst J, Harris R, Goossens L : Trajectories of Loneliness during Childhood and Adolescence : Predictors and health outcomes. *J Adolescence : Special Issue on Loneliness* 2013 ; 36 : 1283-93
55. Shinka KC, van Dulmen MHM, Mota AD, Bossarte RM, Swahn M : Psychosocial predictors and outcomes of loneliness trajectories from childhood to early adolescence. *J Adolesc* 2013 ; 36 : 1251-60
56. Klimstra TA, Akse J, Hale WW, Raaijmakers QAW, Meeus WNJ : Longitudinal associations between personality traits and problem behavior symptoms in adolescence. *J Res in Pers* 2010 ; 44 : 273-84
57. Asendorpf JB, van Aken MAG : Personality-relationship transaction in adolescence : Core versus surface personality characteristics. *J Pers* 2003 ; 71 : 629-66
58. Masi CM, Chen HY, Hawkey C, Cacioppo J : A Meta-analysis of Interventions to Reduce Loneliness. *Pers Soc Psy Rev* 2011 ; 15 : 219-30
59. Duck S : *Meaningful relationships : talking sense and relating*. Thousand Oaks, Sage, 1994

Correspondance et tirés à part :

V. VAN RODE
 CHIREC - Clinique Sainte-Anne - Saint-Rémy
 Service de Psychiatrie
 Boulevard J. Graindor 66
 1070 Bruxelles
 E-mail : valerievanrode@gmail.com

Travail reçu le 16 mai 2014 ; accepté dans sa version définitive le 25 novembre 2014.