



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ NANCY II

LABORATOIRE DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE ET PATHOLOGIQUE DE LA SANTÉ –
LABORATOIRE DE PSYCHOLOGIE DES UNIVERSITÉS LORRAINES (E.A. n° 3946)

THÈSE

(nouveau régime)

pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ NANCY II

Discipline : PSYCHOLOGIE

Mention : Psychologie clinique et pathologique

présentée et soutenue publiquement par

Éric HAZOTTE

le 7 décembre 2007

**LA TRANSMISSION INTERGÉNÉRATIONNELLE
DES ANGOISSES ET DES TROUBLES DU SOMMEIL ASSOCIÉS
CHEZ L'ENFANT EN PÉRIODE DE LATENCE**

APPROCHE CLINIQUE, PROJECTIVE ET COMPARATIVE

Directeur

- Claude de TYCHEY, Professeur de Psychologie clinique à l'Université Nancy 2

Membres du jury

- Claude de TYCHEY, Professeur de Psychologie clinique à l'Université Nancy 2

- Marie-Frédérique BACQUE-GUILLOU, pré-rapporteur, Professeur de Psychologie clinique
à l'Université Louis Pasteur de Strasbourg

- Jacqueline RICHELLE, pré-rapporteur, Professeur de Psychologie clinique
à l'Université de Mons - Belgique

- Bernard KABUTH, Chef du service de pédopsychiatrie du C.H.R.U de Nancy-Brabois,
Habilité à diriger des recherches en Psychologie (Université de Nancy 1)

- Marianne DOLLANDER, Maître de conférences en Psychologie clinique à l'Université de Nancy 2

*A tous les membres de ma famille,
et plus spécialement à mon épouse, mes enfants,
mes parents et mon frère.*

*Aux personnes qui m'ont soutenu
et aidé au cours de cette recherche,
par leur participation, leurs lectures et leurs suggestions.*

A mes collègues de travail.

E. H.

Remerciements

Je tiens à exprimer toute ma gratitude aux personnes qui ont contribué à l'élaboration de cette thèse par leur soutien, leurs apports, leurs conseils et leurs lectures, à savoir :

Monsieur Claude de Tychey,
Professeur de Psychologie clinique à l'Université Nancy 2,
pour la confiance qu'il a su m'accorder et sa disponibilité,

Mademoiselle Marianne Dollander,
Maître de conférences en Psychologie clinique à l'Université Nancy 2,
pour ses conseils avisés et son soutien,

Monsieur Daniel Prévot,
Maître de conférences en Statistiques à l'Université Nancy 2,
pour sa patience et sa pédagogie,

Madame Colette Vidailhet,
Professeur honoraire de Pédopsychiatrie à l'Université Nancy 1,
Madame Françoise Friot et Monsieur Vincent Edelson,
Psychiatres, respectivement responsables médicaux des Centres Médico-
Psychologiques pour Enfants et Adolescents de Maxéville (54320) et de Toul (54200),
pour avoir favorisé les conditions d'élaboration de cette recherche,

mes collègues de travail exerçant dans les centres précités,
pour leurs encouragements et leur aide,

Madame Marie-Frédérique Bacqué-Guillou,
Professeur de Psychologie clinique à l'Université Louis Pasteur de Strasbourg,
Madame Jacqueline Richelle,
Professeur de Psychologie clinique à l'Université de Mons - Belgique
et Monsieur Bernard Kabuth,
Chef du service de pédopsychiatrie du C.H.R.U. de Nancy-Brabois,
Habilitation à diriger des recherches en Psychologie (Université de Nancy 1),
pour leur lecture et leur participation au jury.

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION.</u>	5
<u>Première partie. CADRES DE RÉFÉRENCES THÉORIQUES.</u>	
Chapitre 1. L'anxiété et les troubles du sommeil associés chez l'enfant en période de latence	14
Chapitre 2. Approche génétique des angoisses sous-jacentes à l'apparition de l'anxiété et des troubles du sommeil associés	48
Chapitre 3. Les déterminants de la transmission intergénérationnelle des angoisses sous-jacentes aux troubles de sommeil	74
<u>Deuxième partie. CADRES MÉTHODOLOGIQUES.</u>	
Chapitre 4. Justification de la méthodologie envisagée, critères de sélection des sujets et choix des outils	105
Chapitre 5. Opérationnalisation des hypothèses	114
<u>Troisième partie. MISES A L'ÉPREUVE DES HYPOTHÈSES ET ANALYSES CLINIQUES.</u>	
Chapitre 6. Analyse des hypothèses et discussions	128
<u>CONCLUSIONS de la recherche.</u>	240
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	257
<u>TABLE DES MATIÈRES</u>	266
<u>ANNEXES</u> (cf. second volume séparé).	

INTRODUCTION.

L'interrogation qui, à l'origine, sous-tend ce travail de recherche peut être formulée de la manière suivante.

Quelles sont les spécificités de la transmission intergénérationnelle des angoisses et des troubles du sommeil associés chez l'enfant en période de latence ?

Ainsi posée, cette question ouvre un champ de recherche relativement large que nous avons tenté d'explorer de manière originale. Afin d'appréhender les déterminants et les mécanismes à l'origine de l'installation des troubles chez les enfants âgés de 6 à 11 ans, dits en période de latence, nous allons faire appel à une double approche, génétique et intergénérationnelle, et ceci en utilisant de manière privilégiée les concepts psychanalytiques.

Mais quelles sont les motivations sur lesquelles repose ce travail de recherche ? Comment sommes-nous parvenus à formuler une telle interrogation ? Des motivations d'ordre personnel et intellectuel ainsi que l'intérêt scientifique et thérapeutique que soulève notre questionnement nous ont conduit à faire le choix de cette thématique de recherche.

1. Motivations personnelles justifiant le choix de la thématique de recherche.

Justifier l'adoption d'une thématique de recherche présuppose, outre la démonstration de son intérêt scientifique et thérapeutique, l'explicitation des motivations personnelles qui l'ont suscitée. Pour ma part, ces dernières se présentent de manière dichotomique. Certaines me renvoient à tous les choix que j'ai effectués antérieurement : désirer suivre un cursus universitaire en psychologie, m'orienter précocement en psychologie clinique, approfondir mes connaissances en psychologie clinique infantile puis m'intéresser plus spécifiquement aux psychopathologies rencontrées chez les enfants en période de latence. Les autres proviennent d'un passé bien plus ancien : mon enfance. Le premier ensemble de motivations regroupe les plus intellectualisées tandis que le second renvoie aux plus affectives et aux plus irrationnelles.

Lorsque j'ai décidé d'entamer un cursus universitaire en psychologie, j'avais tout d'abord longuement hésité à opter pour une approche strictement philosophique des sciences humaines. Je me ravisai en estimant que je ne trouverai probablement pas dans cette orientation les dimensions relationnelles et soignantes que je cherchais. Plus précisément, mon intérêt pour la psychologie clinique préexistait à mon entrée à l'université puisqu'elle

demeurait l'unique option me proposant d'apporter une aide à autrui. Je suis resté dans l'expectative durant les deux premières années, c'est-à-dire jusqu'à l'obtention du DEUG, afin de confirmer ou d'infirmer ce choix. La confirmation vint en Licence en même temps que grandissait mon intérêt pour la psychologie clinique de l'enfant. Les premières expériences sur le « terrain », la rencontre avec le « sujet », me procurèrent beaucoup de satisfactions et elles répondaient pleinement à mes attentes tant intellectuelles que personnelles. Ma volonté de compréhension du fonctionnement psychique de l'enfant s'illustra ensuite à travers trois mémoires successifs portant sur diverses thématiques de recherche : les effets de la dissociation familiale sur le développement de la personnalité de l'enfant, l'énurésie et, enfin, les troubles du sommeil. Leur point commun est d'aborder la psychopathologie de l'enfant en période de latence avec, en « toile de fond », une interrogation grandissante portant sur la transmission et l'élaboration des angoisses.

J'ai retracé brièvement mon parcours universitaire afin de montrer que le choix de ma thématique de recherche résulte d'un vaste ensemble de motivations intellectuelles qui, à l'origine, se présentaient comme floues et incertaines. Avec l'acquisition de connaissances théoriques se sont ouverts des champs d'investigations nouveaux que je ne soupçonnais pas mais que j'attendais peut-être, et depuis longtemps... Parmi eux, une « plongée » dans la psychopathologie de l'enfant en période de latence a suscité en moi l'assurance que j'allais y trouver une double satisfaction : appréhender le développement psychologique d'un être en devenir ayant déjà vécu les six premières années de sa vie et explorer une période de l'enfance peu appréhendée dans les recherches scientifiques.

Mais ces motivations intellectuelles, quoique explicatives du choix de la thématique, ne sont, à mon sens, que la résultante et la sublimation d'autres, plus affectives et donc plus personnelles encore.

Je me souviens avoir éprouvé des angoisses infantiles et avoir été en proie à des hallucinations hypnagogiques illustrant ce que finalement la nuit peut apporter à l'enfant : magie, fantômes, angoisses et chimères. En discuter présentement serait, me semble-t-il, hors de propos. Je tenais seulement à souligner que la reconnaissance de mes angoisses personnelles passées et actuelles et un retour sur mes expériences infantiles par le biais d'un travail d'introspection m'ont permis, me semble-t-il, une compréhension plus empathique des joies et des tristesses du petit d'homme et un questionnement fondamental concernant ces dernières.

Mes choix d'orientation et mes intérêts intellectuels ne sont pas indépendants de mon histoire et de ma personnalité. Ils représentent la résultante d'un passé que j'interroge. J'attends bien sûr des réponses à mes questions personnelles en engageant cette recherche, mais j'espère surtout que cette dernière permettra d'apporter une compréhension plus avancée du fonctionnement de certains mécanismes psychiques de l'enfant.

2. L'intérêt scientifique de notre questionnement.

Outre les motivations personnelles que nous avons évoquées, le choix de notre thématique, soulevée par notre questionnement, repose également sur des raisons plus scientifiques.

Tout d'abord, le sommeil représente un support fondamental pour le développement biologique, psychologique et social. Chez l'enfant de plus de 3 ans, et *a fortiori* chez l'enfant en période de latence (6 à 11 ans) que nous étudions dans cette recherche, un trouble du sommeil peut dissimuler un problème d'ordre affectif, révélant ainsi un déséquilibre psychique notoire. Ainsi, « (...), *l'insomnie de l'enfant et de l'adolescent est souvent un « révélateur » de « trouble d'existence », toujours un « signe d'appel »* »¹. Si les troubles du sommeil demeurent assez fréquents de 18 mois à 6 ans, car l'activité psychique et les conflits internes sont prégnants, ils se font habituellement plus rares au-delà de cet âge. S'ils perdurent à la période de latence, ils seront par conséquent davantage le signe d'une « *souffrance psychique que l'enfant n'est pas en mesure d'élaborer par ses propres moyens* »², ce qui dévoile tout le « sérieux » de leur présence à cet âge.

Comparativement au nourrisson, au petit enfant et à l'adolescent, l'enfant de la période de latence suscite peu d'intérêt et ceci en raison de la représentation idéalisée qui lui est prêtée. Effectivement, il est souvent décrit comme l'écolier plein d'avenir inséré avec bonheur dans la société. En leur temps, la pensée des Lumières et l'école républicaine de Jules Ferry avaient promulgué cette image positive avec beaucoup de ferveur et ceci explique probablement sa ténacité actuelle (Arbisio-Lesourd, 1997). A l'époque, la tentation s'avérait grande de mettre en avant les progrès intellectuels de l'enfant afin de dénier sa sexualité auto-érotique. Actuellement, la perspective de l'échec scolaire montre clairement que ces enfants peuvent être sujets aux souffrances psychiques, ce qui en dit beaucoup sur l'importance des

¹ PATY J. (1997), « Interpréter l'insomnie chez l'enfant et l'adolescent », *Synapse*, n° 138, p. 42.

² HOUZEL D. (1999), « Les troubles du sommeil de l'enfant et de l'adolescent », *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris : P. U. F., p. 1667.

enjeux de cette période, ces derniers se situant au-delà d'une simple socialisation (Arbisio-Lesourd, 1997).

D'un point de vue épidémiologique, les troubles du sommeil chez l'enfant connaissent actuellement une fréquence croissante, ce qui suggère l'impact des nouveaux modes de vie. En effet, le sommeil des enfants est altéré qualitativement et quantitativement par les horaires de travail de leurs parents, leur obligation précoce de présence à l'école et les multiples placements chez des substituts parentaux (P. Mazet et S. Stoleru, 1998). Peu d'études permettent de rendre compte de la fréquence de cette symptomatologie chez les enfants de 6 à 11 ans.

D'une manière plus générale, et pas seulement concernant l'épidémiologie, une revue bibliographique approfondie dévoile le faible intérêt porté aux troubles du sommeil pendant cette période de l'enfance. La plupart des ouvrages et périodiques traitent de cette symptomatologie chez le nourrisson, l'enfant préœdipien, l'adolescent, l'adulte ou la personne âgée. Pourtant, durant la période de latence, les troubles du sommeil sont certes moins fréquents mais la souffrance qu'ils expriment et génèrent ne doit pas être négligée. Nous pouvons donc considérer que leur étude à cette période précise du développement libidinal est une originalité en soi vis-à-vis de nombreux autres travaux.

Le double intérêt d'une thématique de recherche portant sur les troubles du sommeil chez l'enfant en période de latence est ainsi aperçu.

En lien avec notre choix d'expliquer le maintien de cette symptomatologie à cet âge de l'enfance par le biais d'une potentielle transmission intergénérationnelle des angoisses parentales, d'autres raisons scientifiques nous ont guidé.

La tendance actuelle est d'envisager les troubles du sommeil sous l'angle strictement chronobiologique, neurologique, pneumologique ou ORL (Caillon, 1995). Or, si l'apparition de certains troubles peut effectivement être expliquée par des facteurs physiologiques, il ne faut jamais omettre que le sommeil est soumis aux influences environnementales et qu'il dépend étroitement du fonctionnement psychique et des souffrances actuelles ou passées de l'individu. Inscrite dans le champ de la psychologie clinique et de la psychanalyse, notre étude aborde ainsi les troubles du sommeil d'une manière originale, notamment en recherchant leur origine dans les angoisses de l'enfant, elles-même en lien avec les angoisses parentales. Le point de vue psychanalytique adopté peut se justifier du fait que le sommeil est une fonction très investie libidinalement et en rapport étroit avec l'inconscient à travers l'activité onirique.

Enfin, la dernière raison scientifique motivant le développement de notre thématique réside dans la volonté de se questionner à propos du « choix » du symptôme. En effet, les

troubles du sommeil sont souvent, voire exclusivement, perçus comme des symptômes liés à l'anxiété généralisée et/ou à la dépression de l'enfant. En réalité, ces troubles ne sont pas la conséquence obligatoire d'un syndrome anxieux car ce dernier peut apparaître et perdurer en leur absence¹. En revanche, il est reconnu et admis que les troubles du sommeil d'origine psychogène s'accompagnent toujours d'une anxiété. Leur gravité dépend d'ailleurs de l'intensité de cette dernière puisqu'ils peuvent disparaître spontanément ou après des consultations thérapeutiques peu nombreuses (R. Diatkine, 1995). Si l'anxiété ne génère pas toujours des troubles du sommeil, alors nous pouvons supposer que ces derniers sont soutenus par une anxiété qui se spécifie en partie de par les angoisses qui la sous-tendent. Mais encore, le « choix » du symptôme est peut-être également en rapport avec le fonctionnement psychique de l'enfant et avec les relations qu'il entretient avec son entourage familial, siège de la transmission intergénérationnelle des angoisses. Nous entrevoyons d'emblée l'intérêt d'une étude comparative portant sur des enfants anxieux souffrant de troubles du sommeil, des enfants anxieux n'en présentant pas et un groupe d'enfants « témoin » composé d'enfants non anxieux.

Ainsi posé et soutenu par de multiples motivations, personnelles et scientifiques, notre questionnement ne pourra probablement trouver une réponse (même partielle) que dans la mise en place d'une double approche.

3. La double approche génétique et intergénérationnelle.

L'intérêt d'une double approche, génétique et intergénérationnelle, doit être explicité afin d'en appréhender le caractère complémentaire. L'approche génétique devrait nous permettre de préciser les angoisses (de mort, de séparation et de castration) et les modalités d'un fonctionnement psychique propres à générer des troubles du sommeil. L'approche intergénérationnelle devrait nous donner la possibilité d'aborder les déterminants et les mécanismes de la transmission de ces angoisses justement sous-jacentes à l'apparition et au maintien des troubles étudiés.

L'approche génétique constitue la trame de fond de cette étude. Les enfants de la période de latence ont traversé, tant bien que mal, les divers stades du développement libidinal décrits classiquement dans la théorie psychanalytique : les stades fœtal, oral, anal (1 à 3 ans) et oedipien (3 à 5 ans). A l'aide des outils d'investigation choisis, l'exploration du

¹ Une étude relatée par A. Braconnier (1995) révèle que 48 % des 6 à 8 ans et 37 % des 9 à 12 ans souffriraient de « peurs et soucis nombreux », or la fréquence des troubles du sommeil reste plus modeste.

fonctionnement psychique de ces enfants permettra un repérage de leurs fixations et régressions éventuelles, et un éclairage sur le degré d'élaboration de leurs angoisses de mort, de séparation et/ou de castration. Chacun des stades énoncés précédemment est à même de générer préférentiellement une angoisse dont la nature nous intéresse au premier chef. En effet, nous pourrions tenter d'établir un lien entre la survenue du symptôme identifié et le surgissement d'une angoisse spécifique ingérable. De même, les attitudes parentales ont un impact différent sur le développement psychique de leur enfant selon l'âge de ce dernier.

L'approche intergénérationnelle s'est rapidement imposée car elle apporte indéniablement des éclairages sur les causes de la survenue de l'anxiété et des troubles du sommeil chez l'enfant. La prise en compte de l'influence parentale sur le développement psychique de leur enfant dépasse la seule transmission génétique et biologique. Dans son interprétation de la phylogenèse, S. Freud (1915) suppose une influence des représentations psychiques et un pouvoir de la pensée sur le fonctionnement mental. « *Si les processus psychiques d'une génération à une autre ne se transmettaient pas [...], chacune serait obligée de recommencer son apprentissage de la vie.* »¹ Il s'agit dans cette étude de montrer comment l'attitude des parents et leur inconscient contribuent à faire apparaître et perdurer des angoisses favorisant la survenue d'un symptôme précis chez leur enfant. Nous tenterons d'établir un lien entre les angoisses parentales et celles de leur enfant en définissant leur nature et leur mode de transmission. L'intérêt de cette démarche réside dans la possibilité de constater ou non une similarité de ces angoisses sur deux générations consécutives et de mettre à jour les déterminants et les mécanismes sous-jacents à cette transmission.

4. Présentation des chapitres.

La thématique de recherche soulevée par notre questionnement et la double approche que nous envisageons d'effectuer nécessite de poser des cadres de références théoriques précisément définis. Ainsi, et dans une **première partie** de ce travail, nous les présenterons sous la forme de **trois chapitres (les chapitres 1 à 3)**.

- Le premier chapitre possède deux objectifs : délimiter notre champ de recherche en définissant et en revisitant la période de latence, l'anxiété et les troubles du sommeil psychogènes, et également établir des « ponts » théoriques en dévoilant les spécificités de la manifestation de l'anxiété et des troubles du sommeil chez l'enfant de cette période et en

¹ FREUD S. (1915), *Vue d'ensemble des névroses de transfert*, Paris : Editions Gallimard, coll. Connaissance de l'inconscient, 1986, p. 178.

montrant l'existence d'un lien entre l'anxiété parentale et l'anxiété et les troubles du sommeil de l'enfant.

- Le deuxième chapitre effectue l'approche génétique des angoisses de mort, de séparation et de castration dans le but de montrer que ces dernières peuvent sous-tendre l'apparition de l'anxiété et des troubles du sommeil associés chez l'enfant en période de latence.

- Le troisième chapitre est destiné à mettre en exergue les déterminants théoriques d'une transmission intergénérationnelle des angoisses sous-jacentes aux troubles du sommeil. Nous y aborderons ainsi les interactions éducatives néfastes, les événements anxiogènes, l'impact d'une faillite des fonctions de pare-excitation parentales et les processus d'identification et d'identification projective.

Dans une **deuxième partie** de notre recherche, constituée de **deux chapitres (les chapitres 4 et 5)**, nous avons décidé de nous attarder sur les cadres méthodologiques étant donné que ces derniers doivent être particulièrement adaptés à notre manière originale d'aborder notre thématique. Nous y justifierons les choix de l'étude comparative, de l'étude de cas et de la méthodologie de convergence avant que d'exposer les modalités de la constitution des trois groupes expérimentaux et le choix des outils d'investigations. L'opérationnalisation des hypothèses représente également une étape importante de ce travail puisque nous y exposerons l'ensemble des indicateurs fournis par les outils permettant de vérifier ou d'infirmer nos conjectures issues du corpus théorique.

La mise à l'épreuve des hypothèses théoriques formulées est effectuée dans une **troisième partie** contenant **un unique chapitre (chapitre 6)**. Elle sera réalisée à partir de l'analyse des données recueillies et sur la base de notre travail d'opérationnalisation. Nos résultats seront illustrés par la présentation de deux cas cliniques, un issu du groupe des enfants présentant des troubles du sommeil (celui de Zita) et un autre issu du groupe des enfants anxieux ne présentant pas une telle symptomatologie (celui d'Erwan).

Pour clore notre étude, nous discuterons des résultats obtenus à la lumière de nos cadres théoriques. Des remarques portant sur la méthodologie seront formulées avant que d'aborder les aspects cliniques, thérapeutiques et préventifs soulevés par nos conclusions. Enfin, nous ouvrirons la voie sur quelques pistes de recherche issues de nos interrogations et susceptibles d'être explorées ultérieurement.

Nous voulions ajouter pour clore cette introduction que les recherches sur le sommeil et l'activité onirique stimulent l'imagination des scientifiques et ont excité, autrefois, celle des philosophes, à l'image de Confucius (551-479 A. J.-C.) pour qui : « *Les rêves et les cauchemars sont les éternuements de l'âme* »¹. Cette citation laisse supposer que le fameux penseur chinois avait entrevu, bien avant S. Freud, l'influence du psychisme sur la vie du dormeur. Certains chercheurs, comme les neurologues, tentent d'apporter des preuves objectives et matérielles à leur théorie sur les mécanismes qui sous-tendent cet état mystérieux dans lequel nous plongeons chaque nuit. D'autres essaient de montrer l'existence d'une continuité psychique entre les états de veille et de sommeil. Et finalement, nous pourrions affirmer avec M. Fain (1963) qu'« *il n'y a pas de sommeil innocent* »².

¹ Compte-rendu de la « Journée d'Armand-Trousseau pour les scolaires », (1994), « Meunier, tu dors... », *L'aide-soignante*, n° 9, p. 6.

² CAILLON E. (1995), « Le sommeil, ce nocturne objet du désir », *L'information psychiatrique*, n° 1, p. 63.

Première partie.
CADRES DE RÉFÉRENCES THÉORIQUES.

Chapitre 1.

L'anxiété et les troubles du sommeil associés chez l'enfant en période de latence.

Le présent chapitre s'inscrit dans une tentative de définition de l'objet de notre étude puisque nous y aborderons la période de latence, l'anxiété et les troubles du sommeil.

Les caractéristiques psychiques et génétiques des enfants de la période de latence seront en premier lieu revisitées. L'anxiété sera ensuite redéfinie en tant que concept et syndrome se manifestant d'une manière spécifique au cours de cette période du développement. L'influence de l'anxiété parentale sur la structuration d'une personnalité anxieuse chez l'enfant sera d'emblée rappelée, ce qui annoncera dès lors la nécessité d'une approche intergénérationnelle. Dans une ultime partie, les propriétés du sommeil et de ses troubles seront abordées afin de comprendre les liens que ces derniers entretiennent avec l'anxiété au cours de la période de latence.

1.1. La vulnérabilité et les indicateurs de la souffrance psychique de l'enfant en période de latence.

Après l'exposition des processus psychodynamiques intervenant au cours de la période de latence, nous présenterons certains indicateurs révélant la présence d'une souffrance psychique chez l'enfant. Les bouleversements psychiques inhérents à cette période confèrent à l'enfant une vulnérabilité et une fragilité certaines. Le déploiement de l'imaginaire, les identifications aux images parentales et la consolidation des mécanismes de défense représentent des processus psychodynamiques essentiels pouvant être perturbés par les angoisses.

1.1.1. Définition, repérage et enjeux de la « période de latence ».

A. Eléments de définition et enjeux psychodynamiques.

Deux définitions complémentaires de la période de latence peuvent être proposées :

α - La définition énoncée par J. Laplanche et J.-B. Pontalis (1967) se présente comme peu concise mais relativement exhaustive concernant les caractéristiques conférées par la théorie psychanalytique à la période de latence :

« Période¹ qui va du déclin de la sexualité infantile (cinquième année ou sixième année) jusqu'au début de la puberté et marque un temps d'arrêt dans l'évolution de la sexualité. On y observe de ce point de vue une diminution des activités sexuelles, la déssexualisation des relations d'objet et des sentiments (singulièrement la prévalence de la tendresse sur les désirs sexuels), l'apparition de sentiments comme la pudeur et le dégoût, et d'aspirations morales et esthétiques. Selon la théorie psychanalytique, la période de latence trouve son origine dans le déclin du complexe d'Œdipe ; elle correspond à une intensification du refoulement [également soulignée par M. Klein (1932)] – qui a pour effet une amnésie recouvrant les premières années² – une transformation des investissements d'objets en identification aux parents, un développement des sublimations. »³

β - R. Perron et M. Perron-Borelli (1994) proposent une définition davantage clinique de la période de latence :

« La « période de latence », qui s'installe dans la seconde enfance (soit à peu près ce qui correspond à l'époque de la scolarité primaire) marque le dégagement du conflit oedipien. C'est une période essentielle pour l'édification du Moi et la mise en place de ses défenses organisatrices. L'enfant y devient plus libre de développer ses curiosités, ses activités ; ses habiletés, sa prise sur le monde, ses relations avec les êtres et les choses ; il y gagne considérablement en autonomie personnelle et en adaptation. Si tout se passe au mieux, c'est une période heureuse, de bonne entente avec l'entourage, et d'abord avec les parents. »⁴

La période de latence se fonde sur la **promesse d'un assouvissement ultérieur des désirs oedipiens**, ce qui laisse sous-entendre que l'Œdipe n'est pas, à cet âge, « de l'histoire ancienne » (Diatkine, 1979 ; Arbisio-Lesourd, 1997). Il demeure en réalité latent car l'intensité du refoulement lui permet effectivement de passer inaperçu : les mécanismes de défense du Moi se perfectionnent et deviennent plus efficaces grâce à un travail psychique soutenu (Winnicott, 1965 ; Sacco, 1987).

¹ Ainsi que le rappelle J. Bergeret (1996), la période de latence n'aboutit pas à un changement d'organisation structurelle, ce qui explique que S. Freud (1905) ne lui attribue pas le statut de « stade ».

² L'adulte ne s'en souvient effectivement pas ou n'en possède que des « souvenirs-écrans » (Freud, 1899).

³ LAPLANCHE, J. et PONTALIS, J.-B. (1967). « Latence (Période de -) ». *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris. PUF. 1997. pp. 220-221.

⁴ PERRON R. et PERRON-BORELLI M. (1994). *Le complexe d'Œdipe*. Paris. PUF. p. 103.

L'enfant de cette période investit l'imaginaire dans l'attente de récupérer la puissance phallique dévolue au père et dans l'espoir d'éviter la castration (Arbisio-Lesourd, 2000). Dans un même temps, et grâce au développement des capacités intellectuelles et en réponse aux exigences d'un Surmoi tantôt stricte tantôt inefficace, cet **imaginaire s'adapte progressivement à la réalité**.

L'enfant passe ainsi, et selon A. Freud (1965), du plaisir instinctuel primaire à un plaisir sublimé, du principe de plaisir au principe de réalité.

Toujours en raison de la promesse oedipienne, l'identification de l'enfant va porter sur des images parentales idéalisées, ce qui provoque un **remaniement narcissique** important : il doit être à la hauteur des attentes parentales pour espérer les satisfaire (Arbisio-Lesourd, 1997). Cet investissement narcissique s'opère différemment en fonction du sexe de l'enfant. Les garçons, qui luttent activement contre l'angoisse de castration, investissent massivement leur pénis tandis que les filles contre-investissent une béance source d'angoisse d'intrusion, ce qui explique leur envie du pénis. Elles se tournent donc vers la séduction et l'attrait tandis que les garçons optent pour la recherche de performances, ce qui s'observe couramment dans les jeux, les apprentissages et les fantaisies conscientes, c'est-à-dire dans toutes les activités à travers lesquelles les pulsions sexuelles peuvent être sublimées (Fréjaville, 1990).

Enfin, et d'un point de vue topique, D. W. Winnicott (1965) insiste, en accord avec la théorie kleinienne, sur la **prédominance de l'instance moiïque**, car « *la période de latence est celle où le moi prend, pour ainsi dire, possession de son domaine* »¹. Ce renforcement du Moi provient du développement des mécanismes de défense, du jeu des identifications qui renforce le sentiment identitaire et de la prépondérance de l'imaginaire (Arbisio-Lesourd, 1997).

Pour conclure, et au regard des définitions énoncées, nous dirons que les enjeux de la période de latence s'avèrent nombreux et que l'étude des processus psychodynamiques qui la constituent montre l'intrication étroite de ces derniers. En définitive, les enfants de cette période **aménagent les conflits issus des stades prégénitaux et espèrent, à l'avenir, satisfaire leurs désirs oedipiens**, ce qui fait d'eux des êtres vulnérables, solitaires et en proie à la culpabilité (Denis, 1990). Les mécanismes et les processus psychiques qu'ils déploient vont leur permettre d'acquérir davantage d'autonomie et vont les conduire à la socialisation. Les circonstances de l'émergence du concept de « latence » peuvent maintenant être entrevues.

¹ PERRON R. et PERRON-BORELLI M. (1994). *Le complexe d'Edipe*. Paris. PUF. p. 89.

B. Aperçu historique : S. Freud et les post-freudiens.

Au 14^{ème} siècle, l'adjectif « latent » est utilisé comme synonyme de « caché ». La forme nominale, « latence », apparaît plus tard, vers la fin du 19^{ème} siècle. Son étymologie provient du mot anglo-saxon « latency ». Le concept de « latence » ne possédait aucune utilité jusqu'à cette époque. Seule la découverte de l'inconscient par S. Freud lui rendra un caractère opératoire (Brenot, 1989).

La notion de période de latence (*Latenzperiode*) apparaît donc explicitement et pour la première fois en 1905, sous la plume de S. Freud, dans ses *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Sous l'influence de W. Fliess, pour qui la périodicité caractérise le développement physiologique, S. Freud veut rendre compte d'une période de l'enfance au cours de laquelle existe une répression de la sexualité (Arbisio-Lesourd, 1997). Paraphrasant W. Fliess, S. Freud (1898) énonce que « *les forces pulsionnelles sexuelles de l'être humain doivent être stockées, pour servir de grands buts culturels lorsqu'elles sont ensuite libérées à l'époque de la puberté* »¹.

La période de latence impose au développement de la sexualité infantile **un scindement dichotomique** et « *détermine la diachronie de la sexualité humaine, concept essentiellement psychanalytique qui, plus qu'introduire le point de vue développemental, souligne la discontinuité de la sexualité présente dès l'origine* »². Ce scindement demeure pour S. Freud (1923) une spécificité à caractère universel car il **régit la sexualité humaine** (David, 1969). J. de Ajuriaguerra (1982) ajoute, pour prolonger la pensée freudienne, qu' « *il est probable que, s'il n'y avait pas eu de période de latence dans l'enfance, il n'y aurait pas de sexualité, mais seulement une fonction reproductrice comme cela s'observe dans l'immense majorité des espèces animales* »³.

Des auteurs post-freudiens tels que B. Bornstein (1951), P. Denis (1979, 1981, 1990), E. B. Kaplan (1965), C. Sarnoff (1971) et T. Becker (1974), ont par la suite largement contribué au développement de la notion de période de latence en insistant sur ses aspects structuraux (Arbisio-Lesourd, 1997).

¹ FREUD S. (1898). « La sexualité dans l'étiologie des névroses ». *Résultats, idées, problèmes. Tome 1*. Paris. PUF. 1984. p. 92.

² SACCO F. (1986). « Refoulement et période de latence ». *Revue française de Psychanalyse*. 50 (1). p. 621.

³ AJURIAGUERRA J. (de) et MARCELLI D. (1982). « Psychopathologie de la différence des sexes et des conduites sexuelles ». *Psychopathologie de l'enfant*. Paris. Masson. p. 202.

Afin de soutenir notre approche génétique, nous allons ci-après, et dans les deux paragraphes suivants, revenir sur ces aspects structuraux afin de délimiter chronologiquement cette période et afin de la resituer au sein du développement libidinal.

C. Entrée, extinction et repérage chronologique.

Pour S. Freud (1925), l'origine biologique et héréditaire de cette période est incontestable, les éléments psychologiques et culturels n'intervenant que secondairement dans son avènement. Il mettra également en cause les expériences fortuites et traumatisantes qui permettent à l'enfant de constater la différence des sexes (Diatkine, 1994).

Cette origine demeure encore de nos jours **une énigme malgré les multiples tentatives d'explications** biologiques, culturelles et psychanalytiques avancées.

- Parmi les tenants de l'étiologie physiologique, R. Yazmajian (1967), T. Shapiro et R. Perry (1976) avancent l'existence de faits « réels » qui renforcent implicitement les concepts psychanalytiques. La pérennisation du développement fœtal jusque l'âge de 5 ans ou la maturation cérébrale et l'évolution des mécanismes perceptifs à 7 ans n'offrent que des modèles acceptables répondant à des interrogations moins circonscrites (Arbisio-Lesourd, 1997).

- Chez les partisans de l'origine culturelle, tels que A. Kardiner (1969), « *la latence n'est que le produit des contraintes exercées par les sociétés occidentales et représente le vestige de pratiques dépassées* »¹. Cette position semble peu satisfaisante dans la mesure où elle confère à l'enfant une attitude passive au regard du monde adulte.

- Un troisième courant de pensée considère la latence comme résultat des contradictions psychiques du complexe œdipien. R. Diatkine (1994) suggère ainsi que la fin de l'Œdipe, et donc l'entrée dans la période de latence, résulte d'une tension insupportable à laquelle l'enfant doit mettre fin². L'enfant ne possède pas d'autre issue, face à l'impossibilité interne du complexe œdipien, que d'abandonner cette situation inextricable (Brenot, 1989). Cette dernière position laisse totalement de côté les influences biologiques et culturelles.

Nous pouvons tout à fait admettre une **multiplicité des causes à l'origine de la période de latence** (David, 1969).

Son extinction suscite moins de controverses car « *il existe une correspondance manifeste entre phénomènes physiologiques et phénomènes psychiques à la puberté, qui*

¹ ARBISIO-LESOURD C. (1997). *L'enfant de la période de latence*. Paris. Dunod. p. 66-67.

² L'enfant participe à une triangulation génératrice d'angoisse de castration car il veut s'identifier au parent de même sexe et posséder l'autre afin de satisfaire ses désirs incestueux. Mais, les vœux parricides à l'endroit du parent de même sexe, objet d'identification, implique la représentation angoissante de la mort de ce dernier (Brenot, 1989).

marque la fin de la période de latence, en revanche [...] le lien est beaucoup plus incertain en ce qui concerne le début de la latence »¹.

Le repérage chronologique de la période de latence ne sera précisé par S. Freud qu'en 1908, dans un article intitulé *Caractère et érotisme anal* :

« A la période de la vie que l'on peut caractériser comme « période de latence sexuelle », de la cinquième année accomplie jusqu'aux premières manifestations de la puberté (vers la onzième année), on voit même se créer dans la vie psychique, aux frais de ces excitations fournies par les zones érogènes, des formations réactionnelles, des contre-puissances, comme la honte, le dégoût et la morale, qui s'opposent comme des digues à la mise en activité ultérieure des pulsions sexuelle. »²

Ces délimitations temporelles sont unanimement reprises et justifiées par des auteurs tels que, par exemple, C. David (1969), F. Sacco (1986), J.-L. Brenot (1989) ou C. Arbisio-Lesourd (1997). Elles possèdent aujourd'hui le statut de postulat.

En ce qui concerne notre travail de recherche, **l'étude des enfants en période de latence nous limitera donc à ceux âgés de 6 à 11 ans**. Bien sûr, certains des enfants participants à cette recherche n'appartiendront peut-être à cette période que de par leur âge chronologique. Ils n'auront en réalité pas suffisamment élaboré leurs conflits oedipiens ou pré-génitaux pour avoir eu l'occasion d'accéder à la période de latence. Toutefois, il convient de garder en mémoire les caractéristiques des enfants de cette période, par souci de rendre possible une approche comparative des données.

D. Situation de la période de latence au sein du développement libidinal.

Dans le cadre des approches génétique et psychanalytique du développement de la personnalité, soulignons que les enfants en période de latence ont traversé, tant bien que mal, les stades libidinaux successifs décrits classiquement : foetal, oral (1^{ère} année), sadique-anal (1 à 3 ans) et phallique-oedipien (4 à 6 ans).

Outre les castrations et les acquisitions inhérentes et spécifiques à chacun de ces stades, **l'enfant se voit confronté également à des angoisses développementales qu'il doit élaborer.**

¹ DAVID C. (1969). « Remarques introductives à l'étude de la période de latence ». *Revue française de Psychanalyse*. 33 (4). p. 699.

² FREUD S. (1908). « Caractère et érotisme anal ». *Névrose, psychose et perversion*. Paris. PUF. 1995. p. 145.

Habituellement, et de manière concise :

- l'angoisse de mort domine chez l'enfant du stade oral et ce jusqu'à « l'angoisse du huitième mois »,
- puis, succède l'angoisse de séparation dont le crépuscule se situe aux alentours de 3 ans, à l'entrée dans le stade oedipien,
- et enfin, régnera à sa suite, et jusque vers 6 ans environ, l'angoisse de castration qui possède une relation étroite avec la fonction interdictrice et normative du complexe d'Œdipe.

Une angoisse devient **pathologique lorsqu'elle se pérennise** au-delà du stade libidinal dans lequel elle est normalement psychiquement élaborée. Bien sûr, elle doit également posséder un **caractère massif et invalidant** car sa survenue brève et/ou peu intense à l'occasion d'un événement anxiogène ne constitue pas *ipso facto* un phénomène psychopathologique.

Parce que la période de latence représente une pause dans le développement libidinal, elle offre l'opportunité de réaliser une **approche génétique originale**. En effet, l'enfant anxieux de cette période est susceptible de n'avoir pu élaborer une ou plusieurs des angoisses issues des stades prégénitaux, ce qui devrait permettre d'apprécier la nature de l'angoisse à l'origine de l'anxiété et des troubles du sommeil associés.

1.1.2. Les indicateurs psychodynamiques de la souffrance psychique.

La période de latence, nous l'avons mentionné plus avant, se caractérise par un déploiement de l'imaginaire, une identification aux images parentales, un remaniement narcissique et une intensification du refoulement et des mécanismes de défense du Moi. La mise en échec de ces processus signifie la présence de conflits ingérables, sources d'angoisses massives. Défaillants, ils représentent donc des indicateurs de la souffrance psychique de l'enfant, ce qui nous amène ci-après à devoir les caractériser.

Les mécanismes de défense les plus mobilisés pendant la période de latence sont le refoulement, la régression, les formations réactionnelles, l'annulation rétroactive, l'inhibition, l'obsessionnalisation de la personnalité et la sublimation (C. Arbisio-Lesourd, 1997). Nous développerons davantage **l'échec du refoulement** et **l'inhibition excessive ou absente**. La mise en place de ces mécanismes défensifs est à mettre en parallèle avec une **carence de l'imaginaire** appréciée notamment à partir des tests projectifs. Les hypothèses théoriques formulées à leur égard pourront donc être plus facilement opérationnalisées.

A. L'espace envahissant ou restreint de l'imaginaire.

Ainsi que nous le rappelle C. Arbisio-Lesourd (1997), l'imaginaire de l'enfant en période de latence transparait à travers des fantaisies qui vont progressivement prendre en compte les éléments de la réalité. Cette capacité à **nouer la fantaisie et la réalité** caractérise son fonctionnement psychique et elle lui permet de dépasser le principe de plaisir (Freud, 1965). Les histoires imaginaires, les rêves, le « roman familial » et les jeux reposent sur cette capacité.

- Le **récit imaginaire** se soumet au langage, et par conséquent, à l'ordre symbolique. Les processus primaires et secondaires peuvent alors s'articuler ensemble, et ceci se constate chez les enfants qui vont bien, c'est-à-dire chez ceux qui parviennent à maîtriser leur capacité de « fantasmatisation » (Chiland, 1971). Cette capacité, qui s'apparente à celle de la « mentalisation » décrite par P. Marty (1990), découle du fonctionnement du préconscient. Lorsque l'enfant élabore un récit imaginaire, alors il montre que son préconscient est capable d'effectuer des liaisons entre représentations et affects. La fantasmatisation oedipienne, comme le symptôme, permet donc une satisfaction du désir et, parfois, de son interdit. Ce désir porte sur l'accomplissement d'une satisfaction sexuelle qui demeure, dans la réalité, impossible et interdite. La fantasmatisation oedipienne autorise cette satisfaction favorisée par l'auto-érotisme.

- Les **rêves diurnes** et les histoires imaginaires constituent un recours face aux moments difficiles de l'existence, lorsque l'impuissance de l'enfant lui est signifiée¹. Lorsque l'enfant ne peut élaborer ses rêves, alors il demeure face à son impuissance, sans trouver d'échappatoire, ce qui représente une situation particulièrement anxiogène. Les rêves nocturnes seront traités ultérieurement dans le cadre de la fonction onirique.

- Le « **roman familial** », décrit par S. Freud en 1909, correspond à une rêverie diurne classique de l'enfant en période prépubertaire. Il porte avant tout sur la substitution de parents décevants par des parents socialement plus gratifiants, puis sur le fantasme sexuel que la mère ait pu être infidèle (Sacco, 1986). Ce « roman familial » représente l'expression du regret de voir disparu le temps heureux où le père représentait l'homme le plus valeureux et où la mère était la plus chère et la plus dévouée des femmes. Cette rêverie, dépendante des capacités imaginatives de l'enfant, constitue donc un moyen efficace de faire face au détachement affectif. Son absence ou son hypertrophie suggère une carence de l'espace imaginaire. De

¹ L'imaginaire permet habituellement à l'enfant de récupérer la puissance phallique et d'éviter la castration (Arbisio-Lesourd, 1997).

plus, « le roman familial » représente pour les enfants « *une intégration souvent réussie de leurs questions non résolues sur la différence des sexes et l'engendrement* »¹, interrogations qui restent en suspens en cas de faillite de l'imaginaire.

- A travers le **jeu**, l'enfant de la période de latence dévoile également ses capacités à lier l'imaginaire avec la réalité. Certains ne se contrôlent pas et sont rapidement envahis par l'excitation. Débordés par des angoisses massives et en raison de processus secondaires en faillite face au mouvement fantasmatique, ils se laissent déborder par l'énergie pulsionnelle. Ces mêmes enfants, instables dans leur jeu, incapables d'élaborer une activité complexe et soutenue, ne peuvent pas élaborer d'histoires (Arbisio-Lesourd, 1997).

En définitive, **la qualité des histoires, des rêves, du « roman familial » et des jeux de l'enfant en période de latence reflète l'étendue de son espace imaginaire**. L'anxiété chronique, les angoisses sous-jacentes et les préoccupations morbides entravent le fonctionnement de la « mentalisation » en s'opposant à la prise en compte d'une réalité perçue comme dangereuse pour l'équilibre psychique. Dans ce cas, l'enfant présente un espace imaginaire carencé quantitativement et/ou qualitativement, son univers imaginaire se caractérisant par la fixité : les récits et les jeux sont répétitifs et dénués de rebondissements et de cohérence, les rêveries diurnes et le « roman familial » s'avèrent inexistantes ou prédominants.

Les apports théoriques précédents permettent de formuler une première **hypothèse théorique**² (**H1**) concernant la qualité et la richesse de l'espace imaginaire des enfants anxieux :

H1. Comparativement à celui des enfants non anxieux, l'espace imaginaire des enfants anxieux en période de latence serait soit plus carencé, soit plus luxuriant en raison d'angoisses non élaborées entravant le travail psychique de mentalisation.

¹ ZUILI N. (1981). « A propos de la période dite de latence ». *Revue française de Psychanalyse*. 45 (4). pp. 860-868.

² Il faut souligner que cette hypothèse théorique ne permet pas de différencier le fonctionnement psychique des enfants anxieux souffrant de troubles du sommeil de ceux n'en présentant pas. La carence de l'imaginaire devrait *a priori* les caractériser tout autant.

B. Le refoulement inopérant.

Le terme de « refoulement » est retenu dans son acception propre, c'est-à-dire comme une « *opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir dans l'inconscient des représentations (pensées, images, souvenirs) liées à une pulsion* »¹. Le refoulement participe pour un temps à de nombreux autres mécanismes de défense dont il est le prototype. S. Freud substitua rapidement le terme de « défense » par celui de « refoulement », ce qui conféra à ce dernier un sens plus équivoque (J. Laplanche et J.-B. Pontalis, 1967). Pour notre part, il s'agit bien d'un **mécanisme de défense spécifique** qui se distingue des autres.

Le refoulement est le **premier mécanisme défensif mis en place par le moi** de l'enfant. Il révèle l'existence de la vie psychique dans laquelle vont prendre place les conflits. Il s'avère nécessaire à l'entrée dans la période de latence car « *de la qualité du refoulement, de son insuffisance ou de ses excès, vont dépendre les modalités de fonctionnement psychique de l'enfant, ses possibilités de sublimation comme la mobilisation d'autres défenses.* »² De plus, et comme le souligne F. Sacco (1986), « *(...) l'instauration progressive d'une conscience claire favorisée par le fonctionnement du Surmoi, nécessite une complexion de l'appareil psychique dont le refoulement est le témoignage de son fonctionnement : la haine et le désir ne doivent pas faire resurgir les premiers objets abandonnés et refoulés, pour pouvoir penser* »³.

Le refoulement se présente ainsi tel un **élément essentiel de la période de latence**. De ce mécanisme, dont la mise en place est encouragée par l'entourage, vont s'élaborer les intérêts culturels et intellectuels, les conduites et les traits de caractère (P. Denis, 1979).

Chez l'enfant en période de latence, le refoulement autorise une mise au repos du développement de la pulsion sexuelle, et non son activité. Il permet de différer son accomplissement dans la relation génitale achevée. La pulsion sexuelle, inhibée quant au but, sera pour l'instant satisfaite de manière imaginaire en investissant des relations de substitution au lieu de l'image crue de l'acte sexuel (J. Violette, 1986). « *Là où le tout-petit se vautre avec bonheur contre le corps maternel, l'enfant de la période de latence trouvera un chemin détourné dans des activités et des intérêts variés, solitaire ou avec d'autres enfants et dont*

¹ LAPLANCHE J. – PONTALIS J.-B. (1967). « Refoulement ». *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris. PUF. 13^{ème} éd. 1997. p. 392.

² ARBISIO-LESOURD C. (1997). *L'enfant de la période de latence*. Paris. Dunod. p. 202.

³ SACCO F. (1986). « Refoulement et période de latence ». *Revue française de Psychanalyse*. 50 (1). p. 623.

père et mère seront exclus. »¹ La pulsion sexuelle peut s'assouvir sans la présence de l'objet et uniquement par le biais de sa représentation, ce qui explique sa relation étroite avec le fantasme. Les satisfactions déplacées qu'elle trouve dans l'investissement des relations substitutives profitent aux pulsions du moi qui, elles, sont en rapport avec les activités de conscience (J. Violette, 1986).

Les rêveries diurnes, le roman familial et les fantaisies, ainsi que nous les avons évoqués, constituent des procédés de refoulement permettant aux pulsions sexuelles d'éviter la frustration (F. Sacco, 1986). Le **développement de l'espace imaginaire** de l'enfant en période de latence est donc en **étroite relation avec la constitution et la complexification des mécanismes défensifs tel que le refoulement**. Lorsque ce dernier devient insuffisamment efficace face aux pulsions génitales, alors l'enfant met en place des défenses plus archaïques, telle que, par exemple, la régression.

L'échec du refoulement, qui devrait se conjuguer avec une carence de l'imaginaire, **marque donc la présence d'une surcharge pulsionnelle génératrice de conflits et d'angoisses**.

C. L'inhibition excessive ou absente.

« (...) l'inhibition est l'expression d'une limitation fonctionnelle du moi qui peut elle-même avoir des origines très différentes »². « [Elle] ne signifie pas nécessairement quelque chose de pathologique : en effet, on peut aussi donner le nom d'inhibition à la limitation normale d'une fonction »³.

Selon S. Freud (1926), l'inhibition devient donc un symptôme lorsque la fonction est profondément modifiée. En outre, son atténuation favorise parfois le surgissement d'un symptôme dont elle empêchait l'expression. L'objectif de l'inhibition demeure avant tout d'éviter une confrontation avec le ça, c'est-à-dire avec des pulsions libidinales et agressives considérées comme mortifères et angoissantes (de Ajuriaguerra et Marcelli, 1982). S. Freud (1926) distingue **l'inhibition spécialisée** et **l'inhibition globale** :

¹ VIOLETTE J. (1986). « Le jour où je t'avais tué... Apparition et levée du refoulement : l'entrée en latence ». *Revue française de Psychanalyse*. 50 (1). p. 632.

² FREUD S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris. PUF. 1995. p. 5.

³ *ibid.* p. 3.

- l'inhibition spécialisée affecte une fonction lorsque celle-ci prend une signification sexuelle évidente.

- l'inhibition globale apparaît lorsque le moi se mobilise tout entier pour une seule tâche donnée, à l'occasion, par exemple, d'un deuil ou de la résurgence insoutenable et importante de fantasmes sexuels. Tous les autres investissements habituels seront alors abandonnés, d'où une inhibition d'allure globale.

Ce mécanisme de défense, issu de l'instance moïque, se situe au centre de l'approche clinique des enfants en période de latence¹. Trop conséquente dans le fonctionnement psychique, c'est-à-dire globale au sens freudien, elle prendra la valeur de symptôme. Pas assez présente, les conflits et les pulsions incontrôlées risquent fort d'empêcher l'action de la sublimation. **L'intensité de l'inhibition doit donc s'inscrire dans une marge étroite et peu précise, ce qui explique ses débordements vers un versant ou l'autre au cours de cette période fragile.**

- Précisons que l'inhibition et la rétractation du moi, décrite par A. Freud (1946), doivent être distinguées. La première protège l'enfant des tensions internes, des conflits intra-psychiques, et peut être considérée comme un commencement de sublimation (Freud, 1923). Quant à la seconde, elle préserve des excitations externes. En effet, la rétractation du moi possède un but hédoniste et évite la confrontation avec l'angoisse. Elle ne représente pas véritablement un mécanisme de défense car le moi reste libre de ses agissements. Toutefois, elle peut être prise en compte de par sa fréquence chez l'enfant en période de latence qui cherche souvent à éviter le déplaisir à travers des activités (Freud, 1946). Ces dernières n'autorisent alors pas une sublimation et un développement du moi mais au contraire, elles participent à son rétrécissement.

Une **inhibition excessive ou absente** représente donc le **signe d'un déséquilibre psychique**. La première empêche tout investissement et la seconde laisse libre cours aux pulsions, ce qui ne permet pas de les canaliser vers un but donné. L'enfant est en proie à des fantasmes sexuels insoutenables et sources d'angoisses qui ne lui permettront pas d'entamer un travail psychique de sublimation.

¹ Il faut souligner que l'inhibition, en tant que symptôme, demeure l'un des motifs les plus fréquents de consultation chez les enfants âgés de 8 à 12 ans. Elle porte sur les conduites externes et socialisées, sur les conduites mentalisées et/ou sur les fonctions intellectuelles (de Ajuriaguerra et Marcelli, 1982).

A ce stade de la réflexion peut être formulée une seconde **hypothèse théorique (H2)¹** :

H2. D'un point de vue comportemental, les enfants anxieux en période de latence souffrant de troubles du sommeil présenteraient une *inhibition excessive* ou une *excitation* comparativement plus intense que celle des enfants anxieux ne présentant pas ce symptôme.

D. Le destin des autres mécanismes de défense.

Nous passons en revue certains mécanismes de défense dont l'utilisation est susceptible de dévoiler la présence d'angoisses massives difficiles à élaborer : **la régression, les formations réactionnelles et l'annulation rétroactive.**

- Ainsi que le précisent J. Laplanche et J.-B. Pontalis (1967), la **régression** comporte, selon S. Freud, trois sens distincts :

« Prise au sens topique, la régression s'opère [...] le long d'une succession de systèmes psychiques que l'excitation parcourt normalement selon une direction donnée. Dans un sens temporel, la régression suppose une succession génétique et désigne le retour du sujet à des étapes dépassées de son développement (stades libidinaux, relations d'objet, identifications, etc.). Au sens formel, la régression désigne le passage à des modes d'expression et de comportement d'un niveau inférieur du point de vue de la complexité, de la structuration et de la différenciation. »²

Chez l'enfant en période de latence, souvent âgé de 6 à 8 ans, la régression temporaire à la prégénitalité est utilisée lorsque le refoulement s'avère insuffisant face à l'émergence des pulsions génitales et oedipiennes (Arbisio-Lesourd, 1997). Ce mouvement régressif s'explique par la conviction de maîtriser plus habilement les pulsions prégénitales. Cette défense psychique représente une protection importante capable d'apaiser l'angoisse. *« Cette possibilité de la régression est en soi positive, d'autant qu'elle ne consiste jamais à revenir à*

¹ Cette hypothèse devrait permettre de comparer les enfants souffrant de troubles du sommeil de ceux n'en étant pas affectés. En effet, il est possible de supposer que le degré d'inhibition diffère selon que l'enfant présente ou ne présente pas de troubles du sommeil.

² LAPLANCHE J. et PONTALIS J.-B. (1967). « Régression ». *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris. PUF. 1997. pp. 400-403.

*l'état exactement antérieur, puisque les nouveaux éléments ont forcément introduit des remaniements de la position initiale. »*¹

La régression au stade sadique-anal, fréquente et « normale » chez les jeunes enfants de la période de latence, permet le maintien d'un sentiment de maîtrise. Cette remarque explique que les enfants de cet âge possèdent habituellement un caractère dit « anal » (Brenot, 1989). En revanche, lorsque les conflits deviennent ingérables, la régression peut envahir le fonctionnement psychique de l'enfant et le maintenir dans une position régressive (Arbisio-Lesourd, 1997). Réactivant les pulsions prégénitales, une des conséquences de la régression est la survenue de formations réactionnelles.

- En effet, « *les formations réactionnelles ont un lien intime avec la régression, puisqu'elles constituent des défenses contre les pulsions prégénitales réveillées par le mouvement régressif.* »² Considérant l'intensité des conflits psychiques qui opèrent lors de la période de latence, les **formations réactionnelles** ont un rôle essentiel et structurant. En provenance du moi, elles constituent une réaction rigide et forcée contre un désir refoulé et plus globalement contre le ça (Freud, 1946) : par exemple, la pudeur de l'enfant face à ses tendances exhibitionnistes. Elles peuvent être isolées ou généralisées, constituant alors un ensemble de traits de caractère définissant une personnalité (Laplanche et Pontalis, 1967).

Pour S. Freud (1908), le psychisme de l'enfant en période de latence voit apparaître les formations réactionnelles « *qui s'opposent comme des digues à la mise en activité ultérieure des pulsions sexuelles* »³. Elles participent, ainsi que nous l'avons souligné, au mouvement régressif et favorisent également l'apparition du caractère anal de l'enfant. Ce mécanisme protège l'enfant des désirs oedipiens inavouables. Les limitations morales qu'ils se donnent constituent des formations réactionnelles de protection contre ces motions (S. Freud, 1923).

- Lorsque les formations réactionnelles s'avèrent défailtantes face aux résurgences pulsionnelles, apparaît alors chez l'enfant en période de latence, un autre mécanisme de défense nommé l'**annulation rétroactive** (Arbisio-Lesourd, 1997). Cette dernière désigne un : « (...) *mécanisme psychologique par lequel le sujet s'efforce de faire en sorte que des pensées, des paroles, des gestes, des actes passés ne soient pas advenus* »⁴.

¹ ARBISIO-LESOURD C. (1997). *L'enfant de la période de latence*. Paris. Dunod. p. 204.

² *ibid.*

³ FREUD S. (1908). « Caractère et érotisme anal ». *Névrose, psychose et perversion*. Paris. PUF. 1995. p. 145.

⁴ LAPLANCHE J. et PONTALIS J.-B. (1967). « Annulation (- rétroactive) ». *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris. PUF. 1997. pp. 29-31.

Elle correspond à une compulsion d'allure « magique » caractéristique de l'obsessionnalité (Laplanche et Pontalis, 1967).

Si la régression et l'annulation rétroactive s'avèrent parfois efficaces face aux mouvements pulsionnels, leur **mise en place intensive marque** la massivité de ces derniers ainsi que **la présence de conflits psychiques internes et d'angoisses non élaborées**. De plus, ces défenses entraînent une dysharmonie de la personnalité dans le sens d'une obsessionnalisation pathologique de cette dernière.

1.1.3. Valeur des manifestations symptomatiques et poids de l'anxiété.

Pour rappel, et selon S. Freud (1926), **le symptôme représente la réalisation d'un fantasme inconscient et permet l'accomplissement du désir**. Il exprime donc un conflit psychique inconscient. « *La formation de symptôme a donc pour succès effectif de supprimer la situation de danger* »¹, signalée par l'angoisse. Puis, « *une adaptation a lieu à ce morceau du monde intérieur qui est étranger au Moi et qui est représenté par le symptôme* »², les bénéfices secondaires venant également contribuer à une fixation du symptôme.

Au moment de la latence, **le symptôme renvoie au rapport à l'angoisse devant le sur-moi**, rapport qui persistera toute la vie (Arbisio-Lesourd, 1997). L'enfant névrosé de la période de latence, présentant des symptômes issus de sa petite enfance, possède des mécanismes de défense inopérants, un refoulement insuffisant et une sublimation qui ne parvient pas à s'instaurer. Certains troubles signalent ainsi la présence de fixations aux stades prégénitaux et tous renvoient à la présence d'une anxiété qui s'exprime à travers des manifestations symptomatiques différentes. Ces dernières s'extériorisent dans le registre de l'agir ou dans la sphère somatique, ce qui est le cas des troubles du sommeil (Chiland, 1971)³.

En définitive, **l'enfant de la période de latence présentant des symptômes sévères sous-tendus par l'anxiété possède l'âge chronologique d'appartenance à cette période mais ne possède pas toutes les caractéristiques psychologiques et psychiques auxquelles on peut habituellement s'attendre.**

¹ FREUD S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris. PUF. 1995. p. 58.

² FREUD S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris. PUF. 1995. p. 14.

³ Pendant la période de latence, la symptomatologie est discrète et peut faire l'objet d'une catégorisation en plusieurs grands groupes (Arbisio-Lesourd, 2000). On constate des demandes concernant les difficultés scolaires (problèmes d'adaptation ou d'apprentissages), les pathologies somatiques (l'insomnie), les souffrances au sein du milieu familial (les tics, l'éneurésie) et enfin les difficultés engendrées par les situations de divorce parental.

Ainsi que le rappelle D. W. Winnicott (1965), l'enfant de cette période qui ne possède pas la santé est un enfant cliniquement très malade car habituellement toute symptomatologie est justement en « latence ». Toutefois, la non expression de la souffrance psychique ne doit pas faire conclure à son absence (Arbisio-Lesourd, 1997). Ainsi, **l'enfant anxieux de la période de latence peut paraître « mal à l'aise » et inhibé**, sans présenter véritablement une symptomatologie avérée. Son ressenti risque ainsi de passer inaperçu aux yeux de ses parents. Pourtant, ces derniers viennent parfois consulter pour ce « mal-être » qu'ils perçoivent chez leur enfant.

L'anxiété de l'enfant en période de latence est donc difficile à déceler tant son expression peut passer sous silence. Lorsque l'angoisse provient des stades prégénitaux, elle va s'exprimer ouvertement à travers des symptômes ayant débuté dès la petite enfance. Elle peut également se manifester soudainement à l'occasion d'un événement de vie stressant. Dans certains cas, elle va générer des troubles du sommeil ou les pérenniser alors qu'habituellement ils tendent à disparaître à l'entrée de la période la latence. Le « choix » du symptôme se fonde peut-être sur la nature de l'anxiété qui la sous-tend, ce qui implique que nous fassions un retour théorique sur ce terme d' « anxiété ».

1.2. L'anxiété.

Après avoir redéfini le terme d'anxiété tel qu'il est envisagé dans cette recherche, nous rappellerons **la fréquence** de cette affection dans la population des enfants en période de latence et nous aborderons **ses manifestations** symptomatologiques. Le **poids des facteurs familiaux** dans la formation du caractère anxieux de l'enfant sera d'emblée avancé, faisant apparaître l'intérêt d'une approche intergénérationnelle de la problématique.

1.2.1. Précisions terminologiques.

Afin d'éviter toute confusion terminologique, il est essentiel de redéfinir ce à quoi correspond l'anxiété dans cette recherche, d'autant qu'est utilisé simultanément le terme d'angoisse. Ce dernier sera précisé dans le chapitre suivant. Présentement, nous nous attacherons à formuler ce qu'est **l'anxiété comparativement à la peur, l'angoisse et la dépression.**

A. Anxiété versus états thymiques banaux et angoisse(s).

L'anxiété doit tout d'abord être distinguée des états thymiques banaux. Elle s'avère plus intense que l'inquiétude et n'est pas exclusivement liée, comme la peur, la terreur ou l'effroi, à un danger présent ou dûment annoncé (Le Gall, 1976). Nous verrons plus avant sous quelles formes l'anxiété se manifeste. Mais d'ores et déjà, remarquons qu'il existe **une anxiété d'objet, une anxiété flottante, fondamentale, et une anxiété de l'inconscient** (Le Gall, 1976)¹.

- L'anxiété d'objet est un état psychologique, conscient, fixé de façon vague ou précise à un certain danger. Elle se distingue de la peur par le fait que cette dernière est un événement psychologique délimité dans le temps et dont l'objet est parfaitement reconnu. La perspective d'un changement ou son accomplissement (l'éloignement, la maladie, les investigations médicales, une menace morale...) peut susciter une anxiété d'objet, d'intensité faible ou élevée, qui dégènera rarement sur une crise d'angoisse.

- L'anxiété flottante, dite également fondamentale, constitue le lit des crises d'angoisse. Pour S. Freud (1926), qui la situe dans le préconscient, elle renvoie à une vue pessimiste des choses.

- Enfin, l'anxiété de l'inconscient, mise en évidence par la théorie freudienne, provient d'un refoulement d'affects et d'une angoisse phobique. Elle ne se manifeste qu'à travers les symptômes.

Dans l'intérêt de cette recherche, le terme d'anxiété renverra à ces trois formes dont les manifestations symptomatologiques révèlent toutes, en effet, un « malaise » chez l'enfant.

Dans le langage courant, **l'angoisse définit un état général ayant un retentissement somatique tandis que l'anxiété désigne un état psychique plus supportable**. Rappelons que les anglo-saxons rassemblent ces deux termes sous celui de « anxiety » ou « Angst ».

La distinction entre « angoisse » et « anxiété » a suscité de nombreux débats que nous pouvons résumer succinctement. Au début du siècle, et selon des auteurs tels que E. Brissaud (1890) et E. Souques (1902), ces deux termes se distinguaient par le fait que l'angoisse représentait un phénomène physique, « bulbaire », tandis que l'anxiété correspondait à un phénomène purement psychique, « cérébral » (Favez-Boutonier, 1963).

Pourtant, malgré cette théorie simpliste et commode, la confusion demeura car l'angoisse et l'anxiété, telles que définies, pouvaient apparaître indépendamment. La première

¹ D'un point de vue psychiatrique, et selon I. Jalenques (1992), une correspondance approximative peut être effectuée entre l'anxiété d'objet et l'anxiété aiguë paroxystique, l'anxiété flottante et l'anxiété chronique, et l'anxiété inconsciente et la phobie.

n'était donc pas uniquement le substrat physique de la seconde. Pour J. Favez-Boutonier (1963), l'angoisse agit simultanément sur le corps et l'esprit en rendant ce dernier immobile. Elle pense aussi que « *l'angoisse représente un état plus intense que l'anxiété* »¹. L'anxiété, qui nous intéresse présentement, renvoie, toujours selon J. Favez-Boutonier (1963), au conflit entre l'affirmation et la négation, entre deux contraires impensables en même temps. Elle n'est pas un conflit d'idées, car elle se soustrait à toute logique mais elle peut s'appréhender intellectuellement au niveau conscient, à la différence de l'angoisse : « *On vit l'angoisse plus qu'on ne la pense tandis que l'on pense l'anxiété autant qu'on la vit* »².

Ce débat nécessaire nous permet surtout de nous interroger sur la signification des termes employés. D'un point de vue terminologique et médical, **la distinction entre « anxiété » et « angoisse » ne trouve aucune légitimité** tant et si bien qu'il est possible de les confondre. Dans l'intérêt de cette étude, **nous conserverons le terme d'anxiété comme manifestation physique et psychique des angoisses de castration, de séparation et de mort qui, telles que définies par la psychanalyse, ne sont pas directement observables.** En définissant ainsi ces termes, nous évitons à l'avenir toute confusion terminologique.

B. Anxiété versus dépression.

Il faut nettement distinguer l'anxiété et la dépression, la première se manifestant à travers ce que la psychiatrie appelle les troubles anxieux³. Ces deux entités s'associent souvent chez l'enfant comme chez l'adulte car il est fréquent d'observer des manifestations anxieuses dans le cadre d'un syndrome dépressif. La situation inverse s'avère plus rare.

- Pour rappel, **la dépression correspond à une profonde tristesse accompagnée d'une sensation d'abattement et d'épuisement physique.** L'absence d'hédonisme est prégnante et l'on constate surtout une soif de néant (Braconnier, 1995). Elle répond à un traumatisme accompli et apparaît souvent à l'occasion d'un deuil pathologique révélant une perte d'objet d'amour, l'intériorisation et l'ambivalence de sentiments qu'on lui portait.

- L'anxiété, quant à elle, possède selon S. Freud (1926) deux caractéristiques essentielles : **son origine est un débordement pulsionnel et elle possède un sens.** Elle n'est

¹ FAVEZ-BOUONIER J. (1963). *L'angoisse*. Paris. PUF. p. 35.

² *ibid.* p. 34.

³ En pédopsychiatrie, les différents troubles anxieux répertoriés chez l'enfant sont : l'hyperanxiété, le trouble panique et l'agoraphobie, la phobie simple (du sommeil par exemple), la phobie sociale, le trouble évitement, le trouble angoisse de séparation, le trouble obsessionnel compulsif, le trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse et le syndrome de stress post-traumatique (Mouren-Simeoni, 1993).

donc pas la dépression même s'il existe des liens étroits entre ces deux affections. Un trouble anxieux peut apparaître avant, pendant ou après une dépression, ou encore d'une manière isolée.

1.2.2. Fréquence et manifestations pendant la période de latence.

A. Données épidémiologiques.

Les études épidémiologiques présentent une grande hétérogénéité méthodologique tant par les populations choisies que par les instruments et les critères diagnostiques utilisés (Jalenques, 1992).

Concernant les enfants de la période de latence, certaines, se basant sur les critères du DSM III-R (1987) (Anderson et coll., 1987 ; Reeves et coll., 1987 ; Kashani et Orvaschel, 1990), ont montré que les filles souffrent davantage de phobies ou de troubles anxieux, hormis celui d'hyperanxiété. La prévalence globale de ces derniers peut être estimée à 10 % de la population des moins de 12 ans.

Toutefois, **l'évaluation épidémiologique reste difficile à réaliser car elle dépend de la définition conférée à l'anxiété.** Ainsi, A. Pelissolo (1999), rappelant les résultats de l'étude de R. Lapouse et M. A. Monk (1958) fondée sur l'analyse de 482 cas, affirme que 48 % des enfants âgés de 6 à 8 ans et 37 % des 9 à 12 ans souffriraient de « *peurs et soucis nombreux* » ! Mais peut-être s'agit-il d'une « *anxiété développementale* » qui n'occasionne alors pas de souffrances insurmontables ? Au contraire, elle serait un facteur de l'adaptation au monde et aux situations présentant un danger pour l'enfant (Martin, 1999).

B. Les manifestations symptomatologiques de l'anxiété.

« L'anxiété se traduit d'abord par un malaise affectant à la fois le corps et l'esprit de l'enfant : ce « malaise », l'entourage le perçoit souvent assez bien, décrivant l'enfant comme « mal dans sa peau » »¹.

La perturbation émotionnelle qu'elle implique se traduit habituellement par une **accélération ou une inhibition de la pensée.**

¹ JALENQUES I. et coll. (1992). *Les états anxieux de l'enfant*. Paris. Masson. p. 7.

On peut mentionner trois types d'anxiété (Jalenques, 1992) : **l'anxiété chronique, l'anxiété aiguë paroxystique et les phobies**¹.

- « L'anxiété chronique se traduit par un malaise plus ou moins permanent, s'accroissant à certains moments de la journée ou lors de situations nouvelles ou imprévues »². Elle cède lorsque l'enfant est en présence de ses parents ou de ses camarades. Cette anxiété affecte l'enfant depuis ses plus jeunes années et les événements de vie et les séparations ne font que la raviver. De même, elle survient lorsque l'enfant est inoccupé. Une inhibition au jeu l'affecte dans la mesure où, malgré son désir, il ne peut se fixer sur une activité. En définitive, seul, l'enfant anxieux s'ennuie. Il exprime également des refus et fait des « caprices » souvent mal compris par l'entourage. Il recherche la compagnie de l'adulte et veut lui plaire, ce qui génère des sentiments de culpabilité.

- L'anxiété aiguë paroxystique définit un épisode limité dans le temps dont le déclenchement est réactionnel à un événement spécifique. On peut repérer sa présence chez l'enfant de la période de latence par la soudaineté de son apparition, à la suite d'un événement réactivant des angoisses autrefois élaborées. Le « paroxysme anxieux » définit l'apparition d'un tel épisode sur un fond d'anxiété chronique. Il apparaît par exemple chez l'enfant que l'on forçerait à rester seul dans sa chambre alors qu'il possède une phobie de l'endormissement (Jalenques, 1992). Les « attaques de panique » représentent, elles aussi, un épisode d'anxiété aiguë paroxystique, mais celui-ci surviendrait de manière imprévisible et accompagné d'une grande agitation.

- La phobie correspond à une peur de l'enfant face à un objet ou à une situation qui est habituellement reconnue comme sans danger à son âge. Parmi les phobies, on retrouve l'anxiété de séparation. Lors du coucher, *« une recrudescence anxieuse [...] avec une réticence persistante ou refus d'aller dormir sans être à proximité des parents ou des frères et sœurs évoque un trouble angoisse de séparation »*³.

L'anxiété de l'enfant se manifeste à travers **différents registres : comportemental, somatique, relationnel et cognitif**.

- D'un point de vue comportemental, l'anxiété s'exprime à travers le malaise, mais également par la colère, l'agitation clastique, l'instabilité psychomotrice et les troubles de l'attention. Les enfants anxieux présentent souvent des tics tels que l'onychophagie, la trichotillomanie et le « head-banging », c'est-à-dire des mouvements brusques et incontrôlés de la tête.

- L'expression somatique de l'anxiété est très riche. Ainsi, des signes fonctionnels tels que les troubles digestifs et les troubles du sommeil dévoilent sa présence. Concernant ces derniers, ils sont

¹ Nous reprenons la terminologie psychiatrique de I. Jalenques (1992), laquelle, nous l'avons déjà précisé, établit des correspondances entre l'anxiété flottante et l'anxiété chronique, l'anxiété d'objet et l'anxiété aiguë paroxystique, et l'anxiété inconsciente et la phobie.

² JALENQUES I. (1995). « Approches cliniques et psychopathologiques des états anxieux de l'enfance et de l'adolescence ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 43 (4-5). p. 139.

³ PELISSOLO A. (1999). « Dépister et diagnostiquer l'anxiété ». *La Revue du Praticien*. 14. p. 15.

très fréquents dans les états anxieux. Il peut s'agir d'une insomnie d'endormissement, de rêves anxieux et de cauchemars répétitifs. La terreur nocturne représente un trouble particulier qui s'apparente à la crise de panique. L'hystérie de conversion et les plaintes hypocondriaques expriment également l'anxiété à travers un dysfonctionnement somatique.

- L'anxiété se perçoit dans les relations avec autrui et dans les conduites de l'enfant. L'inhibition, les conduites d'évitement et la dépendance anxieuse représentent des expressions de l'anxiété.

- Enfin, la sphère cognitive peut être affectée par l'anxiété, ce qui provoque l'inhibition intellectuelle et /ou un déficit de l'attention et de la mémoire. Au contraire, l'enfant peut surinvestir les apprentissages proposés par le milieu scolaire (Diatkine, 1995).

L'anxiété de l'enfant se manifeste donc de manière chronique ou occasionnelle à travers un artifice d'expressions. Les troubles du sommeil constituent un indicateur fréquent d'une anxiété qui, comme le souligne la pédopsychiatrie, est souvent sous-tendue par une angoisse de séparation (Jalenques, 1992 ; Golse, 2001). Ces troubles peuvent disparaître spontanément ou après quelques consultations thérapeutiques, mais il demeure difficile de faire un pronostic sur la résurgence de l'anxiété sous-tendant ces troubles (Diatkine, 1995).

1.2.3. Le poids des facteurs familiaux dans l'apparition de l'anxiété chez l'enfant.

La relation établie entre l'anxiété parentale et celle de l'enfant nous amènera naturellement à nous interroger sur les modalités par lesquelles l'anxiété des parents va contribuer à générer un trouble du sommeil chez l'enfant. Elles seront développées de manière plus exhaustive dans le troisième chapitre concernant la transmission des angoisses. Dans ce paragraphe, nous voulons surtout souligner que **cette relation renvoie à une réalité clinique.**

Les études suivantes, malgré leurs imperfections méthodologiques, « *confirment néanmoins une forte corrélation entre les troubles anxieux des mères et de leurs enfants* »¹ et permettent d'affirmer que « *le fait que des parents présentent ou aient présenté des troubles anxieux [...] constitue un risque accru pour les enfants de souffrir de troubles anxieux, risque variable selon le type de trouble présenté par l'adulte [...].* »²

¹ JALENQUES I. et coll. (1992). *Les états anxieux de l'enfant*. Paris. Masson. p. 119.

² *ibid.* p. 120.

- Plusieurs études, dont celle de Reeves et coll. (1987) portant sur 105 enfants de 5 à 12 ans, ont pu mettre en évidence le fait que les mères d'enfants anxieux, et donc prédisposés aux troubles du sommeil, présentent fréquemment ou ont pu présenter pendant leur enfance une anxiété généralisée (Coudert et coll., 1991).

- La relation entre l'anxiété de l'enfant et la présence d'un trouble psychiatrique chez la mère a également été étudiée par Last (1987). Cet auteur a mis en évidence que parmi les mères d'enfants atteints d'angoisse de séparation et/ou d'hyperanxiété, 83 % présentent une histoire de troubles anxieux.

- L'étude de Weissman (1984) portait sur 133 adultes déprimés et/ou anxieux, 82 « normaux » et leurs enfants, âgés de 6 à 17 ans. Ses résultats ont montré que les troubles anxieux associés à une dépression chez le parent augmentent considérablement le risque morbide de dépression et/ou d'anxiété chez l'enfant (Jalenques, 1992). Mais surtout, les parents présentant une dépression et un trouble panique favorisent l'apparition chez leur enfant d'une angoisse de séparation.

- Enfin, une autre recherche a montré qu'un tiers des enfants de mères anxieuses souffrent des troubles de l'endormissement (M. Robin et coll., 1999).

Les mères semblent se situer au centre de la problématique mais il faut rappeler que **le rôle des pères ne doit pas être négligé** étant donné que ces derniers s'impliquent de plus en plus dans l'éducation de leur enfant.

Le poids des facteurs familiaux dans l'apparition de l'anxiété chez l'enfant possède une explication d'ordre psychanalytique reposant, en partie, sur le processus d'identification, si puissant pendant la période de latence. Ce processus sera revisité plus loin. Nous entrevoyons d'ores et déjà **l'intérêt d'une étude intergénérationnelle de l'anxiété et de ses troubles associés** tels que ceux perturbant le sommeil.

1.3. Le sommeil et ses troubles : relation avec l'anxiété pendant la période de latence.

Après quelques considérations physiologiques et développementales concernant le sommeil, nous nous attarderons sur ses troubles à la période de latence et les liens que ces derniers entretiennent avec l'anxiété de l'enfant et de ses parents.

1.3.1. Aperçus physiologique et développemental du sommeil.

Le sommeil ne représente pas une nécessité universelle car il n'existe véritablement et de manière impérieuse que chez les mammifères, les oiseaux et certains reptiles. Chez

l'humain de tout âge, ce processus, physiologique et génétiquement programmé, est essentiel et vital car sa suppression entraîne une mort rapide. Ses mécanismes physiologiques et ses fonctions restent encore l'objet d'hypothèses mais il demeure certain qu'il repose sur des facteurs individuels, psychologiques et évolutifs, chacun des êtres humains ayant sa façon qualitative et quantitative de dormir selon les périodes de sa vie (R. Debré et A. Doumic, 1969).

A. Les manifestations physiologiques du sommeil.

Ce paragraphe présente et résume les données explicatives générales et objectives issues des ouvrages de R. Debré et A. Doumic (1969), A. Braconnier et P. Mazet (1986), J.-M. Gaillard (1990), M. Jouvet (1990), P. Magnin (1990), P. Lavie (1997) et M.-F. Vecchierini (1997).

« Le sommeil est un processus physiologique au cours duquel les fonctions de la vie de relation sont réduites et les fonctions de la vie végétative ralenties. C'est un processus d'inhibition actif et coordonné où le sujet entre spontanément par l'endormissement et dont il sort spontanément par le réveil. »¹

Cette définition rappelle tout d'abord que le sommeil est un processus physiologique : il recouvre un ensemble complexe de mécanismes neuroélectriques et biochimiques en interaction se révélant en une pluralité d'états de vigilance, appelés également « stades » au sein du sommeil orthodoxe, et par la survenue du sommeil dit paradoxal (SP). Nous verrons que les fonctions de la vie de relation et de la vie végétative sont effectivement plus ou moins réduites selon les stades du sommeil.

L'activité neuroélectrique de l'état de veille intense se caractérise par le maintien d'ondes bêta, rapides et de faible voltage. Au bout de quelques minutes, une situation paisible d'endormissement permet la survenue d'ondes alpha, rapides et de haut voltage. Si le calme perdure plusieurs minutes, alors le dormeur entre en sommeil lent (SL) par le stade 1, encore surnommé « demi-sommeil », « stade transitionnel » ou « sommeil à ondes lentes ». Nous allons donc présenter brièvement les **quatre stades qui constituent le SL**.

¹ DEBRE R. et DOUMIC A. (1969). *Le sommeil de l'enfant*. Paris. PUF. pp. 17-18.

- Durant le stade 1, qui occupe environ 10 % du temps de sommeil, apparaissent plusieurs modifications physiologiques. Les ondes alpha cèdent leur place aux ondes thêta, plus lentes, la respiration devient irrégulière, le tonus musculaire se relâche et s'accompagne de myoclonies, et les mouvements oculaires ralentissent et gagnent en amplitude. L'endormissement complet et spontané apparaît avec l'entrée dans le stade 2, ce qui n'advient pas chez l'enfant anxieux et insomniaque.

- Le stade 2, dit aussi « sommeil confirmé », constitue la moitié du temps de sommeil. Il représente un sommeil léger qui se caractérise par l'apparition des complexes K et des « épingles du sommeil », des ondes spécifiques, respectivement de grandes amplitudes et rapides. Pendant cette période, les mouvements oculaires et le tonus musculaire diminuent tandis que la respiration se régularise. Quinze minutes après l'apparition des complexes K, le dormeur entre dans le stade 3.

- Ce stade 3, qui est une « phase de transition », occupe 10 % du temps de sommeil et il se caractérise par la survenue de l'onde delta, lente et de voltage élevé. Les mouvements oculaires et le tonus musculaire sont très faibles, ce qui va permettre l'entrée dans le sommeil « profond ».

- Le stade 4 correspond à ce sommeil « profond » dans lequel les ondes delta dominent l'activité cérébrale. Les muscles sont relâchés et les rythmes respiratoire et cardiaque sont lents et réguliers. A ce stade peuvent apparaître chez l'enfant des manifestations telles que les terreurs nocturnes et le somnambulisme.

Le **SP, appelé aussi REM** (Rapid Eye Movement sleep), « onirique » ou « actif », apparaît environ une heure et demie après l'endormissement. Les ondes thêta réapparaissent, sans complexes K et sans « épingles du sommeil », ce qui rend l'activité neuroélectrique du SP semblable à celle du stade 1, proche de l'état de veille. Par contre, et ceci explique le terme « paradoxal », on constate une paralysie musculaire, une absence de réflexes et des mouvements oculaires rapides. De plus, les rythmes respiratoire et cardiaque subissent d'importantes fluctuations. Le SP occupe environ 20 % du temps de sommeil chez l'adulte et davantage chez le nourrisson et le jeune enfant, ce qui s'explique par l'hypothèse que **le SP est lié aux apprentissages et à la mémorisation**. Enfin, il est caractérisé par une **abondance de rêves, sans être la phase exclusive d'apparition de ces derniers**.

La régulation physiologique des états du sommeil prend en compte **trois processus**. Le premier, **homéostatique**, correspond à l'accumulation du besoin de sommeil. Le second, **circadien**, renvoie à l'existence d'une horloge interne fonctionnant sur une période d'environ 24 heures. Le dernier, **ultradien**, gère l'alternance des sommeils orthodoxe et paradoxal au cours d'une même nuit. Le rythme du sommeil normal est donc le résultat d'une activité cérébrale qui s'avère suffisamment souple pour s'adapter aux exigences physiques et

psychologiques de l'environnement extérieur, ce qui confère à ce dernier un rôle tout à fait essentiel dans la régulation du sommeil.

B. Considérations développementales et fonctions du sommeil.

Les différents stades du sommeil se succèdent de façon organisée et définie, plusieurs fois au cours d'une même nuit. Cette succession et cette organisation varient considérablement en fonction de l'âge chronologique du dormeur, privilégiant ainsi certaines fonctions.

La réduction du tonus musculaire, nécessaire à l'endormissement, demande à l'enfant un état de satisfaction qui dépend de phénomènes de plus en plus complexes et liés aux satisfactions affectives. De même, lorsque l'enfant grandit, ses perceptions auditive et visuelle s'accroissent et se lient à l'affectivité : le sujet tendu se réveille plus facilement à l'occasion d'un bruit ou à l'apparition d'une lumière. D'un point de vue développemental, il est ainsi reconnu que le réveil du nourrisson est souvent dû à la faim, au froid, à la chaleur ou à une mauvaise posture. De 3 à 9 mois, le réveil se détache des seuls besoins physiologiques. Il entre en rapport avec le désir d'activité motrice et d'échanges affectifs. De 9 mois à 3 ans, le réveil survient en fonction de multiples facteurs. Les facteurs psychologiques deviennent importants et s'entremêlent aux facteurs physiologiques (Debré et Doumic, 1969). L'endormissement ne peut survenir qu'en l'absence ou par la réduction des tensions physiologiques et psychologiques. A cet âge, les réveils nocturnes restent encore très fréquents car ils touchent 30 % des enfants (Challamel, 1998). **Au-delà de 3 ans, a fortiori pendant la période de latence, la qualité du sommeil de l'enfant dépend de facteurs similaires à celui de l'adulte,** c'est-à-dire que son état psychologique conditionne ses capacités d'endormissement et la qualité de son sommeil. Toutefois, il faut encore le différencier, et surtout au niveau de ses troubles, car l'être en devenir traverse des phases de maturation et d'autonomisation inhérentes au développement physique et psychique (Paty, 1997).

Chez l'enfant plus particulièrement, le sommeil possède un rôle fondamental dans la restauration psychique, dans la maturation du cerveau, dans l'efficacité visuelle, dans la programmation génétique du comportement, mais également dans l'apprentissage, dans la mémorisation et dans la stimulation du cortex (Houzel, 1999). **Sa perturbation,** même

pendant la période de latence, **possède donc un impact négatif sur le développement des capacités perceptives, cognitives et mnésiques de l'enfant.**

1.3.2. Les troubles du sommeil psychogènes pendant la période de latence.

A. Les troubles du sommeil sous-tendus par un syndrome anxieux.

Un état psychologique fragile favorise donc l'apparition de troubles du sommeil, et ceci dès le plus jeune âge, *a fortiori* à la période de latence. **Tous les troubles du sommeil répertoriés ne possèdent toutefois pas une origine psychiatrique et ne peuvent donc être liés à un syndrome anxieux sous-jacent.** Nous devons donc mentionner lesquels sont susceptibles de révéler cette anxiété car uniquement ceux d'origine psychologique nous intéresserons dans cette recherche.

Une difficulté supplémentaire apparaît lorsqu'on aborde les troubles du sommeil. En effet, **il est périlleux de fixer la limite entre les sommeils normal et pathologique** car « *la variabilité du sommeil rend difficile l'application de normes précises, et il vaut mieux admettre que le sommeil normal est avant tout celui dont on ne se plaint pas* »¹. Concernant la plainte des enfants de la période de latence, elle passe encore et presque exclusivement par celle des parents.

Ainsi, **nous écarterons de cette recherche les troubles du sommeil suivants :**

- la somnolence excessive pathologique, qui s'observe davantage dans les organisations dépressives de l'adolescence² ou comme conséquence d'atteintes physiologiques³ ;
- le somnambulisme, dont 15 % des enfants de 6 à 12 ans sont affectés⁴ ;
- la somniloquie, qui ne possède aucune signification pathologique particulière et révélée ;
- le bruxisme, que l'on rencontre fréquemment chez les enfants psychotiques ;
- l'énurésie nocturne dont le classement parmi les troubles du sommeil est discutable⁵.

¹ GAILLARD J.-M. (1990). *Le sommeil : ses mécanismes et ses troubles*. Paris. Doin.

² Le terme d' « hypersomnie dépressive » est alors souvent usité.

³ Les « apnées du sommeil » fatiguent l'enfant et provoquent une somnolence diurne invalidante.

⁴ Le somnambulisme empiète sur le SP, empêche la mentalisation et tourne l'énergie pulsionnelle de l'enfant vers des voies de décharge comportementales (Ajuriaguerra et Marcelli, 1982).

⁵ L'énurésie est considérée comme un trouble des sphincters pouvant intervenir au cours de la nuit (Ajuriaguerra et Marcelli, 1982).

En revanche, **nous tiendrons compte des pathologies suivantes** car le rôle du facteur psychologique sur leur survenue est plus largement reconnu et admis.

- Nous pourrions ainsi observer des troubles de l'endormissement et du coucher qui se caractérisent par un énervement de l'enfant ne parvenant pas à trouver le sommeil pendant plusieurs heures. L'opposition au coucher doit être mise en relation avec des attitudes parentales éducatives démissionnaires ou punitives et avec l'angoisse de séparation tandis que la phobie du sommeil refléterait la propre angoisse des parents face à la situation d'endormissement.

- Les enfants en période de latence étudiés pourront également être atteints d'insomnie anxieuse. On reconnaît actuellement que les insomnies correspondent souvent à une perturbation au niveau familial, à un sentiment d'insécurité ou encore à une anxiété maternelle. Elles mettent en exergue une angoisse de séparation ingérable et des difficultés dans l'apprentissage de la solitude et de l'autonomisation.

- Enfin, et probablement plus rarement, nous pourrions rencontrer des enfants sujets aux angoisses nocturnes (Braconnier et Mazet, 1986). Ces dernières regroupent, en premier lieu, les terreurs nocturnes qui se définissent par un réveil impressionnant de l'enfant dans un état de panique paroxystique suivi d'un endormissement rapide¹. Durant cet épisode, l'enfant est en proie à des hallucinations face auxquelles il lutte de manière intense. Les manifestations neurovégétatives de l'angoisse sont prégnantes : pâleur, transpiration et accélération du rythme cardiaque. Les cauchemars, dont l'aspect pathologique dépend de l'augmentation de leur fréquence et de leur pouvoir anxiogène, se caractérisent par un vécu onirique inquiétant avec un déroulement temporel et spatial. Enfin, les éveils anxieux, que l'on peut mettre en lien avec l'angoisse archaïque face à la scène primitive, correspondent à un réveil de l'enfant pendant la nuit. Angoissé et soumis à un conflit interne psychique important, il ne parvient pas à se rendormir rapidement.

De cet exposé des diverses symptomatologies retenues, il apparaît déjà que **l'anxiété de l'enfant semble être le facteur étiologique principal des troubles du sommeil psychogènes**. Or, et la pratique clinique le montre souvent, ces derniers apparaissent avec une fréquence non négligeable pendant la période de latence.

B. Données épidémiologiques.

Les troubles du sommeil chez l'enfant connaissent actuellement une **fréquence croissante**, ce qui suggère l'impact des nouveaux modes de vie. En effet, le sommeil des

¹ Les terreurs nocturnes apparaissent fréquemment lors de la phase oedipienne et certains auteurs, tel D. Houzel (1999), les interprètent comme une perte du père réel pour faire ressurgir un père fantasmatique punitif et castrateur. 3 % des enfants seraient concernés par ce trouble (Gaillard, 1990).

enfants est altéré qualitativement et quantitativement par les horaires de travail de leurs parents, leur obligation précoce de présence à l'école et les multiples placements chez des substituts parentaux (Mazet et Stoleru, 1988). En pédopsychiatrie, ce que confirme également mon expérience de psychologue clinicien, **les troubles du sommeil constituent la plainte parentale la plus fréquente**. Pendant la première année de vie, 20 à 30 % des enfants présentent des troubles suffisamment sévères pour que leurs parents viennent consulter un spécialiste. B. Cramer (B. Golse, 2000), souligne la **continuité** des troubles¹, leur **comorbidité**² et leur **lien avec des troubles interactifs mère-enfant**.

Peu d'études permettent de rendre compte de la fréquence de cette symptomatologie chez les enfants de 6 à 11 ans. Une recherche épidémiologique réalisée dans le Tarn par E. Mullens (1996) a permis de sonder 4832 personnes sur la qualité de leur sommeil : parmi les enfants de 2 à 12 ans, 6 % se réveillent 3 fois et plus au cours de leur sommeil et 2 % prennent quelquefois des hypnotiques pour dormir. La subjectivité des autres indicateurs recensés ne permet pas leur prise en compte. Il est par exemple demandé aux enfants s'ils se sentent fatigués au réveil et s'ils pensent bien et/ou suffisamment dormir. De plus, les deux comportements que nous relatons précédemment expriment plus probablement un déséquilibre psychique d'origine endogène et/ou exogène. Les résultats de cette étude mettent surtout en exergue le **rôle des facteurs environnementaux et sociaux**. Une autre recherche, menée en Finlande par E. J. Paavonen et coll. (2000) et portant sur 5813 enfants de 8 et 9 ans, révèle que 21.7 % des parents se plaignent de la présence, chez leur enfant, d'un trouble du sommeil.

Ainsi, et malgré le manque d'informations statistiques, nous devons nous rendre à l'évidence que **les troubles du sommeil**, si fréquents dans la petite enfance et dans l'adolescence, **n'épargnent pas les enfants de la période de latence**.

C. Les troubles du sommeil sous l'éclairage psychanalytique.

L'approche psychanalytique permet d'expliquer les difficultés d'endormissement et les éveils nocturnes. Les premiers renvoient à un dysfonctionnement des mécanismes

¹ 41 % des enfants de 8 mois atteints de troubles du sommeil en auront encore à 3 ans, 87 % des enfants de 3 ans atteints de troubles du sommeil en seront affectés à 6 ans et 40 % des enfants de 8 ans atteints de troubles du sommeil en souffraient déjà à l'âge de 3 ans (Golse, 2000).

² 45 % des enfants présentant un trouble du sommeil à 3 ans sont affectés d'autres symptômes fonctionnels à 3 ans et 8 ans (Golse, 2000).

psychiques énoncés par M. Fain (1998) tandis que les seconds correspondent à une faillite de la fonction du rêve.

Selon le point de vue psychanalytique soutenu par M. Fain (1998), **trois mécanismes psychiques fondamentaux sont nécessaires à la survenue de l'endormissement**. L'enfant de la période de latence peut habituellement assumer la mise en place de ces mécanismes étant donné que celui-ci possède normalement des capacités de fantasmatisation, de régression et une instance moïque en construction.

Ainsi, le sommeil demande une suspension des investissements extérieurs et une **inhibition motrice** qui « *permet une hallucination du corps en mouvement sans que cela se manifeste au niveau de la motricité* »¹. Ce phénomène ne se produit que si la détente physique et psychologique est satisfaisante, ce que l'état anxieux ne permet pas d'obtenir en raison de la tension psychique qu'il procure.

Deuxièmement, l'entrée dans le sommeil nécessite un **repli de la libido**. Cette dernière, qui dans l'état de veille autorise l'investissement libidinal des objets externes, doit se retourner sur elle-même à des fins narcissiques d'autoconservation, de restauration et de maturation corporelle. L'enfant doit renoncer à l'action, à la communication, à l'état de conscience et, d'une manière globale, à tout intérêt porté habituellement à autrui. Ce renoncement est difficile à réaliser pour l'enfant anxieux car le retournement de la libido sur elle-même le confronte à ses propres pulsions et à ses angoisses, sans possibilité d'étayage extérieure et sans possibilité de s'investir ailleurs.

Enfin, l'individu doit être capable d'effectuer une **régression à la position passive** car l'état de sommeil possède des caractéristiques similaires à celui du fœtus dans le corps maternel : la chaleur, la mise à l'écart des excitations et la position corporelle. Ainsi, « *une certaine opposition entre la veille (le jour) et le sommeil (la nuit) est nécessaire pour que s'opère une régression qui permet à la libido de retrouver des qualités qui existaient au plus haut point lors de la gestation* »². Il s'agit donc d'une régression qui concerne le développement de la libido et suscite le désir de dormir et le retour au narcissisme primaire. La régression porte aussi sur le développement du moi qui ramène alors ce dernier au stade de la réalisation hallucinatoire du désir. Deux types de régression peuvent donc être opposés

¹ FAIN M. (1998). « Brève introduction à une discussion sur le système sommeil-rêve ». *Revue française de Psychanalyse*. 14. p. 10.

² *ibid.* p. 12.

(Press, 1998). La régression confronte l'enfant à ses pulsions et ses angoisses prégénitales qui, si elles ne sont pas élaborées, deviennent insoutenables.

La régression à la position passive n'est pas une prédisposition innée de l'être humain, ce que révèle la présence de symptômes précoces chez les nouveau-nés. Elle est en étroite relation avec la fonction de pare-excitation parentale qui la rend possible. Le bébé qui se raidit et lutte activement contre la pénétration de la tétine montre son incapacité à entrer dans la position passive, ce qui peut être la conséquence d'une surcharge d'excitations tant chez celui-ci que chez le parent qui nourrit. **L'accès à la position passive s'organise donc de manière précoce** et engage d'abord les régulations somatiques pouvant apaiser les décharges motrices (Debray, 1999).

La régression à la position passive et le désinvestissement des objets extérieurs **impliquent une diminution de l'efficacité des mécanismes de défense rigides¹** et, par conséquent, **favorisent une recrudescence de l'anxiété et des angoisses sous-jacentes non élaborées**. Ingérables, ces dernières deviennent la cause possible de troubles du sommeil et plus précisément de l'endormissement.

Notre exposé tend à montrer que les enfants anxieux utilisent massivement la régression pour faire face à leurs angoisses. Mais, grâce aux apports de M. Fain (1998), nous pouvons les différencier de ceux présentant des troubles du sommeil car ces derniers ne possèderaient pas cette capacité à régresser.

Une **hypothèse théorique concernant la capacité ou non à régresser à la position passive (H3)** peut donc être formulée :

H3 : Les enfants anxieux en période de latence souffrant de troubles du sommeil, contrairement à ceux n'en présentant pas, ne possèderaient pas la capacité d'effectuer une régression à la position passive.

Concernant les **éveils nocturnes**, et toujours dans le cadre d'une approche psychanalytique, nous pouvons faire l'hypothèse qu'ils représentent la **conséquence de**

¹ Ces mécanismes de défense propres à nier ou contrôler l'agressivité et l'angoisse sont le déni, l'intellectualisation, l'isolation, la rationalisation, la formation réactionnelle et l'annulation rétroactive.

l'échec de la fonction onirique. Le rêve de l'enfant possède en effet une **double fonction**. Tout d'abord, il permet le **maintien de la continuité du sommeil** car il en est le gardien. Lorsque les enfants ne peuvent élaborer leurs angoisses en raison de conflits psychiques internes intenses, les rêves deviennent cauchemars et terreurs nocturnes, phénomènes susceptibles de les réveiller. La seconde fonction du rêve consiste en un **travail de symbolisation** qui autorise la liaison des affects aux représentations et des représentations entre elles. Dans le rêve, on observe une fantasmatisation des pulsions. Ces dernières se manifestent sous la forme symbolique de productions imaginaires, c'est-à-dire de fantasmes. « *L'angoisse nocturne est l'un des aspects de l'échec de la fonction de liaison du rêve* »¹. Lorsque les défenses psychiques s'effondrent, « *la censure ne contient plus le rêve, ni la quiétude du sommeil. L'anxiété fait irruption* »². **Les troubles du sommeil signent donc la faillite de cette fonction de symbolisation** (Dollander et de Tychev, 2002).

Les troubles du sommeil psychogènes de l'enfant en période de latence, dont la fréquence ne peut être négligée, peuvent apparemment être mis en relation avec une anxiété sous-jacente et avec la résurgence d'angoisses qui se manifestent au cours du sommeil en raison de l'affaiblissement des défenses et de la faillite de la fonction du rêve. Concernant cette dernière, il semble difficile d'apprécier expérimentalement son implication au décours de ce travail recherche.

1.3.3. Les troubles du sommeil en lien avec l'anxiété de l'enfant et de ses parents.

A. La confirmation du lien entre l'anxiété de l'enfant et les troubles du sommeil.

R. Debré et A. Doumic (1969) affirment que les racines des troubles du sommeil de l'enfant doivent être recherchées dans la physiologie de ce dernier, dans son développement mental et affectif et dans les liens qui l'unissent à son entourage. Pour de nombreux auteurs (Jalenques, 1992, 1995 ; Vecchierini, 1997 ; Lavie, 1998 ; Houzel, 1999, de Leersnyder, 1999), « *les troubles du sommeil sont fréquemment l'expression de l'anxiété* »³. Cette dernière, ainsi que nous l'avons souligné, peut également s'avérer secondaire à un

¹ GARMA L. (1998). « Aperçu sur les rêves et les activités mentales du dormeur dans la clinique du sommeil ». *Revue Française de Psychosomatique*. 14. p. 20.

² *ibid.*

³ DEBRE R. et DOUMIC A. (1969). *Le sommeil de l'enfant*. Paris. PUF. p. 145.

traumatisme physique ou affectif : une hospitalisation, une pathologie médicale, un déménagement ou la séparation des parents.

D'origines psychogènes, **les troubles du sommeil représentent une symptomatologie toujours accompagnée d'anxiété**, l'inverse n'étant pas toujours observé. L'étude épidémiologique de E. O. Johnson, H. D. Chilcoat et N. Breslau (2000) confirme d'ailleurs l'existence de cette relation étroite entre les troubles du sommeil et l'anxiété chez 823 enfants de 6 ans dont 717 ont été revus à 11 ans¹. A tout âge, l'anxiété demeure le trouble psychiatrique le plus fréquent lorsque les enfants présentent des troubles du sommeil. Plus précisément, les résultats indiquent une significativité plus importante de cette association chez les enfants de 11 ans.

B. Relation entre anxiété parentale et troubles du sommeil de l'enfant.

Lorsque l'anxiété se chronicise en s'accompagnant de troubles du sommeil persistants, ceux-ci « *témoignent alors chez l'enfant de l'anxiété des parents qui a été saisie et intégrée par l'enfant* »². En accord avec cette assertion, P. Lavie (1998), D. Houzel (1999) et H. de Leersnyder (1999), supposent également qu'il convient d'établir un lien entre l'anxiété des parents et celle de leur enfant, génératrice des troubles.

Lorsque les troubles du sommeil existent depuis la petite enfance, l'anxiété parentale a, semble-t-il, contribué précocement à leur survenue. Comme l'indique B. Cramer (1996) tous les bébés craignent habituellement d'être abandonnés par leur mère et de perdre ainsi un sentiment d'existence en sombrant dans le sommeil. Or, « *ces angoisses, communes chez tous les enfants, peuvent être aménagées ou intensifiées selon l'attitude des parents* »³. Par exemple, une mère inquiète vient au chevet de son bébé au moindre bruit de ce dernier, ce qui risque probablement de créer un engrenage dans lequel l'anxiété maternelle va finir par réveiller l'enfant. « *La plupart des troubles du sommeil résultent de ce type d'échanges angoissés, où l'anxiété parentale et l'augmentation temporaire et cyclique de la vigilance de l'enfant concourent à installer l'insomnie.* »⁴

¹ La *Achenbach's Child Behavior Checklist* a permis le repérage des troubles du sommeil tandis que l'anxiété des enfants a été évaluée à partir d'entretiens directs effectués auprès des mères et des professeurs d'école.

² DEBRE R. et DOUMIC A. (1969). *Le sommeil de l'enfant*. Paris. PUF. p. 147.

³ CRAMER B. (1996). *Secrets de femmes*. Paris. Calmann-Lévy. p. 102.

⁴ *ibid.* p. 104.

Le sommeil n'est pas une fonction dont la mise en place dépend uniquement d'acquisitions physiologiques. L'attitude parentale joue un rôle fondamental et incontournable en lui donnant une signification symbolique. Les soins maternels précoces prodigués par une mère anxieuse n'assurent pas le sentiment de continuité affective et ne permettent pas d'établir un équilibre homéostatique en filtrant les excitations extérieures. Lorsque sa fonction de pare-excitation est défaillante, la mère ne peut suppléer à l'immaturation mentale et physique de son bébé (Mazet et Stoleru, 1988). « *Les mécanismes physiologiques et psychologiques de l'endormissement du jeune enfant dépendent de l'attitude fondamentale de la mère et de la qualité des soins.* »¹

C. Les troubles du sommeil : des révélateurs d'angoisses spécifiques ?

A la période de latence, les troubles du sommeil sont donc toujours concomitants d'une anxiété qui affecte autant l'enfant que ses parents.

Lorsque les troubles persistent **depuis la petite enfance**, l'anxiété sous-jacente correspond à des **angoisses archaïques qui n'ont pas été élaborées en leur temps**, et ceci **en raison d'un environnement n'ayant pas favorisé ce travail d'élaboration**. Les parents anxieux n'ont pas su protéger leur enfant de la massivité de leurs angoisses.

Quand les troubles du sommeil apparaissent **plus tardivement**, au cours de la période de latence, ils signent probablement la présence d'une **anxiété réactionnelle** à un événement de vie particulier. Ce dernier est venu raviver des angoisses parentales qui sont alors projetées sur l'enfant. Toutefois, dans le cadre d'un syndrome de stress post-traumatique, l'apparition des troubles du sommeil constitue une réaction normale explicable par la mise en place d'une hypervigilance nocive pour le sommeil. Les troubles tendent à disparaître de manière rapide après l'événement traumatique et dans la mesure où celui-ci est psychiquement élaboré.

§

Dans les chapitres suivants, nous allons tenter de **spécifier l'anxiété génératrice des troubles du sommeil en dégagant sa nature**, c'est-à-dire en identifiant les angoisses qui la sous-tendent. De même, nous essaierons d'expliquer dans quelle mesure cette symptomatologie apparaît au détriment d'une autre pour exprimer cette souffrance psychique. Les raisons de la présence d'un trouble du sommeil chez l'enfant en période de latence sont à

¹ HOUZEL D. (1977). *Les troubles du sommeil chez l'enfant*. Paris. L'Expansion scientifique française. p. 15.

rechercher du côté de ses angoisses et de celles de ses parents, mais la question est à présent d'éclaircir à quelles angoisses renvoient cette symptomatologie.

Chapitre 2.

Approche génétique des angoisses sous-jacentes à l'apparition de l'anxiété et des troubles du sommeil associés.

Privilégiant l'approche génétique tout autant que l'approche intergénérationnelle, et en conséquence des données rappelées auparavant, le présent chapitre va maintenant tenter **d'élucider les mécanismes psychiques qui sous-tendent l'apparition de l'anxiété accompagnée de troubles du sommeil.** Il a été constaté que ces derniers apparaissent toujours sur un fond d'anxiété qui peut être perçu comme la résultante d'angoisses de mort, de séparation et/ou de castration non élaborées. Nous revisiterons les éléments qui définissent chacune d'entre elles avant de les considérer sous l'angle d'une approche génétique. Nous n'appréhenderons que le **contexte dans lequel les troubles du sommeil sont apparus avant l'entrée en période de latence**, une angoisse développementale n'ayant peut-être pu être élaborée au cours du stade libidinal dans lequel elle domine habituellement.

Pour chacune des angoisses traitées, nous examinerons les raisons pour lesquelles elles se manifestent de manière privilégiée à travers une symptomatologie affectant le sommeil.

2.1. Encarts philosophique, psychanalytique et génétique.

Nous avons spécifié plus avant ce que nous entendions par le terme d'« angoisse » dans ce travail de recherche. Utilisé au singulier, nous le rapprochons directement de l'angoisse que génère inconsciemment la mort, la séparation ou la castration, ce qui sous-entend l'adoption d'une conception psychanalytique en toile de fond. L'enfant peut donc éprouver, à un niveau inconscient et donc non observable, des angoisses de mort, de séparation et/ou de castration que nous définirons dans ce chapitre.

Toutefois, il est intéressant d'effectuer un retour sur l'angoisse en tant que phénomène existentiel largement abordé par la philosophie et la psychologie.

2.1.1. La position existentialiste¹ : S. Kierkegaard et J.-P. Sartre.

Sans vouloir rendre compte exhaustivement des réflexions philosophiques portant sur le concept d'angoisse, il semble nécessaire de redéfinir ce dernier tel qu'il est présenté dans la **perspective existentialiste** par S. Kierkegaard et J.-P. Sartre.

S. Kierkegaard définit, à l'instar de la psychanalyse, l'angoisse comme « *un état de malaise provoqué par la prescience d'un danger imminent qu'on ne peut en aucun cas deviner* »², ce qui la différencie de la peur (Lambotte, 1995). Elle bouleverse le sujet en dépassant ses limites, ce qui s'apparente à une dépersonnalisation³. S. Kierkegaard présente dans *Le concept de l'angoisse* (1844) une première analyse moderne de ce phénomène. Pour lui, ce dernier correspond à une expression de la liberté, l'individu étant toujours confronté à des choix. Leurs conséquences étant ignorées, ces choix font l'objet, simultanément, d'une attraction et d'une répulsion, ce qui génère le vertige de l'angoisse.

Dans la continuité de cette réflexion, **J.-P. Sartre** énonce que l'angoisse est appréhension de soi comme pure possibilité (Azorin, 1995). Ainsi, pour reprendre son illustration célèbre, le vertige est angoisse dans la mesure où je redoute non de tomber dans le précipice mais de m'y jeter. **L'angoisse résulterait donc d'un jeu avec les possibles et porterait ainsi sur l'avenir.** Elle provoque une émotion accompagnée de **manifestations physiologiques** (la striction pharyngée, l'oppression thoracique, l'inhibition, l'agitation...) affectant et bouleversant le corps. Ces dernières nous permettent de croire en cette émotion et d'avoir confiance en notre insertion dans le monde. Sans elles, l'angoisse pourrait être une comédie (Sartre, 1938). Cette dégradation dans les conduites anxieuses et les manifestations physiologiques dévoilent le sérieux de cette émotion et permet un ancrage assuré dans le monde (Azorin, 1955).

Ce bref détour philosophique permet de concevoir **l'angoisse comme conséquence de l'ambivalence du sujet face aux possibilités qui s'offrent à lui.** L'angoisse vient alors

¹ La réflexion existentialiste concerne la signification d'une existence humaine libre et dépourvue de nécessité comme de normes (Dictionnaire de philosophie. 1990. Paris. Nathan). Elle aborde, en outre et de manière concrète, l'analyse des sentiments tels que l'angoisse (Dictionnaire de philosophie. 1991. Paris. Hachette).

² LAMBOTTE M.-C. (1995). « « L'angoisse de conscience » aux limites de la théologie et de la psychanalyse ». *Confrontations psychiatriques*. 36. p 299.

³ La dépersonnalisation renvoie à un état psycho-affectif particulier dans lequel un sujet perd le sentiment de sa propre réalité ou ressent son corps comme irréel.

tirailler l'individu par des manifestations physiologiques et à travers des symptômes tels que les troubles du sommeil. En ce qui concerne l'enfant, nous pouvons extrapoler l'ambivalence que génère en lui la situation d'endormissement : il peut s'abandonner, de manière autonome, dans le sommeil ou tenter de maintenir le lien qui l'unit à ses parents.

2.1.2. Les théories freudiennes de l'angoisse (1905, 1926).

Ainsi que le rappelle D. Quinodoz (1994), qui examine les lettres de S. Freud adressées à W. Fliess entre 1893 et 1903, l'angoisse est pour le premier la conséquence physique d'une pulsion libidinale inemployée. S. Freud affirmait ainsi que l'angoisse ne résulte pas d'un processus psychique ou psychologique.

Dans sa première théorie étiologique de l'angoisse, S. Freud (1905) établit une relation entre la sexualité et les symptômes. **L'angoisse névrotique correspondrait à une dérivation de l'excitation sexuelle utilisée de manière anormale.** Elle constituerait la réaction du sujet face à des excitations internes incontrôlables, se manifestant par une expression somatique dénuée de sens (Bonsack, 1995). L'enfant se comporterait comme l'adulte dont la libido insatisfaite se transforme en angoisse, « *comme le vin tourne au vinaigre* »¹. Mais pour S. Freud (1905), « *l'angoisse des enfants n'est rien d'autre à l'origine que l'expression du fait que la personne aimée leur manque* »². Ils vivent avec cette dernière une relation analogue à celle de l'amour sexuel et redoutent les étrangers et l'obscurité. Concernant l'angoisse infantile, S. Freud (1905) met l'accent sur **l'impact de l'attachement et de la séparation d'avec la personne prodiguant les soins**, l'absence de celle-ci provoquant un afflux d'excitations internes ingérables.

*« La solitude, de même que le visage étranger éveillent le désir intense de la mère familière ; l'enfant ne peut dominer cette excitation libidinale, il ne peut la laisser en suspens, mais il la transforma en angoisse. »*³

Dans sa seconde théorie, exposée dans *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926) et liée à l'élaboration de la deuxième topique, S. Freud (1926) précise que **l'angoisse est un signal-**

¹ FREUD S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris. Gallimard. 1987.

² *ibid.* p. 167.

³ FREUD S. (1933). Angoisse et vie pulsionnelle (XXXIIe conférence). *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*. Paris. Gallimard. Folio essais. 1999. p. 113.

affect produit par le Moi indiquant un conflit entre différentes instances psychiques (Laplanche et Pontalis, 1967). Elle n'est plus rattachée à un débordement pulsionnel exclusivement libidinal et peut donc se concevoir en l'absence de facteurs économiques. S. Freud (1926) abandonne donc l'idée d'une transformation directe et physique de la pulsion en angoisse. Cette dernière, qui siège dans le Moi, est dorénavant liée à une représentation, ce qui permet l'exploration d'une signification inconsciente des symptômes destinés à éviter la situation de danger (Freud, 1926 ; Bergeret, 1972 ; Bonsack, 1995). Elle peut demeurer inobservable grâce à la mise en place de mécanismes de défense qui, eux, vont générer des symptômes invalidants. *« Dans cette deuxième théorie, il y a donc un glissement de la notion d'angoisse symptomatique à une notion d'angoisse plus « abstraite », cachée, et révélée par des manifestations symptomatiques (défensives). »*¹

S. Freud opère ainsi une distinction entre l'angoisse réelle (Realangst) relative à la perception d'un danger réel et l'angoisse névrotique (nevrotischer Angst) ressentie en permanence que l'on peut assimiler à l'anxiété flottante et générale.

Pour lui, **l'affect d'angoisse proviendrait d'évènements traumatiques très anciens « déposés en sédiments dans le moi »**². Le **traumatisme de la naissance** constituerait la première expérience vécue d'angoisse. Mais S. Freud (1926) considère qu'il ne faut pas surestimer le poids de ce traumatisme étant donné que les crises d'angoisse ne reproduisent pas toujours l'acte de la naissance et qu'elles ne sont pas exclusivement générées par des situations analogues (Widlöcher, 1986).

*« Chez l'homme et les créatures qui lui sont apparentées, l'acte de naissance en tant que la première expérience vécue d'angoisse chez l'individu semble avoir conféré à l'expression de l'affect d'angoisse des traits caractéristiques. Mais, nous ne devons pas surestimer la corrélation et, en la reconnaissant, omettre de voir qu'un symbole d'affect est une nécessité biologique pour la situation de danger et qu'il eût de toute façon été créé. **Je tiens également pour injustifié d'admettre que lors de chaque éruption d'angoisse se produise dans la vie d'âme quelque chose qui équivaut à une reproduction de la situation de la naissance.** »*³

¹ BONSACK C. L. et GILLIERON E. R. (1995). « Le niveau développemental de l'angoisse en psychiatrie psychodynamique ». *Confrontations psychiatriques*. 36. p.196.

² LAMBOTTE M.-C. (1995). « L'angoisse de conscience » aux limites de la théologie et de la psychanalyse. *Confrontations psychiatriques*. 36. p. 298.

³ FREUD S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris. PUF. p. 10.

Il faut souligner que le traumatisme de la naissance peut amplifier l'intensité de l'angoisse de séparation lorsqu'il a entraîné chez l'enfant une détresse physiologique conséquente. Le sommeil pouvant réactiver le souvenir de la vie in utero, les angoisses liées à cet événement douloureux peuvent ressurgir lors de l'endormissement.

Enfin, **la théorie freudienne expose la diversité des angoisses et laisse entrevoir une approche génétique.** Pour S Freud (1926), le nourrisson dont le Moi est encore immature redoute son état d'impuissance. Le danger de la perte d'objet, de la séparation, caractérise ensuite le jeune enfant dépendant de ses parents. Enfin, le danger de la castration apparaît lors du stade phallique et l'angoisse devant le Surmoi, lors de la période de latence.

2.1.3. Approche structurelle et génétique des angoisses : J. Bergeret (1972, 1996).

Dans sa description des structures de personnalité, **J. Bergeret (1996) associe le niveau d'angoisse aux conflits entre instances, mécanismes de défense et relations d'objet.** Ainsi, l'angoisse de mort qu'il nomme angoisse de morcellement, la plus primitive, caractérise les organisations psychotiques. L'angoisse de séparation, dite angoisse de perte d'objet ou d'abandon, renverrait plus particulièrement aux organisations limites ou « border-line ». Enfin, l'angoisse de castration se manifesterait principalement dans les organisations névrotiques ou génitales.

Pour J. Bergeret (1996), la personnalité se structure en passant par **trois étapes successives.**

- La première renvoie aux états initiaux du Soi du petit enfant. Partant d'une indifférenciation somato-psychique, le Soi se distingue peu à peu du non-Soi tout en conservant une « plasticité » face aux influences extérieures toxiques et maturatives.

- La seconde étape correspond à une préorganisation qui est fonction de forces déterminées par les données héréditaires et congénitales et par les expériences objectales touchant des zones érogènes de plus en plus étendues. A cette étape du développement, les relations aux parents demeurent encore capitales.

- Enfin, la dernière étape voit apparaître une structure de personnalité stable dotée d'un Moi autonome.

La structuration de la personnalité dépend beaucoup de la relation aux parents. Ainsi, J. Bergeret (1996) établit des correspondances entre la nature des angoisses et le type de relation aux figures parentales. Ainsi et par exemple, l'angoisse de mort des organisations

psychotiques renverrait à une relation symbiotique et toxique avec la mère, à une mère phallique ou encore à une mère ambivalente.

Toutefois, le modèle qu'il propose n'est pas rigide et J. Bergeret (1996) rappelle que les angoisses et les défenses attribuées généralement aux structures psychotiques peuvent être connues et utilisées par les sujets névrotiques. Ainsi, l'angoisse de mort ne demeure pas l'apanage des enfants psychotiques et elle peut donc affecter, *a priori*, nombre d'enfants de la période de latence. La même remarque peut être formulée concernant les angoisses de séparation et de castration.

Concernant la période de latence, J. Bergeret (1996) l'intègre dans sa perspective génétique et structurelle. Il note à son propos que :

*« Nous sommes tous convaincus de l'importance de la période de latence (vraie) par ses identifications, ses sublimations, ses aménagements socio-relationnels et culturels, ses manifestations sexuelles même (souvent désordonnées d'ailleurs) ; cependant ce n'est pas sans raison que Freud a parlé d'une « période » de latence et non d'un « stade » comme pour les moments réellement évolutifs au point de vue structurel et centrés sur des aspects pré-génitaux (stade oral, stade anal) ou génitaux (stade phallique pour la génitalité infantile et stade pubertaire pour l'organisation génitale proprement dite). Pendant la période de latence les vécus émotionnels du sujet demeurent certes assez fortement agités mais son **organisation structurelle demeure inchangée** et ne franchit une nouvelle marche de l'escalier évolutif qu'à l'étape suivante du stade pubertaire. Pour employer des termes imagés, nous pourrions dire que **notre « silence évolutif » de la latence a pour but de connoter l'absence de progrès structurel en même temps que la « rumination » par le sujet des si lourdes et si diverses acquisitions opérées au cours des stades précédents** »¹.*

Les bouleversements inhérents à la période de latence ne contribuent pas à un changement structurel (Bergeret, 1972).

Par contre, J. Bergeret (1996) précise que cette période est propice aux « ruminations » des acquisitions opérées durant les stades précédents, ce qui laisse penser que les angoisses connues lors de ces derniers peuvent être encore en cours d'élaboration psychique ou plus simplement non élaborées.

¹ BERGERET J. (1996). *La personnalité normale et pathologique*. Paris. PUF. p. 62.

2.2. L'angoisse de mort.

2.2.1. Points de vue psychanalytiques.

A. S. Freud : l'angoisse de mort comme analogon de l'angoisse de castration.

Pour S. Freud (1926), l'inconscient étant convaincu de son immortalité, **la peur de mourir correspond essentiellement à la punition du délit oedipien** (Jeanneau, 1992). Elle ne proviendrait que du sentiment de culpabilité généré par ce dernier.

« C'est pourquoi je m'en tiens fermement à la supposition que l'angoisse de mort doit être conçue comme analogon de l'angoisse de castration, et que la situation à laquelle le moi réagit est le fait d'être délaissé par le sur-moi protecteur - les puissances du destin - , par quoi prend fin l'assurance contre tous les dangers. »¹

Le point de vue freudien ne permet pas de distinguer nettement l'angoisse de mort de l'angoisse de castration. Or, dans cette recherche, elles doivent être distinguées afin de conserver une approche génétique cohérente. En revanche, la théorie freudienne explique la réactivation possible de l'angoisse de mort chez l'enfant de la période de latence grâce au concept de régression. Ce dernier renvoie à un processus psychique qui, à l'occasion d'un trouble externe, d'impressions précoces ou de prédispositions constitutionnelles, fait régresser l'enfant jusqu'à un point de fixation situé dans le développement de sa libido. Le trouble externe peut être soit un événement de vie traumatique, et alors le concept permet de comprendre la réactivation de l'angoisse de mort pendant la période de latence, soit un moment spécifique tel que l'endormissement, nécessitant un mécanisme de régression.

B. M. Klein : la peur de mourir comme cause première de l'angoisse.

M. Klein, pour sa part, confère une place centrale à la **peur de mourir** en la considérant **comme cause première de l'angoisse** (Segal, 1969). Elle soutient, contrairement à S. Freud (1926), que la peur de mourir existe dans l'inconscient. Elle prendrait naissance dans la pulsion de mort et dans le jeu d'introjections et de projections qui constitue la psychose infantile (Bonasia, 1992). L'origine de l'angoisse de mort serait archaïque et

¹ FREUD S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris. PUF. 1995. p. 44.

précoce, ce qui laisse sous-entendre que nous pouvons bien sûr la déceler chez le nourrisson. Pour M. Klein, l'anéantissement du Moi de l'enfant renvoie à l'angoisse de persécution caractéristique de la position schizo-paranoïde. A cette période précoce du développement, il existe un clivage entre le bon objet, idéalisé, et le mauvais objet, dénigré. L'angoisse repose sur le fait que le bon objet puisse devenir dangereux et persécuteur (Segal, 1969).

C. L'apport des contemporains.

L'angoisse de mort, qui sous d'autres vocables est appelée angoisse de morcellement, de désintégration ou d'anéantissement, renvoie à une représentation concernant le sentiment d'unité du sujet (Bonsack, 1995).

Le Moi du jeune enfant n'étant pas constitué et les relations d'objets (le soi, l'objet et l'affect) n'étant pas distinctement délimitées, **l'absence maternelle et/ou l'insatisfaction des besoins primaires provoquent un sentiment d'impuissance** ainsi qu'une abolition du vouloir et du pouvoir. Dans ces conditions, le nourrisson connaît une impression de discontinuité et « *cette expérience est souvent vécue comme le sentiment atroce d'être vidé de sa substance, non pas d'une humeur, si essentielle soit-elle, (...) et ceci sans recours et sans fin* »¹. **L'angoisse éprouvée s'apparenterait sensiblement à l'angoisse de morcellement du sujet psychotique** car le nourrisson souffre de la douleur de la perte avant que de côtoyer l'angoisse de la perte d'amour : lorsque sa mère disparaît, son Moi s'évide (Assoun, 1994). Il ne craint pas la mort, qui est un concept d'adultes, mais l'absence de sa mère qui reste pour lui une possibilité d'anéantissement (Lebovici, 1992).

Les sensations liées au mal-être et au bien-être ne sont pas attribuées à une personne permanente. Le nourrisson affamé se vivra comme avide et frustré par la « mauvaise » mère, puis, nourri, il connaîtra ensuite une sensation de plaisir prodiguée par la « bonne » mère. Progressivement, ces enchaînements de relations d'objets prototypiques vont être internalisés pour constituer des objets internes agencés de manière cohérente. **L'angoisse de mort persiste lorsque ce processus d'internalisation est défaillant.**

¹ PASCHE F. (1996). « Peur de la mort, angoisse de mort, défense du Moi ». *Revue française de Psychanalyse*. 60 (1). p. 52.

2.2.2. Perspective génétique de l'angoisse de mort.

L'angoisse de mort survient principalement chez l'enfant âgé de **0 à 8 mois**, c'est-à-dire chez l'enfant du **stade oral**, en raison de sa fragilité psychique, de sa relation fusionnelle et de la situation de dépendance absolue dans laquelle il se trouve par rapport à sa mère. **A ce stade du développement, le sommeil constitue une expérience unique de séparation vis-à-vis d'un Autre et d'un Soi indifférenciés.** « L'angoisse du huitième mois », qui se repère chez l'enfant par un changement de son attitude envers autrui et par un investissement libidinal de l'objet, définit la limite temporelle après laquelle l'angoisse de mort ne pourra plus surgir que par l'intermédiaire d'un mécanisme de régression (Bailly et coll., 1995). Par conséquent, un enfant en période de latence n'ayant pas rencontré de difficultés physiques et/ou psychologiques majeures lors de ses huit premiers mois d'existence aura acquis les capacités de surmonter de manière satisfaisante son angoisse de mort. Dans le cas contraire, l'angoisse de mort peut se manifester durablement, jusqu'à la période de latence et même au-delà, ou réapparaître de manière symptomatique à tous les stades du développement, sous forme de troubles du sommeil par exemple, ces derniers étant à même de la réactiver en raison du processus de régression qu'enclenche l'endormissement.

2.2.3. Le sommeil et l'anéantissement.

Selon B. Cramer (1996), **l'enfant est confronté fréquemment et précocement à l'angoisse de mort au moment du coucher et au cours de la nuit.**

« En entrant dans le sommeil, le bébé doit pouvoir abandonner sa mère sans craindre qu'elle disparaisse à jamais. Il doit pouvoir s'abandonner dans le sommeil sans peur d'être englouti et de perdre le sentiment d'existence. »¹.

Voulant exprimer ce que peut ressentir l'enfant lors de l'endormissement, Nemet-Pier (2000) écrit :

« La nuit : symbole d'effroi, d'obscurité, de mystère, de violence, d'immobilité, où les démons peuvent surgir, où les fantasmes et les désirs se précipitent, où apparaissent au fond du trou noir rêveries, projets, souvenirs heureux ou malheureux, des cauchemars et quelquefois même le chaos... l'enfant embarque seul dans le train fantôme qui va le mener il ne sait où. »²

¹ CRAMER B. (1996). *Secrets de femmes*. Paris. Calmann-Lévy. p. 101.

² NEMET-PIER L. (20002). *Moi, la nuit je ne fais jamais dodo*. Paris. Fleurus.

Les propriétés de la situation propice au sommeil expliquent la facilité avec laquelle l'angoisse de mort peut être réactivée lors de l'endormissement. L'enfant se trouve plongé dans l'obscurité totale ou dans la pénombre si les parents utilisent une veilleuse. La suppression de la perception visuelle s'accompagne de l'extinction d'autres sensations venant habituellement du monde extérieur. De plus, toutes les possibilités de mouvements sont suspendues et l'enfant ne peut donc accéder aux individus et aux objets qui lui procurent, pendant la veille, du plaisir. Le vide perceptif et la mise en suspens des fonctions motrices s'apparentent à la situation de létalité. Le sommeil devient chez l'enfant synonyme d'anéantissement. Des hallucinations hypnagogiques, courantes et parfois persécutrices renforcent ce sentiment douloureux (Nemet-Pier, 2000). Le moment de l'endormissement se distingue des situations habituelles de séparation dans la mesure où l'enfant doit abandonner sa propre conscience, abandon qu'il ne peut que craindre en raison de son immaturité psychique.

Rappelons que, au moment du coucher, **la survenue de l'angoisse de mort chez le jeune enfant constitue un phénomène psychique normal mais qui est exacerbé et pérennisé chez l'enfant anxieux** pour qui le sommeil est symbole de destruction (Debré et Doumic, 1969).

S. Freud (1916-1917) avait déjà remarqué la survenue de l'angoisse chez le jeune enfant qui s'endort.

« Les premières phobies de situation qu'on observe chez l'enfant sont celles qui se rapportent à l'obscurité et à la solitude : la première persiste souvent toute la vie durant et les deux ont en commun l'absence de la personne aimée, dispensatrice de soins, c'est-à-dire de la mère. »¹

Les considérations incluses dans ce paragraphe concernant l'angoisse de mort nous ont montré que cette dernière perdure longtemps en cas de non-élaboration au cours des huit premiers mois de la vie, période durant laquelle son maintien avec une intensité mesurée peut être qualifié de « normal ». Elle pourra se manifester à travers des symptômes tels que les troubles du sommeil, celui-ci pouvant la réactiver massivement de par ses caractéristiques intrinsèques. Par conséquent, nous vérifierons la présence d'une angoisse de mort non élaborée sous-tendant l'anxiété et les troubles du sommeil de l'enfant en période de latence.

¹ FREUD S. (1916-1917). « L'angoisse ». *Introduction à la psychanalyse*. Paris. Payot. 1997. p. 370.

2.3. L'angoisse de séparation.

Nous définirons tout d'abord l'angoisse de séparation **normale dite développementale** et l'angoisse de séparation **pathologique** telle qu'elle est définie en pédopsychiatrie. Puis, nous aborderons le point de vue psychanalytique avant de situer génétiquement l'angoisse de séparation au sein des stades du développement libidinal de l'enfant. Enfin, nous exposerons les raisons pour lesquelles cette angoisse peut s'exprimer à travers les troubles du sommeil de l'enfant en période de latence.

2.3.1. Points de vue développemental et psychanalytiques.

A. L'angoisse de séparation normale dite développementale.

L'apparition de l'angoisse de séparation normale, dite développementale, correspond à la période où le nourrisson va différencier mère/non-mère et familial/non-familial, c'est-à-dire **au cours du second semestre jusque trois ans environ** (Braconnier, 1995). Il va alors rechercher activement, selon J. Bowlby (1978), une figure spécifique d'« attachement »¹ qui s'avère habituellement être la mère ou son substitut (Jalenques, 1995). Se basant sur les travaux de l'éthologiste Harlow, J. Bowlby (1978) affirme que l'attachement est un besoin primaire tout le long de la vie de l'homme car il assure son intégrité et sa sécurité. A la séparation d'avec sa mère, **l'enfant réagit habituellement en trois phases** au cours d'une séquence décrite par J. Bowlby (1978).

- L'enfant proteste tout d'abord en cherchant à établir un maximum d'accessibilité à la mère, ce qui traduit en lui la présence d'une angoisse face au danger que représente le risque de la séparation (Marcelli – Gal, 1995).

- Celle-ci étant réalisée, il exprime son chagrin et son désespoir.

- Enfin, selon la durée de l'absence de la figure d'attachement, il va présenter un détachement vis-à-vis de cette dernière, ce qui exprime l'utilisation de mécanismes de défense (Bailly et coll. 1995). Lorsque la séparation dure peu de temps, ce qui est relatif et fonction de l'âge de l'enfant, ce dernier pourra de nouveau « s'attacher » à sa mère. Par contre, dans le cas d'une longue séparation, le retour de la mère génèrera de l'angoisse.

¹ J. Bowlby (1969) préférera finalement employer le terme d'« attachement » plutôt que celui de « monotropie » pour désigner la tendance innée et permanente de l'individu à rechercher le contact avec un congénère.

Toute personne étrangère et inconnue représente chez le jeune enfant un risque de perte des repères internes. Il existe **plusieurs types d'« attachement »** dont certains ont été repérés et définis par M. Ainsworth (1985). Cette dernière a expérimentalement montré les formes « évitante » et « ambivalente » de l'attachement à travers l'utilisation de la « situation étrange ». Elle conclut dans son étude que **la disponibilité de la figure d'attachement détermine une sécurité relationnelle tandis que le manque de disponibilité prédit l'insécurité et l'anxiété**, ce qui dévoile le double intérêt de ce paradigme expérimental (Pierrehumbert, 1992). L'angoisse de séparation développementale signe donc l'élaboration d'un lien entre deux partenaires d'une interaction réciproque. Elle serait selon certains auteurs la réaction basale constituant le paradigme de toutes les réactions anxiogènes ultérieures (Jalenques, 1995). Selon J. Bowlby (1978), l'attachement assuré permettra une croissance de la confiance en soi. Elle possède un caractère universel mais sa destinée classique est d'être surmontée suite à son élaboration.

Par le rappel de cette théorie complémentaire de celle de S. Freud, on perçoit **l'importance de la relation précoce à la mère pour l'établissement d'un attachement sécurisant, source ultérieure de bien-être, d'assurance et de confiance en soi.**

B. L'angoisse de séparation pathologique.

L'angoisse de séparation pathologique, telle qu'elle est définie en pédopsychiatrie, est :

*« (...) une **anxiété excessive** lorsque le sujet est séparé des personnes auxquelles il est **principalement attaché**. C'est l'une des formes de troubles anxieux les plus représentés chez l'enfant, tout autant en population générale que dans des échantillons cliniques »¹.*

Elle se caractérise par :

« (...) un état émotionnel pathologique dans lequel enfant et parents, habituellement la mère, sont impliqués au travers d'une relation de dépendance hostile caractérisée primitivement par un intense besoin de la part à la fois de l'enfant et de la mère, de se maintenir ensemble dans une étroite proximité physique. »²

¹ MOUREN-SIMEONI M. C. - VILA G. et VERA L. (1991). « L'angoisse de séparation : une nouvelle catégorie de troubles anxieux chez l'enfant ? ». *Annales Médico-Psychologiques*. 149 (10). p. 756.

² BAILLY D. et coll. (1995). *L'angoisse de séparation*. Paris. Masson. p. 136.

Une de ses complications courantes est **l'anxiété au coucher**. L'angoisse de séparation pathologique, rarement isolée, s'accompagne au contraire d'autres symptômes tels les phobies simples, celle de l'obscurité par exemple, ou l'hyperactivité (Mouren-Simeoni, 1991 ; Locard, 1997). Selon l'étude de S. Anderson (1987) portant sur 792 sujets, 3.5 % des enfants de 9 ans souffriraient d'une angoisse de séparation pathologique (Martin, 1998). Pour G. A. Bernstein (1991), qui établit une revue de recherches réalisées entre 1980 et 1990, 3 % des enfants en seraient affectés. Dans tous les cas, il s'agit du **trouble anxieux le plus fréquent pendant l'enfance**.

Les **critères diagnostiques de l'anxiété de séparation dans le DSM-IV et la CIM-10** ne diffèrent véritablement que dans leur formulation. Dans la CIM-10, **l'âge de début du trouble doit être antérieur à 6 ans** et, tout comme dans le DSM-IV, le diagnostic ne peut pas être posé si le tableau clinique fait partie d'une perturbation globale de la personnalité (trouble envahissant du développement, schizophrénie, trouble psychotique).

- Selon le DSM-IV (1994), la présence de trois des huit manifestations suivantes indique un diagnostic d'anxiété de séparation :

∈ détresse excessive et récurrente dans les situations de séparation d'avec la maison ou les principales figures d'attachement, ou en anticipation de telles situations,

∉ crainte excessive et persistante concernant la disparition des principales figures d'attachement ou un malheur pouvant leur arriver,

∠ crainte excessive et persistante qu'un événement malheureux ne vienne séparer l'enfant de ses principales figures d'attachement (par exemple, se retrouver perdu ou kidnappé),

∇ réticence persistante ou refus d'aller à l'école, ou ailleurs, en raison de la peur de la séparation,

⊗ appréhension ou réticence excessive et persistante à rester à la maison seul ou sans l'une des principales figures d'attachement, ou bien dans d'autres environnements sans adultes de confiance,

© réticence persistante ou refus d'aller dormir sans être à proximité de l'une des principales figures d'attachement, ou bien d'aller dormir en dehors de la maison,

™ cauchemars répétés à thèmes de séparation,

∏ plaintes somatiques répétées (telles que maux de tête, douleurs abdominales, nausées, vomissements) lors des séparations d'avec les principales figures d'attachement, ou en anticipation de telles situations.

En outre, le trouble doit perdurer depuis au moins quatre semaines, débuté avant 18 ans et entraîné une « *détresse significative ou une altération du fonctionnement social, scolaire ou professionnel* ». Il ne doit pas être mieux expliqué par un trouble panique avec agoraphobie.

Cette classification psychiatrique américaine prend en compte **deux manifestations relatives aux troubles du sommeil (© et TM)**, ce qui suggère explicitement que **l'anxiété de séparation pathologique possède un retentissement sensible sur la qualité du sommeil**.

Une distinction doit donc s'opérer entre l'angoisse de séparation normale ou développementale et l'angoisse de séparation pathologique, cette dernière restreignant les activités et interférant avec le bien-être émotionnel de l'enfant (Mouren-Simeoni, 1993). L'angoisse pathologique se distingue de par son intensité, sa durée et l'âge auquel elle survient (Braconnier, 1995). Par conséquent, **lorsqu'un enfant de la période de latence souffre encore d'une angoisse de séparation invalidante et génératrice de symptômes, nous pouvons affirmer que cette dernière est pathologique**. Enfin, et selon les critères psychiatriques, la présence de troubles du sommeil chez l'enfant semble être le signe privilégié d'une angoisse de séparation non élaborée.

C. La toile de fond de l'angoisse névrotique.

S. Freud (1905) affirme, comme nous l'avons souligné plus avant, que **« l'angoisse chez les enfants n'est à l'origine pas autre chose qu'un sentiment d'absence de la personne aimée »**¹. La mère représentant l'unique objet libidinal à investir, son absence supprime toute possibilité de décharge ou d'investissement de la libido qui se transforme alors en angoisse.

*« La solitude, de même que le visage étranger éveillent le désir intense de la mère familière ; l'enfant ne peut dominer cette excitation libidinale, il ne peut la laisser en suspens, mais il la transforme en angoisse. »*²

L'angoisse de séparation serait selon lui la toile de fond de l'angoisse névrotique, diffuse et générale. Dans son étude du **jeu de la bobine**, S. Freud observe un enfant de 18 mois faisant disparaître et réapparaître l'objet tout en accompagnant ces séquences d'exclamations telles que *vor* (parti) et *da* (voilà). Il remarque que l'absence de l'objet suscite davantage de plaisir. S. Freud propose deux explications sous-tendues par sa deuxième théorie de l'angoisse. La première est que l'enfant réprime les pulsions agressives envers la mère et exprime du même coup sa désapprobation vis-à-vis de la solitude. La seconde explication est

¹ FREUD S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris. Gallimard. p. 62.

² FREUD S. (1933). « Angoisse et vie pulsionnelle (XXXIIe conférence) ». *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*. Paris. Gallimard. 1999. p. 113.

que la maturité psychique de l'enfant lui permet de contenir son angoisse. Cette maîtrise lui procurerait alors un plaisir lié à la possibilité de contrôler le danger en passant d'une position passive à une attitude active (Marcelli, 1995). Le jeu mis en place dépasse la position passive que l'on retrouve dans l'utilisation de l'objet transitionnel car il remet en question la permanence du lien à la mère. Il place l'enfant dans une position active et stimule sa mentalisation d'autant plus que le langage y est associé (*vor – da*). Ainsi vont se stabiliser les représentations et se renforcer le sentiment de sécurité de l'enfant face à la séparation.

La composante physique de l'angoisse est initiée dès la naissance tandis que la composante psychique survient lors de la séparation d'avec la mère. La séparation, ainsi que nous l'avons déjà précisée, n'est reconnue comme telle que lorsque le nourrisson possède une représentation stable et interne de l'objet, c'est-à-dire à partir de l'âge de huit mois environ¹.

D. Angoisse de séparation et position dépressive.

Pour M. Klein, l'angoisse de séparation est liée à la **position dépressive**, période pendant laquelle le nourrisson doit établir en son Moi un objet interne suffisamment bon et stable (Segal, 1969). Au cours de celle-ci, demeure le fantasme sadique selon lequel le bon objet peut continuer à être agressé par la haine du mauvais objet. La crainte de voir disparaître l'objet entier persiste. Ce fantasme, et les pulsions qui l'accompagnent, jouent un rôle essentiel dans la genèse de l'angoisse infantile (Marcelli, 1995). Cette dernière résulterait du danger provenant du travail interne de la pulsion de mort. Selon le point de vue kleinien, **l'angoisse et la culpabilité seraient liées et présentes dès la naissance**, la culpabilité dérivant de l'expression des pulsions agressives à l'égard de l'objet maternel.

La capacité à surmonter l'angoisse de séparation dépend donc de l'intériorisation d'un bon objet interne durant la position dépressive, qui correspond au commencement de la phase orale (Myquel et Cozzari, 1990). Si une telle intériorisation n'a pu être réalisée, la séparation d'avec la mère sera vécue comme une menace pour la satisfaction des besoins et comme la perte d'une première ligne défensive contre la destruction interne. La conséquence néfaste sera la survenue d'un sentiment de persécution chez l'enfant de la position schizo-

¹ Selon R. A. Spitz (1946), « l'angoisse du huitième mois » marque une étape cruciale du développement psychique de l'enfant puisqu'elle constitue le second organisateur nécessaire à la construction des relations objectales. Sa survenue indique que l'enfant commence à différencier Moi et non-Moi.

paranoïde¹ (pendant les quatre premiers mois de la vie) et la survenue d'une dépression chez celui de la position dépressive² (entre quatre mois et un an environ). Ainsi, M. Klein envisage un continuum entre l'angoisse et la dépression (Bailly et coll., 1995). Ce point de vue théorique incontournable devait être rappelé mais l'impact précoce qu'il confère à l'angoisse de séparation ne convient pas aux critères génétiques que nous avons retenus précédemment. En effet, notre étude ne peut considérer que l'enfant de moins de huit mois puisse connaître l'angoisse de séparation, n'étant pas différencié de sa mère comme sujet.

E. D. W. Winnicott : l'espace transitionnel.

Selon D. W. Winnicott, exister devient très tôt synonyme de l'entretien par l'enfant d'une relation à l'autre au sein de laquelle il est « *comme* » la mère le « *veut* » (Morizot-Martinet, 1996). Cette relation de dépendance fondée sur la « **préoccupation maternelle primaire** »³ est tout d'abord nécessaire à l'intériorisation de l'objet et à la construction des sentiments de permanence de l'objet et de continuité. En effet, si le bébé ne perçoit pas directement l'absence maternelle, car il ne différencie pas d'emblée Moi (l'intérieur) et non-Moi (l'extérieur), il peut toutefois éprouver l'état d'insatisfaction de ses besoins primaires. **La qualité de la relation mère - bébé détient ainsi un rôle essentiel dans les trois processus fondamentaux de la construction de la personnalité : l'intégration** (constitution d'un self unitaire) qui correspond à la façon de porter (holding), **la personnalisation** qui renvoie à la façon de soigner (handling) et **l'établissement de la relation d'objet** qui passe par la présentation des objets (Winnicott, 1965). L'équilibre psychique ultérieur de l'enfant dépend donc de la relation précoce à l'objet maternel et plus précisément de la qualité des soins qui seront prodigués⁴. La capacité d'être seul s'acquiert à travers la distinction entre Moi et non-Moi. Elle suppose la possibilité d'avoir eu une relation psychique gratifiante avec un objet « suffisamment bon » ayant pu être introjecté. Quand l'élaboration des objets externes est

¹ Dans l'angoisse persécutive, la haine dirigée contre l'objet externe se retourne contre le sujet, par crainte ou par projection, et provoque le sentiment de persécution. Le risque d'annihilation entraîne un morcellement du moi primaire et ceci justifie le terme de position schizo-paranoïde (Widlöcher, 1986).

² Pendant la position dépressive, le moi est renforcé par l'introjection de bons objets, ce qui supprime le caractère persécutif de l'angoisse. Le sentiment de persécution laisse place à un sentiment de culpabilité et à un mouvement de réparation (Widlöcher, 1986).

³ La « préoccupation maternelle primaire » est, selon D. W. Winnicott (1965), une disposition psychologique normale qui permet à la mère de donner entière satisfaction aux désirs du nourrisson. L'avenir de cette préoccupation est de s'effacer progressivement afin que l'enfant puisse accéder à l'autonomie et à l'indépendance.

⁴ Selon D. W. Winnicott (1965), la qualité des soins dépend de la continuité de l'environnement humain, de la fiabilité du comportement maternel et de l'adaptation progressive de ce dernier aux besoins changeants de l'enfant.

envisageable, l'enfant va pouvoir vivre de réelles expériences de séparation. Pour D. W. Winnicott (1951), **un espace transitionnel est nécessaire à l'élaboration des angoisses de séparation**. Cet espace imaginaire crée un intermédiaire entre l'enfant et sa mère car il représente la mère en son absence. Grâce à lui, l'enfant reconstruit un lien sécurisant dans lequel il peut s'investir.

L'objet transitionnel et les rituels du coucher, encore fréquents dans la période de latence (Freud, 1926), permettent de gérer l'angoisse de séparation en représentant symboliquement la mère. Cet objet, qui « *métaphorise d'abord la représentation mentale du lien entre la mère et l'enfant d'une manière essentiellement statique ou passive* »¹, sera par la suite désinvestit lorsque l'enfant aura intégré en lui la valeur rassurante des parents lui permettant d'élaborer seul ses angoisses et non plus à l'aide de sa mère ou d'un substitut.

F. M. Mahler et les contemporains.

L'angoisse de séparation est liée, selon M. Mahler (1980), au **processus de séparation – individuation**. Selon elle, cette angoisse est précédée par un mouvement vers l'autonomie où le rôle de soutien de l'objet n'est pas perçu par l'enfant. Au cours de cette dernière phase, les enfants prennent alors conscience de la séparation avec l'objet mais aussi de sa réalité et de sa permanence. Le rôle et la présence de l'objet sont alors essentiels car l'enfant a besoin, pour prendre son indépendance, de vérifier que ses mouvements vers l'autonomie n'ont pas détruit l'objet. Ainsi, chez l'enfant comme ensuite chez l'adulte possédant une organisation dite « état-limite », « *un échec dans l'acquisition de la permanence de l'objet serait responsable de l'angoisse de séparation* »².

Pour C. L. Bonsack (1995), l'angoisse de séparation, dite également d'abandon ou de perte d'objet, « *est liée à l'idée d'être seul, avec le besoin de s'appuyer sur l'autre* »³. Cet autre remplit une fonction d'étayage et sa défaillance ou son absence génère l'angoisse chez le sujet dont l'identité demeure diffuse.

¹ MARCELLI D. et GAL J. M. (1995). « Du lien à la pensée : entre l'angoisse de séparation et l'angoisse de castration chez l'enfant ». *Confrontations psychiatriques*. 36. p. 179.

² *ibid.* p. 203.

³ BONSACK C. L. et GILLIERON E. R. (1995). « Le niveau développemental de l'angoisse en psychiatrie psychodynamique ». *Confrontations psychiatriques*. 36. p. 202.

Concernant l'impact du mode relationnel établi vis-à-vis de la mère sur la genèse de l'angoisse de séparation, Soulayrol (1993) et Mazet (1998) soulignent que si celui-là est longuement carencé et **si le rôle de pare-excitation maternel s'avère défaillant, alors il s'établira une relation de dépendance absolue, un sentiment d'insécurité, de discontinuité, et l'impossibilité de surmonter la séparation.** La dépendance typique de l'enfant dont l'intégrité narcissique est fragilisée révèle l'échec des intériorisations précoces car « *la dépendance semble être une manière de gérer l'angoisse d'abandon* »¹. Le sentiment d'insécurité survient lorsque l'enfant n'est pas certain de retrouver sa mère au réveil, lorsqu'il ne possède pas de repères temporels suffisants et lorsque les parents sont incapables de se séparer de leur enfant en toute quiétude.

Les différents points de vue énoncés et résumés brièvement mettent l'accent sur **l'importance de la relation précoce entre l'enfant et sa mère.** L'angoisse de séparation est universelle mais des soins adaptés et l'intériorisation d'un bon objet permettent habituellement à l'enfant de se construire un monde interne stable et sécurisant nécessaire pour surmonter la solitude. Dans le cas d'un maternage défaillant et d'un environnement carencé, l'angoisse de séparation ne pourra être élaborée.

2.3.2. Perspective génétique de l'angoisse de séparation.

Les comportements observés par J. Bowlby (1978) ne sont clairement présentés qu'à partir de l'âge de 8 mois environ car l'enfant, avant ce délai, ne possède pas une reconnaissance de sa mère en tant qu'entité différenciée de lui-même. Ce comportement peut subsister jusque 3 ans puis il va lentement s'estomper car l'enfant acquiert alors la capacité à supporter l'absence de sa mère (Bowlby, 1978). Cette référence chronologique est partagée par l'ensemble des auteurs dont nous avons présenté les points de vue, hormis M. Klein.

Toutefois, J. Bowlby (1978) souligne que **ce comportement peut subsister pendant la période de latence** car ce n'est qu'avec l'adolescence que l'attachement va réellement évoluer en se fixant sur d'autres adultes que les parents. Cette remarque laisse donc penser qu'**une angoisse de séparation normale mais mesurée peut être présente chez des enfants âgés de plus de 6 ans.**

¹ MORIZOT-MARTINET S. et coll. (1996). « Angoisse d'abandon ou vie sans miroir ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 44 (9-10). p. 423.

B. Pierrehumbert (1992) souligne la **stabilité des styles d'attachement**. Relevés à un an, ils demeurent inchangés si l'environnement de l'enfant est identique. A cet égard, il rappelle les résultats d'une étude de Main qui montre que 84 % des enfants évalués à 1 an se retrouvent 5 ans plus tard dans la même catégorie d'attachement. Ces travaux montrent que « *l'ambiance dans laquelle vit l'enfant, le modèle fourni par les parents, sont les supports initiaux des identifications* »¹.

Toutefois, on peut critiquer ces résultats en relevant l'absence d'études longitudinales évaluant le devenir des enfants et on remarquera que les enquêtes ascendantes n'apportent pas toujours des résultats concordants avec les études descendantes (Marcelli, 1995).

Pour J. Bergeret (1996), l'angoisse de perte d'objet caractérise l'organisation limite. Son origine serait un **traumatisme précoce** et désorganisateur situé chronologiquement entre la « divided-line », pendant le stade anal, et le début de l'Œdipe. S'en suivrait une « **pseudolatence** » correspondant à un « *état prolongé et figé comportant à la fois un silence évolutif tout autant qu'une intense rumination* »². D'un point de vue génétique, sa théorie convient aux critères fixés plus avant puisque la « divided-line » apparaît entre les âges de 2 et 4 ans environ. A partir de cette période, l'angoisse de séparation dite pathologique possèdera un impact puissant sur le développement de la personnalité de l'enfant.

Pour les besoins de notre approche génétique et en accord avec la plupart des auteurs, nous pouvons estimer que **l'angoisse de séparation normale débute habituellement vers huit mois, pendant le stade oral du développement libidinal, pour finir vers trois ans, à l'entrée du stade oedipien**. De même, l'angoisse de séparation pathologique ne surviendrait préférentiellement qu'à cette même période. Mais, et ceci constitue un de ses critères diagnostiques, elle peut perdurer bien au-delà de cette limite chronologique. De même, elle peut ne plus se manifester puis ressurgir à l'occasion d'événements de vie insurmontables et se traduire par des troubles du sommeil. Par conséquent, nous pourrions observer une angoisse de séparation pathologique, c'est-à-dire non élaborée, chez des enfants en période de latence atteints de troubles du sommeil.

¹ MARCELLI D. – GAL J.-M. (1995). « Du lien à la pensée : entre l'angoisse de séparation et l'angoisse de castration chez l'enfant ». *Confrontations psychiatriques*. 36. p. 182.

² BERGERET J. (1996). *La personnalité normale et pathologique*. Paris. Dunod. p. 62.

2.3.3. Le sommeil : une séparation réelle et symbolique.

« C'est la signification symbolique du sommeil qui explique souvent le « choix » de ce trouble du sommeil pour exprimer un conflit : le sommeil est séparation, solitude, destruction, mort. (...) Plus profondément encore, chez l'enfant anxieux, le sommeil est symbole de destruction. Il demande la lumière pour être sûr de vivre »¹

L'intrication symbolique de la séparation et de la mort dans le sommeil est une spécificité essentielle de ce dernier. Il demeure par conséquent susceptible de réactiver dans un même temps des angoisses de mort et de séparation.

L'endormissement demande, ainsi que nous l'avons précisé antérieurement, une inhibition motrice et un repli de la libido, c'est-à-dire une suspension de l'ensemble des liens physiques, affectifs et émotionnels qui unit l'enfant à ses proches durant la période de veille (Fain, 1998). De plus, et ainsi que nous l'avons rappelé, le sommeil enclenche un processus de régression dans lequel l'enfant abandonne l'exercice de la logique et de la raison. Il retourne à un stade de développement précoce pendant lequel sa mère comblait tous ses besoins. **Cette régression favorise la reviviscence des angoisses archaïques non élaborées.**

« Cette solitude forcée fait ressurgir les craintes du bébé et les désirs d'union avec la mère protectrice (...). Le sommeil porte en lui le symbole d'une résurgence de l'état de dépendance infantile. »²

Cette assertion permet de saisir une fois de plus l'importance des relations précoces mère - enfant. Les réveils nocturnes seraient la conséquence d'images terrifiantes engendrées par les angoisses de séparation et la haine à l'encontre de parents ayant abandonné leur enfant pour la nuit (Dollander et de Tychev, 2002).

A travers les éléments de définition et l'approche génétique, nous avons pu mettre en évidence qu'**un enfant en période de latence peut souffrir d'une angoisse de séparation non élaborée, et ce, depuis un âge situé entre huit mois et trois ans environ.** Si une telle angoisse développementale peut parfois s'avérer « normale » à cette période, son intensité et sa pérennité trahissent son caractère pathologique. Pour tous les auteurs cités, **la qualité de la**

¹ DEBRE R. - DOUMIC A. (1969). *Le sommeil de l'enfant*. Paris. PUF. p. 174.

² CRAMER B. (1996). *Secrets de femmes*. Paris. Calmann-Lévy. p. 71.

relation mère-enfant est au centre de la problématique, l'angoisse de séparation ne devenant pathologique qu'à l'occasion d'interactions prolongées néfastes et distribuées par une mère ambivalente, anxieuse ou psychiquement et/ou physiquement indisponible.

2.4. L'angoisse de castration.

2.4.1. Eléments définitoires et psychanalytiques.

A. S. Freud : au cœur du complexe oedipien.

Dans la théorie freudienne, l'angoisse de castration possède une relation étroite avec le complexe oedipien et plus spécialement avec sa fonction interdictrice et normative. Ce complexe universel et imposé à tous les êtres humains renvoie à un ensemble organisé de désirs amoureux et hostiles que l'enfant éprouve à l'égard de ses parents, par rapport auxquels il se situe dans une relation de type triangulaire (Freud, 1905). Dans sa forme positive, l'enfant souhaite évincer le parent de même sexe que lui afin de pouvoir satisfaire ses désirs sexuels auprès du parent de sexe opposé. Sous sa forme négative, on observe le souhait inverse. Ces deux formes se retrouvent à des degrés divers dans la forme dite « complète » du complexe d'Œdipe. **Ce complexe survient entre 3 et 5 ans, lors du stade phallique-oedipien du développement libidinal, et il décline à l'entrée de la période de latence** (Laplanche et Pontalis, 1967).

L'angoisse de castration apporte une réponse à l'énigme que l'enfant se pose concernant la différence des sexes. Les garçons et les filles constatent l'absence ou la présence de pénis et l'expliquent par un retranchement du pénis, autrement dit par une castration. **Mais les effets de l'angoisse de castration divergent en fonction du sexe de l'enfant.**

Selon S. Freud (1926), le garçon découvre ses penchants agressifs pour le père et redoute la castration en tant que punition infligée par ce dernier en réponse à ses activités sexuelles. Il éprouve une angoisse névrotique devant une revendication de sa libido, devant l'amour pour sa mère. Cet état amoureux lui apparaît comme un danger pulsionnel interne auquel il doit se soustraire en renonçant à cet objet qui évoque un danger externe. Ce danger est celui de la castration, de la perte du membre viril. En conséquence, il renoncera à ses désirs oedipiens et ainsi prendra fin son complexe.

Chez la fille, l'absence de pénis est perçue comme un préjudice subi qu'elle va chercher à nier, compenser ou réparer. Elle va donc désirer le pénis paternel (Laplanche et Pontalis, 1967). Pour elle, le conflit oedipien débute avec la constatation de sa castration. Selon S. Freud (1933), les filles ne connaissent donc pas l'angoisse de castration mais celle de la perte de l'objet d'amour.

L'angoisse de castration se développe, selon S. Freud (1926), en angoisse de conscience, dite également « sociale ». Cette dernière correspond à l'angoisse d'être exclu de la horde. Mais elle ne survient que tardivement car elle provient d'un Sur-moi fondé sur les modèles sociaux et non exclusivement sur l'instance parentale introjectée. Par exemple, les enfants ne connaissent véritablement le « trac » qu'à partir de leur entrée en période de latence.

B. Les positions kleinienne et contemporaine.

M. Klein propose de faire débiter le complexe oedipien **dès l'entrée dans la position dépressive**. A un âge précoce, l'enfant perçoit ses parents comme des individus autonomes et distincts. Il ressent entre eux une relation libidinale qui éveille en lui des sentiments de jalousie et d'envie ainsi qu'une agressivité exacerbée qui vise la destruction du couple parental. Il rivalise avec le père pour la possession de l'unique objet de désir : le sein (Segal, 1969). Si la théorie kleinienne doit être mentionnée en raison des apports qu'elle fournit dans une approche psychanalytique, elle demeure là encore incompatible avec notre point de vue génétique car **M. Klein fait débiter le complexe oedipien dès la première année de l'enfance**.

Une vision plus contemporaine affirme que l'angoisse de castration, qui caractérise les structures névrotiques ou génitales de la personnalité, repose sur des sentiments inconscients de culpabilité (Bergeret, 1996). Elle renvoie à la **réaction affective qui fait suite au constat de l'absence de pénis chez la fille, lequel constat entraîne chez le garçon la peur fantasmatique de le perdre, et chez la fille le désir de l'acquérir** (Bergeret, 1972). Ainsi, elle apparaît à l'occasion du surgissement de pensées négatives à l'égard d'une personne de l'entourage proche (Bonsack, 1995). Elle demeure liée au monde interne du sujet et à sa vie imaginaire, à des « fautes » commises uniquement en pensée, à la crainte de ne pas se conformer à des exigences intérieures. L'angoisse provient de désirs sexuels ou agressifs inacceptables dont la satisfaction provoquerait une punition.

C. Ses rapports avec l'angoisse de séparation.

Dans ses rapports avec la séparation, **l'angoisse de castration peut être perçue comme une résurgence actualisée de l'angoisse de séparation.** Ainsi, pour D. Bailly et coll. (1995) :

*« L'angoisse de séparation doit être considérée comme la toile de fond de toutes les angoisses ultérieures. Le stade de développement de l'enfant modifie l'élaboration fantasmatique de cette angoisse. Comme la naissance et la perte de l'amour de l'objet, **la castration de la phase phallique peut ainsi être comprise comme une séparation, « séparation de l'organe génital » hautement investi narcissiquement.** Au cours du développement de l'enfant, l'angoisse de castration est remplacée par l'angoisse morale, suscitée par la peur de perdre l'amour du surmoi dont la forme ultime est l'angoisse de mort. »¹*

Cette position inaugure le lien que nous pouvons établir entre l'angoisse de castration et les angoisses précédentes, celles de séparation et de mort. La castration se caractériserait par la ressaisie d'une problématique de séparation au travers du « petit détachable », toute différence installant la menace de la perte, de la destruction et de la détresse (A. Jeanneau, 1992).

Un **second point de vue**, que nous adopterons plus volontiers, est de reconnaître plus explicitement **la spécificité de l'angoisse de castration.**

*« S'il y a bien une angoisse de séparation - avec toute sa charge d'ambiguïté - , celle-ci se trouve ranimée par l'angoisse de castration, sans s'y réduire, ce qui rend vaine une opposition des deux « logiques » » « En bref, **l'angoisse de castration même reste « pétrie » d'angoisse de séparation, mais celle-ci est destinée à se spécifier en celle-là : la souffrance proprement oedipienne ferait ainsi l'« éducation » de la douleur, motivée de la séparation d'avec la mère (...).** »²*

L'angoisse de castration ne représenterait pas uniquement la crainte d'une perte d'objet directe et biologique, celle d'avec l'organe génital, mais la peur d'une perte d'objet également biologique mais réalisée par l'intermédiaire de voies indirectes (Freud, 1926). **L'angoisse de castration ne serait finalement qu'une variante de l'angoisse de séparation**, pertinente à une période particulière du développement de la personnalité de

¹ BAILLY D. et coll. (1995). *L'angoisse de séparation*. Paris. Masson. p. 62.

² ASSOUN P.-L. (1994). « Du sujet de la séparation à l'objet de la douleur ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance*. 42 (8-9). p. 408.

l'enfant (D. Marcelli, 1995). Sous l'influence du complexe oedipien, l'angoisse de séparation prendrait alors un sens particulier.

2.4.2. Perspective génétique de l'angoisse de castration.

Pour situer chronologiquement le moment d'apparition de l'angoisse de castration, nous adopterons comme référence la théorie freudienne. Cette dernière propose de situer le **stade oedipien entre 3 et 5 ans**, stade au cours duquel l'angoisse de castration universelle permettra au garçon de dépasser son complexe et à la fille d'y entrer. **L'angoisse de castration non élaborée continuera de perturber le développement sexuel et identitaire de l'enfant au-delà de 5 ans et donc, pendant la période de latence.** Des troubles du sommeil ayant débuté pendant la phase oedipienne seraient ainsi susceptibles de traduire une angoisse de castration non élaborée.

Selon J. Bergeret (1996), **l'angoisse de castration domine dans les structures de personnalité de type névrotique.** L'enfant préorganisé sur un mode névrotique possède certes quelques fixations aux stades prégénitaux mais il a pu accéder à la triangulation oedipienne sans avoir connu trop de frustrations. L'environnement et les relations avec les parents ont donc été relativement satisfaisants et structurants.

L'enfant « **obsessionnalisé** » connaîtra l'angoisse de castration s'il découvre ses pensées érotiques et agressives dirigées à l'endroit des parents. Il mettra en place des mécanismes de défense tels que, par exemple, le refoulement, l'isolation, le déplacement, l'annulation rétroactive et les formations réactionnelles.

L'enfant « **hystérisé** » redoutera que sa pensée se réalise. Pour s'en défendre, il utilisera des mécanismes de défense tels que le déplacement, l'évitement et le refoulement.

Il est intéressant de souligner que dans le cadre d'une hystérie d'angoisse se structurant, l'angoisse de castration est liée à une représentation qui doit être évitée, cette dernière pouvant être chez l'enfant l'obscurité, le silence ou des monstres imaginaires.

2.4.3. Le sommeil et la résurgence des fantasmes oedipiens.

Pendant la phase oedipienne, le sommeil prend des symbolisations diverses. S'il connote encore la mort et la séparation, il devient également la **source de fantasmes sexuels.** En effet, le lit des parents, pendant la nuit, devient l'endroit privilégié de leur union dont l'enfant est exclu. Lorsque les parents laissent souvent l'enfant dormir dans leur lit conjugal,

les fantasmes refoulés, dont la scène primitive, sont réactivés, ce qui provoque une angoisse de castration chez l'enfant. Ce dernier ressent des émois érotiques qui s'accompagne d'un brouillage des générations, d'une confusion sexuelle et d'un climat où règne l'inceste. **La réactivation de l'ensemble de ces fantasmes majore la culpabilité oedipienne et va accroître l'angoisse de castration.** Ainsi que le soulignent M. Dollander et C. de Tychey (2002) :

« La crainte d'une sanction peut originer chez l'enfant une hypervigilance incompatible avec la régression passive vers le sommeil, ou encore produire des cauchemars entraînant des réveils très anxiogènes en pleine nuit. »¹

Cette situation est parfois recherchée consciemment ou inconsciemment par l'un ou les deux parents quand les relations sexuelles sont évitées ou lorsque la sexualité est déniée. Un enfant qui pleure peut être rassuré pendant un moment auprès des parents, mais il devrait pouvoir retourner dans son lit afin qu'il l'intègre comme un endroit sécurisant et personnel.

Des troubles du sommeil apparaissant entre 3 et 5 ans peuvent donc traduire un déséquilibre psychique lié à l'impossibilité de gérer la surcharge libidinale². Ils pourront se pérenniser d'autant mieux que les parents continueront à avoir des attitudes entretenant les fantasmes sexuels de leur enfant.

D'un point de vue génétique, et en référence à la théorie freudienne, nous pouvons supposer que l'angoisse de castration survient de manière normale et universelle entre trois et cinq ans. L'entrée dans la période de latence signerait habituellement le dégagement de l'enfant face à cette angoisse. Cette dernière devient pathologique dès la période oedipienne lorsqu'elle se révèle trop massive et désorganisatrice. De même, **son intensité et sa prolongation pendant la période de latence, c'est-à-dire au-delà de cinq ans, dévoilent l'impossibilité pour l'enfant de l'élaborer de manière satisfaisante.** Le sommeil possède une charge symbolique qui expliquerait que ses troubles peuvent manifester une angoisse de castration non élaborée. Cette dernière pourrait *a priori* être présente chez les enfants en période de latence atteints de troubles du sommeil.

§

¹ DOLLANDER M. et TYCHEY (de) C. (2002). *La santé psychologique de l'enfant*. Paris. Dunod. p. 131.

² Selon S. Freud (1916-1917), les enfants angoissés connaissent une charge libidinale qui ne leur confère pas la capacité de supporter longtemps le refoulement de la libido ni même son repli pourtant nécessaire au sommeil.

Ce chapitre a permis d'appréhender les troubles du sommeil chez l'enfant en période de latence comme résultante d'angoisses non élaborées en leur temps. Les enfants connaissent, tout le long de leur développement libidinal, des angoisses qu'ils doivent élaborer et surmonter. Cette capacité, nous l'avons entrevue, dépend de la qualité des relations entretenues vis-à-vis des parents, et surtout de la mère. L'approche génétique, qui était l'axe de réflexion de ce chapitre, doit donc être complétée par une vision intergénérationnelle de la problématique. Mais nous pouvons d'ores et déjà formuler l'hypothèse théorique (H4) suivante :

H4 : Les enfants anxieux en période de latence souffrant de troubles du sommeil ne seraient pas parvenus à une élaboration satisfaisante de l'une ou plusieurs des angoisses suivantes : l'angoisse de mort, l'angoisse de séparation et l'angoisse de castration.

Chapitre 3.

Les déterminants de la transmission intergénérationnelle des angoisses sous-jacentes aux troubles du sommeil.

Les chapitres précédents ont contribué à montrer que les enfants en période de latence souffrant de troubles du sommeil sont souvent des enfants anxieux, n'ayant probablement pas élaborés une ou plusieurs des angoisses développementales. Dans la majorité des cas, ils connaîtraient ce symptôme depuis leur petite enfance. Un seul de leur parent ou les deux seraient souvent des personnes elles-mêmes anxieuses, voire en proie à des troubles du sommeil. Le maintien de la symptomatologie jusqu'à la période de latence semble donc renvoyer au concept de transmission. Plus précisément, une transmission des angoisses, sous-jacentes à l'anxiété générant les troubles du sommeil, semble s'opérer et nous allons à présent nous attarder sur cette hypothèse.

Tout d'abord, nous rappellerons ce qu'il faut entendre par le **terme de « transmission »**. Puis, nous exposerons les **interactions éducatives anxiogènes parents – enfants** qui peuvent être perçues comme des critères objectifs de la transmission de l'anxiété. Dans un même temps, nous aborderons les **événements de vie anxiogènes** susceptibles d'entamer l'équilibre psychologique des parents et des enfants et par là, de modifier le contenu des transmissions familiales. Enfin, nous nous attarderons plus longuement sur ce qui semblent soutenir la transmission des angoisses : **l'échec de la fonction de pare-excitation parentale, tant maternelle que paternelle, l'identification et l'identification projective.**

3.1. Généralités concernant la transmission intergénérationnelle.

3.1.1. Présentation du concept de transmission intergénérationnelle.

Afin d'éclaircir les mécanismes de la transmission intergénérationnelle de l'anxiété suscitant les troubles du sommeil, nous allons tout d'abord exposer brièvement le point de vue de S. Tisseron (1995, 1996, 1999) concernant cette problématique et nous compléterons ses assertions par des remarques d'autres auteurs qui tous seraient probablement d'accord pour affirmer que :

« (...) l'angoisse peut se communiquer et se créer de toutes pièces : bien qu'il existe des natures plus ou moins anxieuses, le bain familial, l'héritage psychique et surtout les tensions subies dans l'enfance comptent pour beaucoup. **Si la famille baigne dans un climat d'angoisses diverses, l'enfant en sera imprégné en profondeur** »¹.

Soulignons que « le mot « transmission » est aujourd'hui devenu à la mode pour désigner les influences psychiques entre les générations. Il est pourtant porteur d'ambiguïté considérable en laissant entendre qu'entre les générations, c'est la même chose qui est émise et qui est reçue »². Il y a une « **réappropriation** » **individuelle** par chaque sujet de son histoire vécue, ce qui nous fait dire que, fort heureusement, les parents anxieux n'engendrent pas *ipso facto* des enfants souffrant d'anxiété pathologique... Cependant, et comme le souligne F. Dolto (1985), « tout enfant est obligé de supporter le climat dans lequel il grandit, mais aussi les effets pathogènes restés en séquelles, du passé pathologique de sa mère et de son père. Il est porteur de cette dette contractée à son époque fusionnelle prénatale, puis de dépendances post-natales qui l'a structuré. »³ Dans toute famille, il existe un mythe, un héritage moral et un capital familial. La mémoire familiale stocke des caractères spécifiques positifs ou négatifs à partir de messages conscients et préconscients qui circulent en permanence entre les membres. Ainsi, l'histoire psychique de l'enfant commence dès l'annonce de la grossesse qui lui donnera naissance tandis que la préhistoire psychique correspond à tout ce qui s'est passé dans le réel ou dans les fantasmes des parents avant que cette annonce soit faite (Mijolla, 1999).

Lorsque les rôles sont fixés et que la réappropriation subjective est empêchée, les symptômes peuvent apparaître et persister.

« Car nul n'échappe aux injonctions psychiques de son histoire et de sa préhistoire, surtout s'il lui est interdit ou difficile en raison de circonstances extérieures de les réinventer pour casser la répétition des destins qui sont imposés par le discours familial et pour s'y tailler un espace original de liberté. »⁴

A la source de certains symptômes, on peut percevoir le ressentiment entre certains membres de la famille et la culpabilité. Des troubles tels que les cauchemars

¹ BRACONNIER A. (1995). *Les bleus de l'âme*. Paris. Calmann-Lévy. p. 29.

² TISSERON S. (1999). *Nos secrets de famille*. Paris. Ramsay. p. 104.

³ DOLTO F. (1985). *La cause des enfants*. Paris. Laffont. p. 446.

⁴ MIJOLLA A. (1999). « Histoire et préhistoire psychiques. L'« intergénérationnel » et ses fragments d'identité ». *Revue française de Psychanalyse*. 63 (4). p. 1126.

apparaissent favorablement aux dates anniversaires ou à des périodes définies de l'année, en fonction des événements passés familiaux souvent non élaborés (Ancelin-Schützenberger, 1993).

Les générations, comme le souligne S. Freud dans son ouvrage *Totem et tabou* (1913), peuvent être liées entre elles par des symptômes qui expriment une souffrance (Kaës – Faimberg et coll., 1993). L'enjeu de cette souffrance demeure le plus souvent inconnu car la transmission échappe à notre vouloir et à toute activité de représentation. Le point de vue freudien explique les communautés de symptômes que l'on peut relever dans certaines familles, et notamment dans le cas des troubles du sommeil. Cette communauté de symptômes reposerait, pour R. Kaës, H. Faimberg et coll. (1993), sur un **processus d'identification précoce**. Le sujet s'identifierait à l'objet en s'appropriant certaines de ses qualités, dont les symptômes, et ceci pour entretenir et faire perdurer un lien affectif privilégié : « *Le symptôme permet de retrouver par identification le lien avec la personne aimée* »¹. Nous détaillerons plus tard le rôle du mécanisme d'identification.

Habituellement et dans les meilleurs cas, la transmission intergénérationnelle est nécessaire car elle permet à l'enfant de ne pas réinventer de toutes pièces son répertoire psychologique (Cramer, 1999). Elle possède donc un rôle de soutien et d'orientation. « *Comme telle, la transmission transgénérationnelle [a fortiori intergénérationnelle] est le garant de la pérennité de la culture et d'un sentiment de sécurité essentiel pour les nouvelles générations.* »² Par les mécanismes qui la sous-tendent, l'enfant se réapproprie les modes de pensée de ses parents et les réaménage. Par ces mêmes processus, l'angoisse va se transmettre d'une génération à l'autre. Dans cette recherche, l'influence des transmissions transgénérationnelles n'est pas ignorée mais **cette étude met principalement l'accent sur les relations entre deux générations, celle des parents et celle de l'enfant**, et ceci dans le souci de préserver son cadre et sa faisabilité.

3.1.2. Les temps forts de la transmission psychique inconsciente.

Selon S. Tisseron (1995), **les transmissions psychiques s'opèrent à des temps forts du développement libidinal** de l'enfant.

¹ KAES R. – FAIMBERG H. et col. (1993). *Transmission de la vie psychique entre générations*. Paris. Dunod. 2001. 208 p.

² CRAMER B. (1996). *Secrets de femmes*. Paris. Calmann-Lévy. p. 219.

« *Les premières influences de l'environnement sur la vie psychique commencent dès le stade fœtal.* »¹ Cette affirmation de S. Tisseron (1995) ne doit pas faire omettre que la donne familiale s'élabore dès et avant même la naissance (Buzyn, 1998). **L'anxiété maternelle influence la vie émotionnelle de l'enfant à naître.**

« *Les stress vécus par la mère peuvent avoir des conséquences directes sur l'état psychophysiologique du fœtus. A plusieurs reprises, par exemple, on a constaté qu'une émotion violente ressentie par la mère provoquait, chez son enfant, une accélération du rythme cardiaque, ou encore une gesticulation anormale. Comme si l'émotion se communiquait à l'enfant. Comme si lui aussi se débattait contre ce stress.* »²

L'étude de S. Richard, relatée par J.-P. Relier (1993), montre que **les enfants de mères anxieuses durant leur grossesse accumulent les difficultés tant physiologiques que psychologiques.** Cette corrélation observée ne s'explique pas génétiquement car l'anxiété des mères participant à cette recherche était secondaire à des événements extérieurs stressants vécus durant la grossesse.

Le second moment concerne **les stades précœdipiens oral et anal** (jusque 3 ans environ) durant lesquels la personnalité de l'enfant va se constituer à travers la façon qu'a sa mère de le porter, de le bercer, de le nourrir, de le soigner et de lui parler. Ces attitudes maternelles proviennent d'un héritage des ascendants.

« *Avec sa propre histoire, le mère transmet l'histoire des générations passées, la manière d'être de sa mère, ce qu'elle en a vécu, la culpabilité qu'elle éprouve à son égard, etc. La liste est indéfinie et propre à chaque personne. Les soins maternels impliquent la totalité de la vie mentale de la mère. De son côté, le bébé investit sa mère avant même que de la reconnaître. Ses réactions, à l'égard de ce qu'il se représente d'elle, sont très précoces, avant qu'il puisse savoir qu'il y a là une femme, pas comme toutes les autres, spécifique.* »³

Pendant cette période, tous les comportements de l'enfant sont interprétés par l'entourage qui donne du sens aux conduites biologiquement programmées du nourrisson, par exemple à son sommeil (Cramer, 1996). L'anxiété génératrice de troubles du sommeil est donc bien susceptible de se transmettre à travers les rapports précoces lorsque « *les parents, si*

¹ TISSERON S. (1995). *Le psychisme à l'épreuve des générations*. Paris. Dunod. p. 12.

² RELIER J.-P. (1993). *L'aimer avant qu'il naisse*. Paris. Robert Laffont. p. 55.

³ LEBOVICI S. (1992). *En l'homme, le bébé*. Paris. Eshel. p. 39.

sensibles dans la première année, revivent inconsciemment les traumatismes passés et ne peuvent pas eux-mêmes se séparer et prendre le risque de faire souffrir l'enfant »¹. R. Sterne (Jalenques, 1992) pense que l'enfant de cet âge, pour initier la construction de sa personnalité, peut s'identifier à un trait anxieux de l'objet d'attachement principal, en l'occurrence la mère dans la majorité des cas. **Cette identification s'opérerait sur les bases d'un « accordage affectif »² entre le nourrisson et sa mère³.**

« L'éducation commence dès la naissance ; elle passe par les échanges agis et parlés entre la nourrice et l'enfant. C'est dans le creuset de cette relation première que se forment les rudiments de sa personnalité, et que sont transmis les premiers signes de l'héritage d'une culture. Le bébé est d'emblée un être saisi par la culture. Il n'y a pas de phase préliminaire « naturelle » où le nouveau-né ne serait que biologique. »⁴

La **période oedipienne**, entre 3 et 5 ans, constitue le troisième moment important de la vie psychique de par les identifications que l'enfant établit vis-à-vis des images parentales. Ce mécanisme influence par exemple les choix professionnels et amoureux, mais aussi la constitution des traits de personnalité, dont celui de l'anxiété.

Des **événements de vie** tels qu'une naissance ou un décès dans une famille créent des remaniements psychiques, et ceci à tous les stades du développement dans lesquels ils surviennent. Ces événements s'accompagnent en général d'une anxiété qui peut avoir un retentissement négatif sur la qualité du sommeil de l'ensemble des protagonistes, c'est-à-dire chez les parents comme chez leur enfant. Globalement, tous les événements impliquant un changement dans les relations avec l'entourage demandent un nouveau travail d'élaboration qui peut susciter une augmentation du stress vécu. Enfin, certaines émotions, certains gestes symbolisant des événements familiaux qui n'ont pu l'être autrement favorisent le transfert d'images sur lesquelles l'enfant va s'identifier.

L'exposition des temps forts de la transmission psychique inconsciente par S. Tisseron (1995) permet d'entrevoir **l'impact des attitudes parentales, du processus d'identification**

¹ de LEERSNYDER H. (1999). « Les troubles du sommeil de l'enfant ». *Concours Médical*. 121 (12). p. 888.

² Chacun des protagonistes de « *l'accordage affectif* », le nourrisson et la mère, perçoit l'état interne et émotionnel de l'autre. Ce processus demeure provisoire et inconscient mais sa découverte repose sur des observations d'interactions descriptibles mère - bébé (I. Jalenques, 1992).

³ Le processus d'identification débute de manière très précoce, ce qui appuie l'idée de son rôle essentiel dans la transmission intergénérationnelle des angoisses.

⁴ CRAMER B. (1996). *Secrets de femmes*. Paris. Calmann-Lévy. p. 205.

et des événements de vie sur la transmission des angoisses. Le rôle des secrets de famille dans cette transmission ne peut être ignoré même si celui-ci ne sera pas exploré dans cette recherche.

3.1.3. L'impact des secrets de famille sur les capacités de symbolisation.

Selon S. Tisseron (1996), les difficultés de symbolisation peuvent apparaître à l'occasion d'un secret de famille qui serait par exemple suggéré par des gestes et des intonations mais qui ne serait pas révélé verbalement et explicitement. **Cette attitude du parent en souffrance provoque un obstacle à la communication, suscite des interrogations et génère des souffrances chez l'enfant dont le sommeil sera alors perturbé** (Tisseron, 1999 ; Leersnyder, 1999).

« Tout secret familial, quelles que soient les « excellentes » intentions qui le guident, est toujours ressenti comme une violence par un enfant. Une violence qu'il n'oubliera jamais et qui pèsera lourdement sur l'ensemble de sa vie psychique, et par contrecoup sur sa vie professionnelle, amoureuse et sociale. »¹

Certaines mères ont pu connaître une situation de séparation traumatisante ou ingérable pendant leur enfance. Elles peuvent aussi ne l'avoir pas connue mais s'être identifiée à un ascendant l'ayant vécu, ce qui souligne l'importance des transmissions transgénérationnelles et des secrets de famille.

« L'anxiété parentale excessive génère une angoisse de séparation dont le corollaire est toujours des difficultés de coucher ; les secrets, une histoire familiale compliquée questionnent l'enfant qui se réveille la nuit. »²

Dans la première génération, selon S. Tisseron (1996), le porteur du secret tait un événement « **indicible** » qui génère des perturbations chez ses enfants. Dans la deuxième génération, où les membres peuvent connaître des troubles de l'apprentissage et des perturbations graves de la personnalité, l'événement devient « **innommable** » car le contenu est ignoré. A la troisième génération, ce même événement est « **impensable** » car seules des

¹ TISSERON S. (1999). *Nos secrets de famille*. Paris. Ramsay. p. 24.

² LEERSNYDER (de) H. (1999). « Les troubles du sommeil de l'enfant ». *Concours Médical*. 121 (12). p. 888.

émotions et des sensations peuvent être ressenties. Des troubles graves peuvent également s'observer à cette génération.

Méthodologiquement, il nous a paru difficile d'explorer le lien éventuel qui pouvait exister entre les secrets de famille et l'apparition de troubles du sommeil chez les enfants. Nous voulions tout de même souligner que l'histoire familiale peut avoir un impact sur la survenue des troubles.

3.2. Les interactions éducatives et les événements de vie anxigènes.

3.2.1. Les interactions éducatives anxigènes.

Un certain nombre de modalités relationnelles parents-enfant tendent à générer une anxiété chez ce dernier. Cette anxiété va s'exprimer préférentiellement à travers des troubles du sommeil car les attitudes parentales néfastes vont principalement entamer tous les mécanismes qui permettent habituellement à cette fonction de se réaliser sans difficultés.

Les interactions éducatives insatisfaisantes susceptibles de générer des troubles du sommeil chez l'enfant sont multiples. Discutées ci-après, elles montrent comment l'anxiété parentale, et surtout maternelle, influence négativement la qualité du sommeil du jeune enfant comme du plus âgé. L'incapacité à créer un environnement favorable à l'endormissement ou la crainte de ne pas y parvenir génère également des troubles du sommeil chez l'enfant. Ces interactions inadaptées parents – enfant peuvent influencer l'apparition et le maintien de troubles du sommeil chez ce dernier durant de longues années, ce qui expliquerait que des enfants en période de latence peuvent encore en présenter. Les interactions éducatives anxigènes sont une cause de troubles du sommeil perdurant depuis la petite enfance. Elles sont le révélateur objectif de l'anxiété parentale et de la faillite des fonctions de pare-excitation des parents. Leur liste présentée ci-après est non-exhaustive en raison des nombreuses situations observables dans la clinique.

Tout d'abord, les parents peuvent **mésestimer les besoins en sommeil de leur enfant**, ce qui révèle une inattention, une rigidité ou un laisser-aller éducatif de leur part. La rigidité proviendrait d'une anxiété quasi obsessionnelle liée au besoin de faire les choses telles qu'elles doivent être faites, l'enfant devant donc dormir et se réveiller à des heures strictes et régulières, sans aménagements possibles. Le laisser-faire s'exprimerait à travers des attitudes permissives autorisant par exemple l'enfant à regarder la télévision très tard dans la soirée.

L'anxiété est à la source de comportements parentaux inadaptés. Elle incite par exemple la mère et/ou le père de l'enfant à surveiller ce dernier étroitement durant son sommeil, ce qui crée une **sur-stimulation**. Leur statut de parent leur confère un devoir de protection qui est alors hypertrophié par la surcharge des angoisses (Cramer, 1996). Habituellement, ces parents ne supportent pas les pleurs de leur enfant qu'ils considèrent comme l'expression d'une souffrance extrême et d'un traumatisme. Des mères craignent parfois exagérément la mort subite du nourrisson (Challamel et Thirion, 1988). Ces préoccupations morbides peuvent amener les parents à prendre l'enfant dans leur lit afin qu'ils se rassurent. De telles attitudes ne permettent pas à l'enfant de tolérer la frustration puisque tous les manques sont comblés par la présence constante des parents et par leurs sollicitations permanentes. Or, l'enfant doit surmonter, durant son développement, des frustrations nécessaires à son autonomisation.

Pour J. Favez-Boutonnier (1963), l'environnement familial joue un rôle important dans la genèse de l'angoisse infantile. Elle rappelle que **la vigilance excessive de la mère anxieuse crée une atmosphère propice à l'émergence de l'angoisse**. L'enfant perd toute initiative et finit par croire que toute situation est potentiellement dangereuse et mortifère. Pour cet auteur, l'ambivalence est la condition de l'angoisse.

Le manque d'interactions diurnes enfant – parents favorise également la survenue d'un comportement hyperactif de l'enfant en soirée. Ce dernier sollicite ses parents qu'il juge absent physiquement et/ou affectivement pendant la journée.

Le **désinvestissement parental** peut aussi entraîner des carences affectives qui provoquent des troubles du sommeil. Ces symptômes s'incluront dans un large éventail de réactions que l'enfant établit inconsciemment et qui sont destinées à forcer l'interaction qui lui fait défaut pendant la période de veille. En effet, toute carence engendre une réponse de la part du jeune enfant et ceci en raison des processus de maturation et d'évolution (Winnicott, 1965). Ce désinvestissement parental peut naître d'un événement difficile à élaborer pour les parents, tel que la perte d'un être cher. Ils seront peu apaisants et peu réceptifs aux besoins affectifs de l'enfant. L'impact d'un tel événement de vie est toutefois moins déstructurant pour l'enfant s'il survient au cours de la période de latence. L'investissement parental, et surtout maternel lors des premiers mois, est donc fondamental. Comme le souligne D. W. Winnicott (1957), il est essentiel que la mère puisse s'occuper de son enfant avec plaisir, ce qu'elle ne peut faire que si elle est psychiquement disponible et suffisamment peu angoissée.

C'est ainsi qu'elle pourra, par exemple, assurer à son enfant une transition sereine entre l'état de veille et celui de sommeil.

3.2.2. Les évènements de vie anxigènes.

De nombreux événements de vie possèdent un caractère anxigène. La réaction éprouvée peut alors être banale et adaptative si elle demeure circonscrite dans le temps. Parfois, ces événements surviennent sur un fond anxieux ou alors ils sont trop difficiles à élaborer en raison de leur gravité. Les angoisses qu'ils réactivent ne peuvent alors être surmontées, tant par les parents que par les enfants.

Ainsi, **un décès dans l'entourage, une hospitalisation, un voyage des parents, un divorce, un déménagement, la naissance d'un puîné et l'entrée à l'école sont des situations réelles ingérables pour un enfant qui ne serait pas parvenu à une élaboration satisfaisante de ses angoisses** (de Leersnyder, 1999, 2000). Toutefois, l'impact de ces événements diffère. Un décès dans l'entourage et une hospitalisation réactivent plus probablement des angoisses de mort, ce qui est moins le cas d'un voyage des parents, d'un divorce, d'une entrée à l'école ou d'un déménagement qui suscitent surtout une angoisse de séparation.

L'impact des événements de vie a déjà été souligné par D. Bailly et coll. (1993). Son étude, qui porte sur 30 enfants hospitalisés, « *souligne le rôle des événements de vie récents (problèmes liés à la santé des parents, expériences de perte ou de séparation) et passés (hospitalisations antérieures) dans la genèse de l'angoisse de séparation* »¹.

Nous abordons à présent deux événements de vie particuliers qui possèdent un impact massif sur la genèse et le maintien d'un climat anxieux et sur les modalités des interactions parents – enfant.

A. La mésentente et la séparation parentale.

La mésentente et la séparation parentales génèrent chez l'enfant des troubles psychiques s'exprimant à travers l'anxiété, le sentiment de culpabilité, la dépression, les

¹ BAILLY D. et coll. (1993). « Rôle des événements de vie et des facteurs de stress psychosociaux dans l'angoisse de séparation ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance*. 41 (8-9). pp. 477-485.

troubles du comportement, l'agressivité et/ou la gêne dans la construction de l'identité sexuelle (Poussin et Martin-Lebrun, 1997 ; Viaux, 1997). L'angoisse de séparation devient souvent ingérable ou se trouve massivement réactivée, d'autant plus que l'enfant éprouve un sentiment d'isolement face à des parents devenus indisponibles.

Le **sentiment d'insécurité** prévaut dans ces situations qui rendent l'avenir de l'enfant incertain et donc angoissant. La séparation des parents s'accompagne de situations délicates telles que les visites, les prises de position de l'entourage, les dévalorisations formulées à l'encontre des parents, les déménagements, les changements d'école, les recompositions familiales, les rencontres de nouvelles fratries, les changements dans les soins et au niveau des investissements affectifs.

Dans ces conditions, **l'élaboration de l'angoisse de séparation devient plus longue et plus difficile à réaliser**. Cette dernière peut s'exprimer à travers des troubles tels que ceux affectant le sommeil, surtout lorsque les parents profitent du sommeil de leur enfant pour exprimer leurs désaccords (de Leersnyder, 1999).

La mésentente et la séparation parentale aboutissent très fréquemment à **l'évincement de l'un des parents**, souvent le père. L'angoisse de castration peut alors être réactivée car ces événements laissent penser à l'enfant qu'il va pouvoir se substituer au parent de même sexe et se rapprocher de l'autre. Le rapproché entre le garçon et sa mère, par exemple, peut alors devenir érotique lors de la période oedipienne et de surcroît lorsque la mère entretient ce mode relationnel en investissant massivement l'enfant et en dévalorisant la figure paternelle. De même, le décès du parent de même sexe peut réactiver, outre des angoisses de mort et de séparation, des angoisses de castration. Comme dans le cas de la séparation parentale, la culpabilité de l'enfant est exacerbée en raison de la disparition réelle du parent, disparition qui n'était que fantasmée en raison du souhait d'évincement et du désir oedipien.

B. La perte d'un être cher.

A l'occasion d'un deuil, l'angoisse des parents entraîne souvent des répercussions sur le sommeil de l'enfant car elle les rend moins disponibles. Ainsi, les interactions mère – enfant sont souvent marquées par **la surstimulation, le manque d'échanges verbaux et l'aspect mécanique des échanges** (Auriacombe-Chizot et Auriacombe, 2000). De même, **les interactions affectives seront souvent entamées**, l'enfant étant perçu comme toujours en détresse, du fait des identifications projectives, et la mère, narcissiquement blessée, craignant toujours que son enfant ne l'aime pas (Auriacombe-Chizot et Auriacombe, 2000). Lorsque

l'enfant est né peu de temps après ou avant le décès d'un être cher, ses troubles du sommeil pourront signifier une incapacité à tenir un rôle de remplacement, le reflet de l'interaction insatisfaisante parents - enfant, le refus de mimer la mort pour prouver sa différence avec la personne décédée ou encore le vœu de réassurer les parents. En effet, une mère qui a perdu un parent pendant sa grossesse pourra craindre l'endormissement de son enfant car il deviendra synonyme de risque de mort, ce qui génère inconsciemment le désir que l'enfant reste éveillé. La « réincarnation » s'avère davantage pathogène si le parent décédé était frustrant et source de souffrances (Tisseron, 1995). « *Les moments de naissance et de mort sont, dans toute famille, un moment privilégié (de la transmission) par les bouleversements sociaux et psychiques dont ils s'accompagnent.* »¹ Les relations parents - enfant demeureront perturbées tant que le deuil ne sera pas élaboré car **l'enfant se sentira coupable du « regard mort » de ses parents, et ceci à tous les âges du développement**, surtout lorsqu'il existe des fixations précoces (Morizot-Martinet, 1996). Ces problématiques peuvent provenir de deuils plus anciens et/ou de secrets de famille liés aux ancêtres disparus (Lebovici, 1992). Par exemple, lorsque des enfants sont déjà décédés en bas âge dans la famille, l'angoisse de la mort subite du nourrisson demeure exacerbée.

3.3. Impact de la faillite des fonctions de pare-excitation parentales.

Le climat anxieux dans lequel baigne l'enfant peut tenir à la faillite de la fonction de pare-excitation parentale. Nous distinguerons la fonction maternelle de pare-excitation de la fonction paternelle de pare-excitation, la seconde étant habituellement moins évoquée dans les recherches.

Nous aborderons également l'importance de l'entente conjugale et le soutien que les parents peuvent ou ne peuvent pas s'offrir dans leurs interactions avec l'enfant et entre eux.

3.3.1. Faillite de la fonction de pare-excitation maternelle.

B. Golse (2000) explique la faillite de la fonction maternelle à assurer un système de pare-excitation à l'enfant par une **insuffisance de la « capacité de rêverie »**, concept avancé par W. R. Bion (1962).

La « capacité de rêverie » de la mère influence la qualité de la vie psychique de l'être humain en devenir. Elle est inhérente à la fonction alpha qui convertit les données des sens en

¹ TISSERON S. (1995). *Le psychisme à l'épreuve des générations*. Paris. Dunod. p. 14.

éléments dits « alpha ». Ces derniers vont donner le matériel des pensées et constituer une « barrière de contact » entre les éléments conscients et inconscients. Cette fonction maternelle détoxifie les projections du bébé et lui permet de réintrojecter progressivement ces dernières sous forme d'éléments alpha. La fonction alpha agit sur les impressions des sens et sur les émotions dont l'enfant a conscience.

L'indisponibilité psychique de la mère et un trop-plein d'angoisses perturbent la mise en œuvre de cette fonction. Les conséquences seront que les impressions des sens et les émotions demeureront inchangées et ressenties comme des « choses en soi », désignées par le terme d'éléments « bêta ». Ces derniers ne sont pas des souvenirs mais des faits non digérés, bruts et non symbolisés.

Le concept de « capacité de rêverie » de W. R. Bion (1962) permet ainsi de saisir **l'impact de l'anxiété maternelle sur la constitution du moi de l'enfant**. Par un mécanisme d'identification projective, le bébé clive et projette dans sa mère une partie chaotique et confuse de sa personnalité. C'est la « capacité de rêverie » de la mère qui permet le processus de symbolisation et la formation de la pensée. Elle permet l'élaboration psychique des excitations avant que l'enfant ne s'approprie lui-même cette capacité.

La mère dépressive et anxieuse nuit donc lourdement à la qualité du sommeil de l'enfant. Selon H. de Leersnyder (2000), l'enfant de la mère déprimée stimule d'une part cette dernière pour la sortir de sa dépression et pour être écouté lui-même. Seule l'intériorisation d'une image maternelle rassurante permet habituellement à l'enfant de supporter la séparation imposée par le sommeil (Boukozba, 2000).

L'étude de M. Robin, A.-M. Lavarde et G. Le Maner Idrissi (1999) dévoile **l'impact de l'angoisse de séparation maternelle et de la dépression maternelle sur la genèse de plusieurs symptômes chez le jeune enfant, dont les troubles du sommeil**. « *L'anxiété maternelle de séparation a été décrite comme un état émotionnel désagréable lié aux expériences de séparation. Il s'exprime par des sentiments d'anxiété, de tristesse ou de culpabilité.* »¹ Les mères étudiées ne supportent pas la séparation d'avec leur enfant, séparation souvent concédée en raison d'une activité professionnelle qu'elles ne peuvent cesser. Elles expriment et ressentent de l'anxiété, possèdent une faible estime de soi et présentent des symptômes dépressifs. Un lien est observé avec leurs propres expériences

¹ ROBIN M. et coll. (1999). « L'anxiété maternelle de séparation et les troubles psycho-fonctionnels du jeune enfant ». *Devenir*. 11 (4). p. 55.

d'attachement vis-à-vis de leurs propres parents. Elles ont fréquemment et elles-mêmes ressenti une insécurité précoce face à l'expérience de séparation. Leur angoisse est proche d'une problématique dépressive qui s'étend souvent d'une génération à une autre à cause de l'intériorisation d'un « trou » auquel les descendants s'identifient. **La faillite de la fonction maternelle de pare-excitation semble donc représenter l'un des mécanismes qui engendre la transmission intergénérationnelle de l'angoisse de séparation pathologique.**

La mère, à travers son comportement verbal et non-verbal, transmet inconsciemment à son enfant sa propre angoisse de mort.

« Mon opinion est qu'il est inévitable que la mère transmette à son fils les émotions liées aux risques pour la vie, ainsi que d'autres émotions, tout d'abord à travers des canaux préverbaux et ensuite à travers les mots. Il est non seulement inévitable, mais aussi souhaitable que la mère transmette soit la connaissance qu'elle a de la mort, soit ses notions, pour ainsi dire technologiques, sur le moyen d'y faire face dans les limites de l'humain. »¹

La transmission intergénérationnelle de l'angoisse de mort échappe à la conscience des protagonistes. Elle devient inélaborable pour l'enfant si sa mère se laisse elle-même envahir, c'est-à-dire si elle n'est pas parvenue à en effectuer une mentalisation satisfaisante. Lorsqu'elle ne maîtrise pas son angoisse, elle se maintient dans un statut d'enfant qui provoque des conséquences graves sur l'efficacité de sa fonction de pare-excitation. Cette dernière devient confuse car la mère aura tendance à confondre son bébé réel avec son bébé interne, lui-même en proie à des angoisses non encore surmontées (Decherf, 2000). Cette confusion va influencer la qualité de la relation dyadique.

« Le bébé imaginé par la mère intervient ainsi dans le comportement du bébé réel qui construit sa vie fantasmatique à partir de ce que la mère fait de lui mais aussi de son action sur elle. Il participe donc de l'organisation des représentations de la mère, représentations qui agissent à leur tour sur le bébé... ainsi, l'interfantasmatique naît de l'action mais aussi des fantasmes maternels. Ce qui a été transmis à la mère, qui appartient à sa vie fantasmatique et qu'elle transmet à son tour, interagit et participe de la création des fantasmes chez l'enfant. »²

¹ BONASIA E. (1992). « Séparation et angoisse de mort ». *Revue française de Psychanalyse*. 56 (spéc). p. 1653.

² LEBOVICI S. (1992). *En l'homme, le bébé*. Paris : Eshel. p. 102.

Les soins maternels vont contribuer à amoindrir ou majorer la peur naturelle de l'enfant face à la menace d'anéantissement. Par exemple, une mère craignant la mort subite ou inexplicée du nourrisson accourra, angoissée, au chevet de son enfant au moindre bruit suspect de celui-ci (Cramer, 1996). Ce comportement illustre les inquiétudes parentales qui portent souvent sur des angoisses de mort projetées sur l'enfant : les parents craignent qu'il n'arrive quelque chose d'effroyable pendant la nuit (Cramer, 1985). Certes, le bébé assimilera les bruits perçus au retour de la figure maternelle mais cette dernière ne sera pas une figure rassurante et pare-excitante. Au contraire, **le bébé finira par introjecter l'anxiété maternelle et il assimilera finalement la période nocturne au surgissement de l'angoisse de mort.** Cette même attitude parentale peut également traduire la non-élaboration de leur angoisse de séparation.

Les mères n'étant pas parvenues à une élaboration de leur propre angoisse de séparation la projettent massivement à l'endroit de leur enfant. Elles peuvent surestimer le ressenti de ce dernier face à la solitude, ce qui les conduit à adopter des attitudes éducatives qui exacerbent l'angoisse de séparation de leur enfant. Par exemple, une mère craignant la séparation d'avec son enfant évitera celle-ci ou sera surprotectrice, craignant qu'il n'arrive un malheur. Cet événement dramatique tant redouté peut être celui de la mort de l'enfant, ce qui nous autorise à penser que l'angoisse de séparation pathologique de l'enfant peut se construire sur les bases d'une angoisse de mort non élaborée chez la mère. Tous les modes communicationnels, verbaux et non-verbaux, supportent cette transmission. Concernant plus spécifiquement le sommeil, **la séparation du coucher réactive les propres expériences négatives de la mère,** ce qui la rend impossible ou difficile. L'enfant sera dans l'impossibilité de s'identifier à un adulte pouvant dormir seul et sereinement, c'est-à-dire à un adulte pare-excitant.

Certaines mères, mais également des pères, peuvent aussi maintenir chez leur enfant **un état d'excitation continu insuffisamment entrecoupé de moments de repli.** Inquiets et habités par un sentiment de culpabilité, ces parents « en font trop », ce qui vient déborder la fonction de pare-excitation de l'enfant (H. de Leersnyder, 2000). Ce schéma d'interactions apparaît favorablement chez les mères narcissiquement fragilisées ayant nécessité de conforter l'image qu'elles se font du bébé idéal (Mazet et Stoleru, 1988).

Lorsqu'une mère doute de ses capacités de maternage, ceci peut avoir pour conséquence de générer chez elle un comportement ambivalent vis-à-vis de son enfant.

Ne sachant pas à quelle distance se situer par rapport à lui, elle va tantôt établir une relation fusionnelle, tantôt devenir distante et froide. Ces distorsions relationnelles s'observent dans la manière de tenir l'enfant (holding), de lui parler et de l'écouter. Elles augmentent considérablement l'angoisse de l'enfant lors du coucher qui ne parvient pas à créer un espace transitionnel satisfaisant et un sentiment de sécurité et de continuité (Winnicott, 1965). En outre, il devient très dépendant d'une mère qu'il souhaiterait plus cohérente et plus régulière. Pour D. W. Winnicott, une défaillance de la fonction de pare-excitation de la mère entraîne d'ailleurs le développement d'un individu qui éprouvera des angoisses massives à chaque séparation (Soulayrol, 1993).

Ajoutons qu'une mère anxieuse face à la régression imposée par son propre sommeil ne possède pas les capacités de rassurer son enfant lorsque ce dernier connaît des angoisses similaires. Sa fonction de pare-excitation est alors entamée. Or, *« chaque fois que l'environnement ne remplit pas une fonction de pare-excitation suffisamment efficace, l'enfant se voit confronté à un trop-plein de stimulations et donc, d'une certaine manière, les troubles du sommeil de l'enfant peuvent ainsi être à la fois la cause et la conséquence d'une faillite de son système de pare-excitation »*¹.

Le système sommeil-rêve peut être considéré comme un système psychosomatique *« dont l'équilibre est forgé par le double rôle de pare-excitations et de censure de la mère, cette dernière – la fonction de censure – impliquant le père, plus exactement la présence du père dans l'esprit de la mère »*².

Illustrant le rôle des mécanismes de projection et d'identification et l'impact de la faillite de la fonction maternelle de pare-excitation dans la transmission intergénérationnelle des angoisses, une de nos récentes publications a montré que **les angoisses maternelles peuvent fournir une explication étiologique du maintien des troubles du sommeil chez l'enfant en période de latence** (Hazotte et Dollander, 2004). L'angoisse non élaborée par la mère serait projetée massivement à l'endroit de l'enfant au moment du coucher, moment de vulnérabilité, où l'angoisse n'est plus contenue et où la mère n'est plus sécurisante mais anxiogène.

¹ GOLSE B. (2000). « Les troubles du sommeil chez l'enfant. Facteurs de risque et modalités de prévention ». *Intervention au 2^e Colloque International sur la Prévention*. Université Nancy 2, janvier 2000.

² PRESS J. (1998). « Brèves remarques sur l'activité du facteur traumatique dans le système sommeil-rêve ». *Revue française de Psychosomatique*. 14. p. 113.

La fonction maternelle de pare-excitation est depuis longtemps évoquée dans la littérature. Il nous semble essentiel de prendre également en compte la fonction paternelle précoce dans sa dimension pare-excitante.

3.3.2. Faillite de la fonction de pare-excitation paternelle.

En effet, le père possède également une **fonction de protection et de consolation** et il peut donc influencer le niveau d'anxiété de l'enfant (Le Camus, 2002).

La fonction paternelle de pare-excitation a été reconnue tardivement. Certains psychanalystes, tels F. Dolto (1988), pensaient que le père ne devait s'occuper de l'enfant qu'une fois la marche acquise. S'il le faisait antérieurement, il exprimait à travers son comportement maternant une jalousie vis-à-vis de la mère porteuse. D'autres, comme J. Dor (1998) et F. Hurstel (1996), se focalisent sur la fonction de séparation et d'interdiction du père, se basant ainsi sur une conception lacanienne de la fonction paternelle : cette dernière désigne un mode initial de structuration du sujet dans son rapport au langage, ce mode se caractérisant par une coupure symbolique du lien primordial unissant l'enfant à sa mère. Aucun ne met l'accent sur le rôle précoce du père et sur sa capacité à sécuriser l'enfant. G. Delaisi de Parseval (1980) a revendiqué une plus grande « part » au père et envisagé la paternité sur un autre mode.

Il est reconnu depuis de longues années que le père possède un rôle dans l'acculturation, la socialisation précoce, l'adaptation aux valeurs, aux relations interpersonnelles, aux normes et à la subjectivation, cette dernière étant à entendre comme la construction de soi comme sujet séparé et autonome (Le Camus, 2000, 2002). Les pères apporteraient des « modèles sémantiques », c'est-à-dire des représentations conformes à ce qui est socialement désirable tandis que les mères influenceraient la sécurité de l'enfant (Le Camus, 2000, 2002).

L'importance de l'attachement sécurisé au père pour un développement harmonieux de la personnalité de l'enfant a été entrevue plus tardivement. Pourtant, cet attachement pourrait être un prédicteur de l'adaptation socio-affective de l'enfant d'âge pré-scolaire, comme c'est le cas pour la mère (Le Camus, 2002). En effet, si l'attachement de l'enfant permet le sentiment de sécurité de base, l'objectif reste de pouvoir se séparer et découvrir le monde environnant. **L'attachement au père pourrait faciliter un « détachement »**

sécurisé. En répondant au besoin de stimulation de l'enfant, les pères permettent l'éloignement et l'exploration. Ce besoin de stimulation s'assouvit essentiellement à travers des jeux basés sur un mode proximal, les mères proposant des activités plus distales à leur enfant (Candilis-Huisman, 1993). Avec les pères, les jeux s'avèrent habituellement plus violents et plus stimulants¹, avec des interactions motrices comme pousser, balancer, bousculer ou chatouiller (Herzog, Lebovici, 1989 ; Frascarolo, 1997). Ces jeux ne sont d'ailleurs pas identiques et demeurent fonction du sexe de l'enfant. Les pères ont par exemple davantage d'échanges tactiles et verbaux avec leur garçon (Herzog, Lebovici, 1989). En stimulant l'enfant dans un cadre sécurisé, les pères représentent une véritable figure d'attachement et une authentique source de sécurité pour l'enfant (Le Camus, 1992, 1995, 2000). D'ailleurs, **un enfant insécurisé avec sa mère peut trouver une « compensation » auprès de son père** (Le Camus, 1995).

Il ne s'agit donc plus de percevoir le père comme n'ayant qu'une fonction de séparation et d'interdiction mais comme une figure d'attachement pour l'enfant pouvant apporter à ce dernier la sécurité, l'affection et la compréhension dont il a besoin. **Le père peut donc précocement influencer le niveau d'anxiété de l'enfant et possède en tout cas la capacité de le réduire** (Le Camus, 2000, 2002). D'ailleurs, un enfant en état de détresse et d'anxiété recherche le contact du père tout autant que celui de sa mère, ayant surtout besoin de la présence du parent présent. Si les deux sont présents, les bébés de 12 à 18 mois se tournent de préférence vers leur mère tandis que ceux de 8 et 24 mois ne montrent aucune préférence², ce qui montre que la hiérarchie de l'attachement n'est marquée que pendant une assez brève période (Lamb, 1997). Le père peut donc se trouver sollicité par l'enfant dans ce rôle de pare-excitation (Candilis-Huisman, 1993). Il aura d'autant plus de **facilité à apporter du réconfort à l'enfant qu'il se sera investi dans les soins précoces** (Lamb, 1997)³.

¹ F. Frascarolo (1997) explique l'aspect physique des jeux par deux hypothèses intéressantes : le père rechercherait un vécu corporel qu'il n'a pas connu pendant la grossesse et/ou extérioriserait à travers les jeux sa jalousie vis-à-vis de l'enfant qui accapare sa femme.

² Rappelons que, selon J. Le Camus (2002) qui reprend les observations de T. B. Brazelton, l'enfant de 2-3 mois différencie son père de sa mère. Il s'agit donc bien d'une absence de préférence et non d'une indifférenciation des sujets.

³ Les pères qui passent du temps avec leur enfant de 3 mois ont plus couramment des enfants confiants et affectueux à 9 mois. Mais cet attachement précoce, établi par le biais des nombreuses interactions père – enfant, n'entraîne pas *ipso facto* un sentiment de sécurité à long terme. Un vécu anxieux chez le père peut destabiliser l'enfant pour longtemps (Lamb, 1997).

Mais le père peut échouer dans cette fonction, en raison du travail psychique qui va s'effectuer dès l'annonce de l'attente du bébé. Attendre un bébé est un moment crucial et anxiogène pour les pères : surviennent des sentiments contradictoires, reviennent les souvenirs de l'enfance et des liens avec les parents (Badolato, 1997). Le père peut être anxieux au moment de la grossesse car il touche du doigt son incapacité à faire naître les enfants. Il peut se sentir inutile ou envier les capacités procréatives de la mère. L'anxiété peut également surgir du fait que la naissance de l'enfant va faire de lui et pour toujours un parent (Badolato, 1997). G. Delaisi de Parseval (1981) et R. Teboul (1994) rappellent d'ailleurs les conduites possibles des futurs et nouveaux pères, soulignant le **caractère anxiogène de la paternité** à venir et naissante : suractivité physique ou intellectuelle, alcoolisme, fuite, manifestations d'angoisses et déviances sexuelles. Mais ces conduites peuvent être interprétées tels des rituels d'initiation, l'homme ayant alors besoin d'agir pour penser. Ainsi, R. Teboul (1994) préfère appeler ces conduites des **rites initiatiques** et non des passages à l'acte.

La période consécutive à la naissance de l'enfant est également stressante pour le père, ce qui fait dire à M. Barraco (2002) que **la mère comme le père peuvent être sujets à la dépression du post-partum**. Soixante pour cent des pères seraient affectés d'une tristesse et ne pourraient pas, par conséquent, établir un contact physique précoce stimulant et sécurisant avec leur enfant (Candilis-Huisman, 1993). Quarante pour cent des pères, dans notre société, développeraient une « **couvade** », c'est-à-dire une expression somatique ou comportementale traduisant un bouleversement psychique et psychologique : il s'agit de fatigue intense pouvant alterner avec des états d'excitation, de somatisations ou d'idées parfois plus ou moins délirantes (Delaisi de Parseval, 1981 ; Teboul, 1994 ; Boulet, 1997). Les pères peuvent éprouver de l'anxiété face à la nouvelle fonction qui leur est attribuée par l'enfant et par la mère. Cette anxiété peut les paralyser dans leurs interactions ou leur faire prendre de la distance, par crainte de mal faire (Maufras du Chatellier, 1998)¹.

Les phénomènes de dépression et de « baby-blues » et le dégageant des idéaux parentaux sont aussi le lot des pères (Palacio Espasa, 2000). Ils ont, tout comme les mères, à faire face aux **scénarios narcissiques de la parentalité** et aux **conflits de la parentalité** car

¹ L'anxiété peut empêcher le père d'expérimenter l'état de « rêverie » dont parle D. W. Bion (1962) et l'empêcher par conséquent de se mettre dans la position de sa propre mère et de son propre père. Il ne pourra alors écouter le petit enfant qu'il a été et n'aura pas la capacité de répondre aux besoins de l'enfant.

ils portent des deuils et des renoncements de leur passé qu'ils n'acceptent pas toujours. Mais, à la différence des mères, les pères font face à une **expérience de frustration** par rapport à leur compagne, car ils sont privés de tout ressenti corporel, et ils vivent également une expérience abandonnique dans le sens où les médecins comme l'entourage s'intéressent particulièrement au suivi de la grossesse (Boulet, 1997).

La jalousie, l'envie et la compétition peuvent émerger et rendre l'accès à la paternité plus difficile (Delaisi de Parseval, 1981 ; Badolato, 1997 ; Boulet, 1997). Le père peut aussi entrer dans une **rivalité vis-à-vis de l'enfant** pour la possession de la mère ou **rejouer des conflits oedipiens** vis-à-vis de ses propres parents (Boulet, 1997 ; Delaisi de Parseval, 1981).

Nous avons voulu rappeler que **les pères ont une authentique fonction de pare-excitation vis-à-vis de leur enfant** et pas seulement une fonction séparatrice et indirecte, *via* la mère. La défaillance de leur fonction de pare-excitation, probablement imputable à la non élaboration de leurs propres angoisses peut provoquer une anxiété chez l'enfant, notamment génératrice de troubles du sommeil.

Notre récente étude basée sur les analyses approfondies de trois cas cliniques a ainsi dévoilé que **la faillite du rôle du père en tant que tiers séparateur et pare-excitant peut expliquer le maintien de troubles du sommeil chez des enfants en période de latence** (Hazotte, 2006). Notre conclusion était que les angoisses paternelles non élaborées peuvent se transmettre directement à l'endroit de l'enfant et ceci en raison de leur fragilité narcissique qui les empêche d'occuper ce rôle de tiers séparateur pare-excitant.

3.3.3. L'entente conjugale et sa fonction pare-excitante.

Habituellement, les parents de l'enfant se soutiennent mutuellement dans leur fonction parentale et assurent vis-à-vis de chacun une fonction de pare-excitation et de réassurance. Lorsque l'enfant apparaît, moment crucial de la vie conjugale, les parents traversent habituellement une crise dont l'issue sera l'avènement de la famille. Il est alors essentiel que les parents s'entraident pour contenir leur anxiété liée à l'émergence de leur nouveau statut (Maufras du Chatellier, 1998).

L'entente conjugale et le soutien mutuel des partenaires auraient déjà un impact sur la structuration de la personnalité de l'enfant, avant même sa naissance. En effet, chacun des éléments de la triade mère/père/enfant étant nécessaire à la naissance psychologique de

l'enfant, le psychisme de l'enfant préexisterait sous forme d'un appareil groupal propre au couple (Maufras du Chatellier, 1998). D'autres auteurs, comme D. Candilis-Huisman (1993), insistent sur la qualité de l'entente conjugale avant même l'arrivée de l'enfant.

Les relations entre parents contribuent à modeler les gestes de la maternité et de la paternité. Mais **la qualité de l'entente conjugale semble surtout affecter l'attitude du père**, et c'est ce que souligne M. E. Lamb (1997).

« Il a été démontré que la qualité des rapports conjugaux influe sur le comportement du père autant que de la mère et que le comportement du père à l'égard de ses enfants est influencé par la qualité des rapports conjugaux à cette époque infiniment plus que ne l'est le comportement de la mère. »¹

Ainsi, le père de l'enfant peut plus facilement remplir une fonction de pare-excitation et se montrer rassurant vis-à-vis de son enfant et de la mère si cette dernière le soutient activement (Herzog et Lebovici, 1989). En définitive, et selon les termes de F.-X. Boulet (1997), *« la paternité ne peut donc s'établir que si la mère, par son comportement, donne une place à l'homme en tant que père »²*. De même, il ne peut remplir son rôle séparateur et personnifier l'instance surmoïque que si la mère lui autorise à remplir cette tâche (Herzog et Lebovici, 1989).

Le père, au sein de la triade père/mère/enfant, joue un rôle primordial de contenant des angoisses maternelles. Il représente un **second englobement** qui encercle la dyade mère/enfant, ce que résume R. Debray (1997) dans l'affirmation suivante :

« Un tel système, quand il fonctionne bien, constitue un système de pare-excitation extrêmement efficace qui possède en lui-même la capacité de réduire et de transformer les excitations en excès, que celles-ci viennent du monde interne au bébé, à la mère, au père ou du monde externe dépendant des données de l'environnement. »³

La relation du couple est donc un puissant facteur d'influence sur le comportement du père, mais également de la mère, dès le moment où l'enfant occupe une place dans la tête des parents (Badolato, 1997).

¹ LAMB M. E. (1997). « L'influence du père sur le développement de l'enfant ». *Enfance*. 3. p. 344.

² BOULET F.-X. (1997). « Un père attend un enfant ». *Spirale*. 6. p. 91.

³ DEBRAY R. (1997). « L'objet en personne: la réalité paternelle ». *Revue française de Psychanalyse*. 61 (2). p. 426.

Chacun des parents exerce une influence directe sur l'enfant mais, dans le même temps, une influence indirecte *via* le partenaire qu'il affecte de par son comportement à son égard. Cette influence indirecte et le soutien apporté à la mère seraient même, selon J. Le Camus (2000), le rôle originel du père. C'est dans cet esprit interactionnel que M. E. Lamb (1997) formule cet énoncé :

« Le père n'exerce pas seulement une influence directe sur les enfants : son comportement affecte également celui de la mère, de même que l'attitude de la mère elle-même influe sur celle du père et son degré d'intérêt pour la famille. »¹

Lorsque les parents connaissent une situation de mésentente, il leur devient impossible de discuter de leurs préoccupations et de pouvoir échanger sur les émotions qu'ils ressentent à l'égard de leur enfant. Or, seul *« le sentiment de pouvoir compter sur son propre partenaire, pour ce qui concerne les soins à l'enfant, crée une bonne atmosphère à l'intérieur du couple »²*. Ils ne peuvent alors donner sens à leurs angoisses respectives et ne peuvent ni les verbaliser, ni les élaborer (Badolato, 1997). Elles vont alors s'actualiser négativement à travers les interactions entre conjoints et vis-à-vis de l'enfant, renforçant ainsi le climat général d'anxiété et d'incapacité à remplir son rôle de parent.

Les relations à l'intérieur de la triade mère/père/enfant peuvent être affectées si l'un des parents disqualifie l'autre dans sa fonction parentale. Le partenaire dévalorisé, narcissiquement blessé et peu rassuré quant à ses compétences à s'occuper de son enfant, ne sera pas capable d'établir vis-à-vis de ce dernier des interactions pare-excitantes et sécurisantes. De même, si l'un des partenaires se montre d'emblée peu confiant quant à ses capacités et que l'autre ne peut le soutenir, alors les interactions du premier avec l'enfant demeureront incertaines et teintées d'anxiété.

Les auteurs évoquent souvent **la situation dans laquelle une mère ne laisse pas de place à la parole du père**. Cette attitude survient généralement lorsque le nom-du-père est un vain mot et lorsque la mère n'a pu en avoir la signification à travers ses propres parents (Hurstel, 1996). Les conséquences sont alors le maintien de la relation fusionnelle mère – enfant et l'impossibilité pour ce dernier de s'autonomiser et d'appréhender le monde extérieur avec assurance.

Mais le comportement de certains pères, en effectuant une « appropriation subjective » de la place de la mère, n'autorisent pas la mise en place de la triangulation.

¹ LAMB M. E. (1997). « L'influence du père sur le développement de l'enfant ». *Enfance*. 3. p. 344.

² BADOLATO G. (1997). « Le père est-il compétent dans la compréhension des besoins du petit enfant ? ». *Enfance*. 3. p. 406.

Ils refusent la place de tiers et rivalisent sur un plan imaginaire avec la mère. Dans le cadre du complexe oedipien, leur fonction de séparation disparaît alors (Hurstel, 1997).

Chacun des partenaires remplit donc une fonction de pare-excitation vis-à-vis de l'autre car les deux ont besoin d'être confortés dans leur manière d'être parent et les deux doivent être soutenus dans leur « parentalité », c'est-à-dire dans le processus qui va leur permettre de devenir des parents pouvant répondre aux besoins de l'enfant (Barraco, 2002). Lorsqu'un d'entre eux est particulièrement incertain et anxieux, alors il lui faudra trouver l'appui de l'autre pour prendre confiance, d'autant que **chacun requiert la reconnaissance de l'autre pour accéder au statut de parent** (Hurstel, 1996). Si ce soutien n'existe pas ou si le climat conjugal est tendu, alors les angoisses s'immisceront dans toutes les interactions de la triade.

Nous proposons donc de formuler l'hypothèse théorique suivante qui s'attachera à étudier la capacité qu'ont les parents à remplir cette fonction de pare-excitation, tant vis-à-vis de leur enfant que vis-à-vis de leur partenaire. Le découpage de l'hypothèse en quatre formulations dévoile le caractère interactionnel de la fonction de pare-excitation.

H5-a : Les enfants anxieux en période de latence souffrant de troubles du sommeil possèderaient une mère anxieuse en difficulté dans sa fonction de pare-excitation.

H5-b : Les enfants anxieux en période de latence souffrant de troubles du sommeil possèderaient un père anxieux en difficulté dans sa fonction de pare-excitation.

H5-c : Les mères des enfants anxieux en période de latence souffrant de troubles du sommeil seraient en difficulté dans leur fonction de pare-excitation vis-à-vis des pères.

H5-d : Les pères des enfants anxieux en période de latence souffrant de troubles du sommeil seraient en difficulté dans leur fonction de pare-excitation vis-à-vis des mères.

3.4. Les mécanismes de la transmission : l'identification et l'identification projective.

Au regard de ce que nous avons pu avancer antérieurement, il semble que les processus d'identification et d'identification projective soient au cœur de la transmission intergénérationnelle de l'angoisse.

3.4.1. Les processus d'identification.

L'utilisation des concepts d'identification, d'identification primaire, d'introjection et d'identification secondaire demande leur éclaircissement pour une meilleure compréhension de ce travail.

J. Laplanche et J.-B. Pontalis (1967) définissent le **processus d'identification** comme suit :

« Processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identifications. »¹

Ainsi que le rappellent ces mêmes auteurs, le concept d'identification a été enrichi notamment par la notion de narcissisme et par la description des effets du complexe oedipien sur la structuration de la personnalité du sujet.

S. Freud utilisa de manière princeps le terme d'identification en référence au désir refoulé de faire comme l'autre, d'être comme l'autre. Il s'agissait davantage d'un désir inconscient que d'un mécanisme psychique. Dans *L'interprétation des rêves* (1900), il décrit l'identification hystérique telle la reconnaissance d'une communauté de traits avec l'objet, des communautés qui peuvent être réelles ou fantasmées. Le concept d'identification prendra une valeur de processus au fur et à mesure que les travaux freudiens sur la dépression, la formation du moi, du surmoi et du complexe d'Œdipe avanceront (Brunet, 2000).

Parmi les modes d'identification, nous pouvons distinguer **l'identification primaire** et **l'identification secondaire** (Laplanche et Pontalis, 1967).

¹ LAPLANCHE J. et PONTALIS J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris. PUF. 1997. p. 187.

A – L'identification primaire et l'introjection.

L'identification dite « primaire » renvoie à un type de relation précoce avec la mère, avant que celle-ci soit reconnue comme objet différencié. Il s'agit d'un mode d'investissement qui précède l'identification dite « secondaire », cette dernière agissant de manière massive au cours de la période de latence (Denis, 1979). L'identification primaire possède, selon J. Laplanche et J.-B. Pontalis (1967), un **rapport étroit avec l'introjection** car ces deux mécanismes renvoient à un mode de relation précoce, fondé sur l'oralité.

Nos propos ne visent pas à élucider la définition précise de ces concepts, d'autant qu'elle n'est pas univoque et qu'elle demeure fonction des auteurs. **Nous choisirons de parler d'introjection plutôt que d'identification primaire** dans la mesure où nous basons notre conception de la transmission intergénérationnelle principalement sur le point de vue de S. Tisseron (1995, 1996, 1999). Or, cet auteur parle plus volontiers d'introjection dans ses développements théoriques. Au regard de la problématique soulevée, le point de vue de S. Tisseron (1995, 1996, 1999) permet donc d'entrevoir l'introjection telle une identification primaire qui se joue à travers la communication précoce avec les parents. Il fournit une explication de la transmission de l'angoisse à travers les concepts de **symbolisation** et d'**inclusion psychique**.

Mais rappelons tout d'abord que pour A. Ciccone et M. Lhopital (1997), *« l'introjection consiste, suite à une expérience de rencontre et de lien avec un objet externe, à établir cet objet à l'intérieur du psychisme. Plus que l'objet, c'est le lien à l'objet qui est introjecté. »*¹

L'introjection permet habituellement au petit enfant de supporter la perte de l'objet lorsque celle-ci survient. L'enfant peut abandonner cet objet gratificateur externe à condition qu'il ait pu établir un objet gratificateur interne. De même, le nourrisson ne peut projeter des choses bonnes que s'il a introjecté suffisamment de sécurité et de calme lors des interactions précoces et privilégiées avec sa mère, au cours de la tétée par exemple (Ciccone et Lhopital, 1997). Par **objet gratificateur interne**, nous entendons un objet possédant certaines qualités.

Les qualités requises sont :

- être physiquement et psychiquement présent,

¹ CICCONE C. et LHOPITAL M. (1997). *Naissance à la vie psychique*. Paris. Dunod. p. 17.

- créer un lieu de confort d'un point de vue sensoriel (chaleur, douceur de la voix...) et émotionnel (quiétude, sérénité, disponibilité...),
- créer une intimité dans la relation et partager une exclusivité, ce qui confère à l'enfant le sentiment d'être unique.

A. Ciccone (2001) établit que la **fonction contenante de l'objet**, qui autorise la mise en place d'une introjection bénéfique, est un **processus supposant plusieurs conditions**.

Les conditions de la mise en place de ce processus sont :

- les qualités intrinsèques à l'objet telles que le portage, le soutien, le holding, la présentation des objets, la capacité de rêverie maternelle, la fonction alpha, l'activité de symbolisation et l'intégration de la bisexualité ;
- la sollicitation dans la mesure où l'objet doit attirer l'enfant vers des niveaux de présence, d'intégration, d'organisation et d'expériences émotionnelles plus élevées ;
- la rythmicité des expériences qui permet l'anticipation et donne l'illusion de permanence et de continuité.

L'introjection ne peut donc survenir de manière positive si l'environnement et l'entourage s'avèrent anxiogènes et, par conséquent, incapables de posséder les qualités décrites précédemment.

Pour S. Tisseron (1999), **la communication verbale et non-verbale entre l'enfant et ses parents supporte le processus précoce d'introjection**. En effet, l'enfant introjecte précocement au sein de son moi des événements auxquels il doit donner un équivalent psychique en les symbolisant.

Cette symbolisation s'effectue selon quatre modalités distinctes qui sont :

- les images, qui demandent une participation de la perception ;
- les affects positifs (la joie) ou négatifs (l'angoisse ou la colère) ;
- les actions, accomplies ou non ;
- le langage verbal.

Les perturbations psychiques surviennent si un objet est symbolisé sous une modalité et interdit de l'être sous une autre car l'enfant est contraint au clivage et au déni, des mécanismes qui ne favorisent pas une diminution de l'intensité des angoisses au moment du coucher (Tisseron, 1996). Ce cas peut apparaître lorsqu'un parent présente une anxiété massive. Ses dires peuvent se vouloir rassurants pour l'enfant, mais ses actions et ses affects peuvent être non congruants et dissimulés.

Le ratage de l'introjection occasionne une **inclusion psychique**.

Cette dernière se manifeste, selon S. Tisseron (1995), à travers quatre modes :

- le mode de la représentation mentale, manquante, excessive ou incongrue ;
- le mode de l'affect, manquant, excessif ou incongru ;
- le mode de l'état corporel ;
- le mode du comportement (passages à l'acte, rituels obsessionnels, fugues).

Une introjection ratée se manifestant à travers le mode de l'affect peut donc favoriser l'émergence d'une angoisse massive ne favorisant pas l'endormissement. Elle peut aussi et dans un même temps apparaître sur le mode de l'état corporel, provoquant alors des sensations physiques au moment du coucher.

L'étude de P. Fonagy, M. Stelle, H. Stelle et coll. (1996) permet également de comprendre par quels mécanismes le petit enfant peut introjecter les angoisses infantiles de ses parents, et plus particulièrement de sa mère. Elle montre que le sentiment de sécurité des enfants peut être prédit à 12 et 18 mois. Ils basent leur étude sur le récit des parents concernant leur propre enfance et recueilli avant la naissance de l'enfant. Cette recherche confirme les observations de S. Fraiberg (1983) sur la réactivation des conflits de l'enfance dès le début de la grossesse. Ces auteurs montrent que **les enfants adoptent des comportements défensifs en situation de stress à cause des stratégies défensives parentales**. Le manque de réponse sécurisante de la part de la mère proviendrait de ses propres défenses contre la reconnaissance et la compréhension d'affects négatifs similaires en elle-même. Elle ne peut être empathique et ceci serait en lien avec sa propre histoire développementale. Lorsque la mère est insécurisante alors elle se rend incapable de répondre aux signaux de détresse de l'enfant et ce dernier éprouve en retour de l'angoisse et de la colère. Pour palier à la carence de sa mère, le petit enfant, qui possède un appareil psychique encore peu structuré, ne peut recourir au refoulement et il va donc mettre en place des stratégies de comportement simples et probablement génétiquement programmées : l'évitement, le combat, le retrait, l'auto-agression (Fraiberg, 1983). Au bout de quelques semaines, l'enfant peut déjà imiter des comportements du personnage nourricier. Il peut donc en reprendre les modèles de défense. L'enfant introjecte donc les réactions de sa mère face à ses propres signaux affectifs, des réactions qui traduisent parfois l'anxiété maternelle (Fonagy – M. Steele et H. Steele, 1996).

B – L'identification secondaire.

Selon S. Tisseron (1995), **l'enfant âgé de 3 à 5 ans**, et qui entre donc dans le langage et la symbolisation, **développe des identifications œdipiennes et secondaires à l'endroit de ses parents**. Il s'identifie à leurs désirs conscients et inconscients, ce qui favorise la répétition d'une génération à une autre des choix amoureux et professionnels mais aussi des traits de caractère ou de personnalité, tels que l'anxiété. Ce mécanisme s'organise autour des désirs et des manques à combler des parents.

Toujours concernant les identifications œdipiennes, **une mère acceptant mal sa féminité ne manquera pas de transmettre cette insatisfaction à sa fille**. Cette carence entretiendra les insatisfactions dépressives et la non-élaboration du propre complexe œdipien de la fille. Chez le garçon, une mère n'ayant pas élaboré son Œdipe peut vouloir réparer le manque de sa propre mère. Son pénis prendra alors une valeur narcissique et phallique qui le tiendra en arrière de tout exercice viril.

Lorsque la mère n'a pu élaborer sa problématique œdipienne au décours de son enfance, cette dernière va être réactivée dans la relation avec son enfant. Tous les conflits vis-à-vis des hommes ressurgissent massivement. Une telle mère pensera par exemple que l'autre sexe possède tous les privilèges et qu'il faut donc se sacrifier pour son enfant (Cramer, 1985). Elle comblera ce dernier au détriment de son mari et cette attitude entretiendra la relation fusionnelle avec l'enfant.

La mère apporte sa culture et aussi sa sexualité infantile conflictualisée (Lebovici, 1992). Elle indique le chemin de l'identification. Lorsqu'elle présente un trouble de l'identité sexuelle, celle de l'enfant peut donc être remise en cause (Jeanneau, 1992).

Au décours du complexe, l'enfant se voit contraint de désinvestir ses parents, ceux-ci n'ayant pu satisfaire ses désirs oedipiens. L'investissement libidinal se retourne alors sur lui et favorise du même coup les apprentissages et l'enrichissement personnel. L'enfant de la période de latence est un enfant blessé et impuissant, qui doit élaborer son narcissisme à partir de ses activités du Moi, c'est-à-dire perceptivo-motrices et cognitives (Arbisio-Lesourd, 1997). Il doit se reconstruire narcissiquement en obtenant des satisfactions réelles et valorisantes qui conviennent et plaisent également à ses parents. Il s'identifie massivement à eux et « *ce que disent ou pensent les parents est absolument primordial* »¹. En effet, l'enfant

¹ ARBISIO-LESOURD C. (1997). *L'enfant de la période de latence*. Paris. Dunod. p. 114.

de cette période s'identifie à des parents idéalisés, « tout-puissant » en ce qui concerne souvent le père, ce qui provoque l'intériorisation d'un surmoi idéal.

Mais, à la différence des identifications antérieures, l'enfant « veut s'identifier au parent pour devenir comme lui plus tard ». Il va donc s'appropriier les traits de personnalité, les connaissances et les attributs des adultes qui l'entourent, ce qui renvoie bien à la définition de l'identification rappelée plus avant.

Parce que l'enfant ne peut critiquer de manière clivoyante le comportement de ses parents idéalisés, il va donc s'identifier massivement aux traits anxieux de ces derniers. **Les angoisses parentales sont perçues par l'enfant comme plausibles et justifiées.** Elles affecteront la solidité de ses assises narcissiques, l'enfant ne pouvant s'identifier à des modèles identificatoires fiables et sécurisants.

3.4.2. Le mécanisme d'identification projective.

L'identification projective représente un mécanisme ayant été introduit par M. Klein (1946) pour traduire des **fantasmes où le sujet introduit sa propre personne, totalement ou en partie, à l'intérieur de l'objet pour lui nuire, le posséder et le contrôler** (Laplanche et Pontalis, 1967). Ce mécanisme diffère de la projection dans le sens où c'est la personne propre qui est projetée, alors même que l'objet n'est pas éprouvé comme différencié du moi. Une partie de soi est projetée dans l'autre, ce qui fonde la dimension identificatoire du mécanisme. S. Freud avait entrevu une forme d'identification dans laquelle la projection joue un rôle central, mais il ne l'avait jamais développée (Brunet, 2000).

Les identifications projectives apparaissent **dès l'arrivée de l'enfant**. En effet, devenir parent nécessite l'élaboration d'un « **deuil développemental** » qui consiste en deux tâches : renoncer à la place d'enfant qui était jusque là occupée par les nouveaux parents et s'identifier à ses propres parents afin de fonctionner en tant que parent à son tour¹. **Le parent doit évacuer une partie de ses désirs et de ses besoins infantiles et il va les déléguer à l'enfant par le biais des identifications projectives. Les angoisses infantiles non élaborées sont évacuées et transmises par le biais d'un processus semblable** (Palacio Espasa, 2000).

¹ L'identification des parents à leurs propres parents souligne l'importance de la dimension transgénérationnelle.

Les identifications projectives peuvent **favoriser ou entraver** le développement de la personnalité de l'enfant.

- Les identifications projectives dites « externalisantes » permettent une croissance psychique satisfaisante. Elles mènent à une empathie vis-à-vis de l'enfant car elles véhiculent des images de soi-même, enfant, qui s'est senti aimé par ses propres parents. Elles permettent une identification à une image de parents aimants, fermes avec toutefois de l'agressivité possible à leur égard (Palacio Espasa, 2000). M. Klein (1946) avait décrit une identification dans laquelle des parties « bonnes » du soi sont introduites dans l'objet. Elle l'observait à travers les phénomènes d'amour et d'empathie (Brunet, 2000).

- Les identifications projectives deviennent « contraignantes » et pathologiques lorsque les parents forcent l'enfant à s'identifier aux images projetées sur lui afin d'annuler des deuils qu'ils ne parviennent pas à faire (Palacio Espasa, 2000).

Les identifications projectives « contraignantes » s'avèrent parfois masochiques ou narcissiques. Dans le premier cas, le parent se place en « victime » de l'enfant car il pense avoir été lui-même un enfant difficile ou parce qu'il pense que ses propres parents étaient « indignes ». Dans le second cas, les parents projettent une image négative d'eux-mêmes sur leur enfant ou l'image d'une personne significative, ce qui va créer chez eux un sentiment de persécution à l'égard de leur enfant (Palacio Espasa, 2000).

Bion (1962) distingue ces deux facettes de l'identification projective (une identification défensive et une à visée communicative) et développe l'idée que cette dernière est liée au besoin d'utiliser l'objet comme contenant psychique dans lequel expulser les contenus angoissants ou mortifères (Brunet, 2000).

§

Les différentes approches psychanalytiques permettent de saisir les mécanismes psychiques mis en jeu par la transmission des angoisses : l'identification, dont l'introjection et l'identification secondaire, et l'identification projective. Elle permet également de **lier les approches développementale et intergénérationnelle car les transmissions s'opèrent par des mécanismes et des canaux qui dépendent du stade de développement libidinal dans lequel l'enfant se situe**. L'histoire familiale et notamment le déroulement des relations précoces entre la mère et l'enfant retentit fortement sur la mise en place des mécanismes de la transmission. Nous devons par conséquent nous informer des événements ayant jalonné la vie de l'enfant et celle de ses parents. Si les mécanismes de la transmission de l'anxiété sont

relativement clairs, ceux des troubles du sommeil sont plus difficiles à mettre en exergue, surtout à un niveau intergénérationnel, ce que souligne B. Cramer (1996).

« L'étude des familles montre qu'il est difficile de saisir la cause originelle des symptômes, celle-ci se situant souvent dans des filiations anciennes et se transmettant en cascade d'une génération à l'autre »¹.

L'introjection, au début de la vie de l'enfant, et l'identification, plus tard, portent sur les angoisses parentales. Dans un mouvement opposé, les parents, par le biais des identifications projectives, emprisonnent l'enfant dans leur propre fantasme et lui transmettent, sous une forme non élaborée, leurs propres angoisses. Afin d'explorer l'impact du mécanisme d'identification dans la transmission intergénérationnelle des angoisses, nous tenterons de répondre à l'hypothèse théorique suivante (H6) :

H6 : Les enfants en période de latence souffrant de troubles du sommeil opèrent une identification à l'endroit d'images parentales anxiogènes.

La transmission d'une angoisse massive est rendue possible lorsque, nous l'avons entrevu dans le cadre de la faillite des fonctions de pare-excitation parentales, les parents n'ont pu élaborer leurs propres angoisses infantiles de mort, de séparation et/ou de castration. Nous tenions donc à formuler ces deux hypothèses théoriques supplémentaires (H7 et H8) :

H7 : Les mères des enfants anxieux en période de latence souffrant de troubles du sommeil n'ont pas élaboré l'une ou plusieurs des angoisses suivantes : l'angoisse de mort, l'angoisse de séparation et/ou l'angoisse de castration.

H8 : Les pères des enfants anxieux en période de latence souffrant de troubles du sommeil n'ont pas élaboré l'une ou plusieurs des angoisses suivantes : l'angoisse de mort, l'angoisse de séparation et/ou l'angoisse de castration.

¹ CRAMER B. (1996). *Secrets de femmes*. Paris. Calmann-Lévy. p. 23.

Deuxième partie.
CADRES MÉTHODOLOGIQUES.

Chapitre 4.

Justification de la méthodologie envisagée, critères de sélection des sujets et choix des outils.

Plusieurs aléas risquent d'être rencontrés à diverses étapes de la démarche méthodologique. Certains sont prévisibles, et nous en ferons part présentement, tandis que d'autres surviendront plus probablement en conséquence des pratiques et des événements inopinés qui jalonnent souvent l'ensemble d'une étude.

- Dans cette recherche inscrite dans le champ de la psychologie clinique, des relations privilégiées apparaîtront à l'encontre des sujets et principalement avec les enfants qui investissent facilement le psychologue-chercheur et établissent à son endroit un transfert positif ou négatif. Ces enfants, de même que leurs parents, devraient être convaincus du caractère scientifique de cette recherche et ne devraient en aucun cas lui conférer une destinée thérapeutique. Nous nous engageons à leur **expliquer les objectifs** de cette étude mais, par expérience, nous supposons que la plupart ne parviendront pas à opérer la distinction et ils seront tentés de nous réclamer quelques conseils pratiques. La méthodologie envisagée devrait pouvoir maîtriser ce biais et il sera essentiel que nous accomplissions un travail d'introspection concernant la relation transféro-contre-transférentielle établie entre les sujets et nous-mêmes.

- La validation des hypothèses théoriques formulées nécessitera une rencontre avec la mère et le père de l'enfant. Or, par expérience personnelle, nous savons que **les pères participent rarement aux démarches thérapeutiques ou de recherche** concernant les difficultés psychologiques de leur enfant. Les raisons sont multiples et parfois compréhensibles : impossibilité matérielle, manque de temps, crainte de l'investigation et des pouvoirs fantasmés du psychologue... **Cette absence des pères pourrait provoquer une vérification difficile des hypothèses théoriques H5-b, H5-d et H8.**

- Le consentement des enfants et des parents pour **une participation à cette recherche ne sera de toute façon pas aisé à obtenir**. Des parents trop empreints de culpabilité ne pourront s'investir sans dommage dans cette étude qu'ils peuvent fantasmer comme créant un lien implicite entre eux et la symptomatologie de leur enfant. Certains, malgré leurs réticences, s'impliqueront sincèrement dans la démarche tandis que d'autres développeront de puissants mécanismes de défense face à l'intrusion redoutée et fantasmée. Là encore, la méthodologie de convergence permettra de parer au biais des réponses teintées, par exemple, de désirabilité sociale.

4.1. L'étude de cas, la méthodologie de convergence et l'étude comparative.

L'étude de cas clinique, dans le cadre d'une méthodologie de convergence, fournit des indices essentiels aux compréhensions de la genèse et du mécanisme d'un symptôme tel que le trouble du sommeil. Les divers outils d'investigation utilisés pour cette recherche sont les suivants.

Pour les enfants :

- l'entretien,
- l'Echelle des Peurs pour Enfants (E. P. E.) de S. Rusinek (1998),
- le test de Rorschach
- et le test des contes.

Pour les parents :

- l'entretien
- et le test de Rorschach.

Ils permettent le recueil d'une multitude de données qui ne prendra sens que grâce à la convergence. Une telle méthodologie est susceptible d'appréhender la complexité de la dynamique d'une personnalité en respectant sa globalité et sa singularité. Elle s'inscrit dans une démarche clinique qui possède un « *objectif premier de connaissance et de compréhension de la personne totale en situation et en interaction* »¹. Toutefois, **la méthodologie de convergence appliquée aux études de cas n'autorise pas la validation *stricto sensu* des hypothèses théoriques formulées.** Elle constitue une méthode d'investigation permettant la généralisation, sous couvert de confirmations ultérieures issues d'études comparatives et différentielles. **Ces dernières seront envisageables uniquement si nous avons l'opportunité de réunir un nombre suffisant de sujets.**

L'étude de cas possède également l'intérêt majeur de fournir une masse de données conséquente et « *la richesse de toutes ces informations (...) constitue un matériau de base irremplaçable pour l'orientation des recherches expérimentales* »². Dans le cadre d'une méthodologie de convergence, elle permet de déborder le seul cadre de l'observation, même prise dans une acception large et diversifiée, et elle intègre des données issues de sources très diverses (Revault d'Allonnes, 1989). **L'accumulation de ces dernières rend au sujet sa singularité car sa description se complexifie et s'enrichit.** Toutefois, et c'est le cas dans

¹ REVAULT D'ALLONNES C. (1989). *La démarche clinique en sciences humaines*. Paris. Dunod. pp. 17-18.

² ROSSI J.-P. et col. (1989). *La méthode expérimentale en psychologie*. Paris. Dunod. p. 185.

cette étude, les convergences ne peuvent s'opérer que sur des dimensions volontairement isolées car « *toute recherche clinique doit tendre à mettre en évidence une caractéristique, un mécanisme, une structure, etc., généralisable et commun à un groupe humain* »¹.

Enfin, **la méthodologie de convergence réorganise les nombreuses données recueillies issues des études de cas**. Ne pouvant toutes être prises en compte dans une recherche dont l'objet d'étude est précisé, nous ne retiendrons que celles susceptibles de valider ou d'infirmer les hypothèses théoriques. « *Les données recueillies à partir des entretiens (...), des résultats aux tests de niveau ainsi que ceux des méthodes d'investigation de la personnalité permettent au psychologue de trouver une certaine cohérence pour tracer un portrait psychologique* »². Une restriction de la portée de cette assertion nous amène à penser que la méthodologie de convergence apporte une cohérence pour décrire une dimension psychologique précise de la personnalité du sujet.

Si l'utilisation de la méthodologie de convergence et de l'étude de cas possède de multiples avantages, il est important que le chercheur en clinique prenne en considération l'influence de sa propre « **équation personnelle** ». L'analyse du contre-transfert est un impératif incontournable.

Le risque de la perte d'informations constitue une réalité car la méthodologie de convergence focalise le chercheur sur les données redondantes. Or, les informations contradictoires évitent la validation abusive des hypothèses théoriques et celles qui sortent du champ de la problématique stimulent la création de nouvelles pistes de recherche. **La réduction et la perte de certaines données s'avèrent pourtant inévitables dans la mesure où la recherche doit respecter un principe de « faisabilité »**. Cette réduction doit être circonscrite car elle « *risque de se payer d'une perte irréparable : la richesse, la singularité irréductible du « vécu » au prix de leur structuration par une problématique et une méthodologie* »³.

Ce processus inhérent à la recherche en clinique et à la méthodologie présentement utilisée trouve sa légitimité dans la volonté de passer d'une complexité inintelligible (le psychisme) à une autre qui l'est un peu moins (un « modèle réduit » du psychisme). L'objet d'étude devient un artefact essentiel dont le but est d'améliorer la compréhension de la

¹ BOURGUIGNON O. - BYDLOWSKI M. (1995). *La recherche clinique en psychopathologie*. Paris. PUF. pp. 88-89.

² REVAULT D'ALLONNES C. (1989). *La démarche clinique en sciences humaines*. Paris. Dunod. p. 104.

³ *ibid.* p. 79.

personnalité du sujet (Revault d'Allonnes, 1989). Nous profitons de cette remarque pour préciser que nous n'avons nullement la prétention d'appréhender le psychisme du sujet dans sa globalité. Cette recherche vise l'élucidation d'une symptomatologie précise et l'explicitation des mécanismes intergénérationnels qui la sous-tendent.

Enfin, **le choix d'une étude comparative repose sur l'objectif de pouvoir préciser, dans la mise à l'épreuve de nos hypothèses théoriques, ce qui spécifie les enfants anxieux en période de latence souffrant de troubles du sommeil des enfants anxieux n'en présentant pas et des enfants « témoins »**. L'analyse comparée des résultats obtenus permettra ainsi de connaître ce qui est singulier au fonctionnement psychique (certaines facettes comme l'espace imaginaire ou encore les capacités de symbolisation et de régression à la position passive) de ces enfants et de leurs parents. Approcher ainsi cette singularité devrait permettre de fournir des indications sur les mécanismes en jeu dans la transmission intergénérationnelle des angoisses sous-jacentes aux troubles du sommeil.

4.2. Critères de sélection et constitution des trois groupes.

Chacun des trois groupes d'enfants est constitué d'une dizaine de sujets chacun. Les critères de sélection s'adressent à eux, les parents ne devant répondre à aucun spécifiquement.

Les enfants des trois groupes devront avoir un âge situé entre 6 ans 0 mois 0 jour et 11 ans 0 mois 0 jour, ce qui les situe tous, chronologiquement, dans la période de latence telle que nous l'avons définie antérieurement.

Le premier groupe d'enfants est le groupe « témoin ». Il est composé d'enfants qui doivent répondre à quelques critères essentiels qui suggèrent a priori un niveau d'anxiété faible.

- D'abord, ces enfants ne doivent jamais avoir consulté un psychiatre ou un psychologue, ce qui laisse penser qu'ils n'ont pas rencontré de souffrances psychiques graves.

- Les enfants ne devront pas avoir rencontré de problèmes graves de santé ayant abouti à une hospitalisation longue, ce qui pourrait avoir un impact sur la qualité de l'attachement et donc sur le niveau d'anxiété.

- Concernant leur vie prénatale et précoce, les enfants devront avoir été désiré, la grossesse n'aura pas été source de souffrances physiques et/ou psychologiques majeures et la naissance n'aura pas été suivie de complications.

- Sur le plan scolaire, ces enfants doivent suivre la classe correspondant à leur classe d'âge, ce qui laisse entendre qu'ils investissent de manière positive les apprentissages scolaires. Rappelons que la réussite scolaire est, à la période de latence, un indicateur essentiel de l'équilibre psychologique de l'enfant (Arbisio-Lesourd, 1997).

Le deuxième groupe d'enfants est constitué d'enfants dits « anxieux » ne présentant pas de troubles du sommeil. Les critères les définissant reprennent certains de ceux développés dans le **DSM-IV (1994) concernant le trouble anxiété de séparation**¹. Nous avons en effet supprimé les critères faisant référence à des symptômes affectant la qualité du sommeil, ces derniers spécifiant le troisième groupe d'enfants. Parmi les **cinq retenus** ci-après, les enfants de ce groupe devront au moins en présenter un de manière évidente et manifeste.

- Ces enfants pourront donc être affectés d'une détresse excessive et récurrente dans les situations de séparation d'avec la maison ou d'avec les principales figures d'attachement.

- Ils pourront également avoir une crainte excessive et persistante concernant la disparition des principales figures d'attachement.

- Ils peuvent aussi présenter la crainte excessive et persistante qu'un événement malheureux ne vienne les séparer de leurs figures principales d'attachement.

- Ils pourront appréhender l'idée de rester seul à la maison ou ailleurs, sans la présence de l'une des principales figures d'attachement ou d'adultes de confiance.

- Enfin, ces enfants présentent souvent des plaintes somatiques répétées (telles que maux de tête, douleurs abdominales, nausées, vomissements) lors des séparations d'avec les figures principales d'attachement, ou en anticipation de telles situations.

Ces manifestations doivent perdurer depuis plus d'un mois pour être significatives et interprétées comme signes d'anxiété.

L'anxiété de l'enfant affectant son fonctionnement général de l'enfant, les enfants de ce groupe devront connaître des difficultés scolaires et/ou des difficultés relationnelles avec les adultes et les autres enfants.

Le troisième groupe d'enfants concerne les enfants anxieux souffrant de « troubles du sommeil ». Les critères s'appliquant à eux sont les suivants.

- Ils devront évidemment présenter au moins un trouble du sommeil d'origine psychogène, ceux dont l'étiologie organique est écartée, et ceci depuis au moins un mois.

¹ Nous avons précédemment évoqué l'intérêt de reprendre les critères diagnostiques du DSM-IV (1994) concernant le trouble anxiété de séparation, ce dernier étant le seul, d'un point de vue psychiatrique, abordant l'anxiété spécifique de l'enfant. (cf. p. 52).

- Ils devront également présenter les critères retenus pour les enfants anxieux, et il est possible qu'en plus de leur trouble du sommeil, ils aient un des symptômes proposés dans le DSM-IV (1994).

4.3. Justification du choix des outils d'investigation.

4.3.1. Les entretiens cliniques menés auprès des enfants et des parents.

Pour un psychologue clinicien et chercheur, l'entretien est un **outil incontournable et unique pour le recueil des faits anamnestiques des sujets**. Il sera donc utilisé auprès des enfants et des parents dans ce but premier. De plus, les angoisses conscientes de chacun des protagonistes seront appréhendées et il sera possible d'apprécier le jugement porté sur l'existence et les conséquences du symptôme. L'environnement éducatif, familial et social sera découvert à partir des propos des enfants et de leurs parents. Enfin, ce temps de l'entretien clinique offrira l'opportunité d'entreprendre une observation du comportement non-verbal.

Deux types d'entretien seront menés au cours de cette recherche, dans la mesure où il sera matériellement possible de les réaliser : **l'entretien libre et l'entretien semi-directif**.

- L'entretien libre instaure la relation et favorise la mise en confiance des sujets en respectant leur liberté d'expression et l'orientation naturelle de la conversation. Il établit une relation subjective propre à l'instauration du transfert et du contre-transfert, ce qui explique son influence sur la qualité des rencontres ultérieures. La présence simultanée de l'enfant et de ses parents offrira l'occasion de les observer en interaction. Chacun développera consciemment ou inconsciemment, et malgré ses mécanismes de défense, ses préoccupations principales et ses allégations.

- L'entretien semi-directif sera mené ultérieurement avec les parents, puis avec l'enfant. La volonté de s'adresser à l'enfant dans une relation de face à face provient de deux raisons : l'observer dans une relation sociale et lui donner la possibilité de s'exprimer en dehors de l'influence parentale et dans le respect de son intimité. De même, les parents profiteront de l'absence de leur enfant pour expliciter leurs angoisses conscientes et raconter des événements de vie qui leur appartiennent et qu'ils jugent eux-mêmes irrecevables pour leur enfant. Ces entretiens ont pour but de recueillir les données qui nous intéressent pour la validation des hypothèses théoriques. L'utilisation d'un canevas d'entretien (à consulter dans les annexes) suivi avec souplesse s'avèrera nécessaire : les interrogations doivent être posées aux moments opportuns dans le *hic et nunc*, c'est-à-dire en respectant au maximum le cours naturel de la conversation et en permettant au sujet d'approfondir les thèmes qu'il juge fondamentaux.

4.3.2. L'Echelle des Peurs pour Enfants (E. P. E.) de S. Rusinek (1998)

Afin de procéder à une évaluation quantitative de l'anxiété des enfants, des outils tels que les échelles peuvent être utilisés. Mais, et nous l'avons précisé par ailleurs, ils doivent remplir les conditions d'acceptabilité et de faisabilité.

Nous avons donc opté pour l'utilisation de l'Echelle des Peurs pour Enfants (E. P. E.) de S. Rusinek (1998) (à consulter dans les annexes). Cette échelle est issue d'un instrument souvent utilisé en psychiatrie, appelée la F. S. S. C. - R (Fear Survey Schedule for Children Revised) de Ollendick (1983), qui fut traduite en français par Bourgault et coll. (1991) et enfin adaptée par S. Rusinek (1998) sous le nom actuel d'E. P. E.. Cet instrument validé possède des caractéristiques psychométriques propres à discriminer finement les enfants anxieux des enfants non anxieux. En effet, il mesure un champ de peurs généralisé, ce qui le rend opérationnel pour une mesure fine de l'anxiété. Les items proposés semblent adaptés et compréhensibles pour des enfants âgés de 6 à 11 ans.

4.3.3. Les tests projectifs

A la suite des entretiens, il sera proposé aux sujets la passation de tests projectifs. Par l'intermédiaire du mécanisme projectif auquel le sujet est soumis, nous allons entrevoir les facettes dissimulées de sa personnalité. Grâce à la méthodologie projective, « *ce qui est caché est ainsi mis en lumière ; le latent devient manifeste ; l'intérieur est amené à la surface ; ce qu'il y a de stable et aussi de noué en nous se trouve dévoilé* »¹. L'analyse des protocoles s'effectuera d'une manière classique mais nous insisterons davantage sur les dimensions qui nous concernent et que nous avons décrites précédemment.

Dans le cadre de cette étude, les parents ne seront concernés que par la passation du test de Rorschach tandis que les enfants se verront administrer ce même test ainsi que le test des contes de J. Royer (1978).

¹ ANZIEU D. – CHABERT C. (1961). *Les méthodes projectives*. Paris. PUF. 1997. p. 18.

A – Le test de Rorschach

Cette épreuve projective représente une source essentielle de données pour cette recherche car elle va nous permettre de valider ou d'infirmer plusieurs hypothèses théoriques concernant les sujets.

L'analyse classique et globale des protocoles devrait nous permettre d'apprécier des facettes du fonctionnement psychique des parents : les mécanismes de défense privilégiés ou encore la capacité de symbolisation. Ce même test procure également divers indicateurs susceptibles de révéler les angoisses dominantes de l'ensemble des sujets (D. Anzieu - C. Chabert, 1961).

Le repérage de la nature des angoisses constitue une analyse difficile mais essentielle pour cette recherche qui tente d'établir des liens entre les angoisses des parents et celles de leur enfant. Concernant les enfants, l'identification de leur structure de personnalité paraît difficile à établir car cette dernière est en devenir. S'il demeure possible de la supposer dans notre analyse, nous nous attacherons principalement à repérer l'angoisse dominante et l'anxiété latente.

B – Le test des contes

L'utilisation du test des contes de J. Royer (1978), administré spécifiquement aux enfants et particulièrement adapté à ceux situés dans la période de latence, devrait trouver un **double intérêt**.

D'une part, certaines des réponses formulées par les enfants serviront d'**indicateurs de l'anxiété générale et latente**. La passation des histoires suivantes semble nécessaire à l'atteinte de cet objectif : « *le poussin* », « *les renards* », « *le petit chien Tom* », « *l'oisillon* », « *le poulain* ». Une analyse plus fine des réponses nous révélera la nature des angoisses ingérables pour l'enfant car chacun des contes en réactive une principalement, et de manière spécifique.

Deuxièmement, et C. de Tychev (1993) l'avait déjà souligné, **le test des contes représente « la seule épreuve projective disponible actuellement à même de couvrir l'ensemble des stades de construction de la personnalité (...) »**¹. L'étude de cet auteur, par sa prise en considération de l'âge réel de l'enfant dans l'analyse des productions, a d'ailleurs

¹ de TYCHEV Claude, *La personnalité de l'enfant normal et dysharmonique*, Issy-les-Moulineaux : Etablissements d'Applications Psychotechniques, 1993, p. 14.

contribué à la validation de ce test. Le repérage des fixations et régressions aux différents stades du développement libidinal nous informera sur le caractère symboligène ou non des castrations que l'enfant a reçues. Par conséquent, nous apprécierons par exemple l'existence d'une liquidation adéquate du conflit œdipien en nous référant aux contes explorant le stade phallique-œdipien. Ces derniers sont « *les cerfs* », « *le sexe préféré* », « *les métamorphoses* » et « *les lions* ». L'accession au stade génital demande aussi une élaboration réussie des angoisses archaïques telles que l'angoisse de séparation et de mort.

Afin de limiter la durée de passation et dans l'objectif de réduire le nombre des données en ne retenant que les plus pertinentes pour cette étude, nous ne conserverons que les contes nommés précédemment soit **neuf au total**.

Chapitre 5.

Opérationnalisation des hypothèses.

Nos développements théoriques ont permis de formuler **huit hypothèses théoriques** qui peuvent être mises à l'épreuve grâce à la prise en compte de divers indicateurs.

5.1. Opérationnalisation de l'hypothèse théorique H1.

H1. Comparativement à celui des enfants non anxieux, l'espace imaginaire des enfants anxieux en période de latence serait soit plus carencé, soit plus luxuriant en raison d'angoisses non élaborées entravant le travail psychique de mentalisation.

§

Les cinq indicateurs suivants, issus du **test de Rorschach**, permettent d'apprécier la richesse ou la pauvreté de l'**espace imaginaire** des enfants.

→ **Le nombre de réponses (R).**

On dira d'un enfant que son espace imaginaire est riche si ce nombre (R) est supérieur à 20 et pauvre s'il est inférieur à 15. Ces scores sont inférieurs à ceux proposés pour les adultes (Anzieu et Chabert, 1961) car ils sont issus des analyses de protocoles d'enfants normaux réalisés par N. Rausch de Traubenberg, M.-F. Boizou (1977) et J. Blomart (1998). Ce score doit bien sûr être considéré au regard du nombre de banalités (Ban)¹ et de réponses identiques, ces types de réponses ne caractérisant pas un espace imaginaire riche.

→ **La fréquence du nombre de réponses ayant un déterminant formel (F %) et la qualité de ce dernier (F+ %).**

Le F % moyen des adultes se situe aux alentours de 60 % (Chabert, 1983) mais chez les enfants, il se situe davantage vers 70 % car ils expriment moins aisément leur implication personnelle et demeure volontiers dans un mode de fonctionnement courant, habituel et normatif (Blomart, 1998). Mais lorsque le F % est trop élevé, on assiste à un étouffement de la vie imaginaire. Je propose donc de considérer qu'un espace imaginaire riche chez l'enfant va se traduire par un F % inférieur à 70 %.

¹ Le nombre de banalités oscille entre 4 et 6 par protocole et augmente avec l'âge (Rausch de Traubenberg et Boizou, 1977).

Les réponses formelles de bonne qualité (F +) évaluent l'adaptation perceptive et socialisante du sujet. Les enfants possèdent un sens de la réalité moins accru que les adultes car ils demeurent encore en proie au principe de plaisir. Nous proposons, tout comme le font N. Rausch de Traubenberg et M.-F. Boizou (1977), de diviser en deux groupes les enfants en ce qui concerne cet indicateur. Entre 6 et 8 ans le F +% doit se situer entre 50 et 70 % tandis qu'entre 8 et 11 ans, il peut se situer entre 60 et 70 %, comme chez l'adulte. Un F +% supérieur à 50 % entre 6 et 8 ans et supérieur à 60 % entre 8 et 11 ans représenteront donc le signe d'un espace imaginaire où les dérapages seront absents ou peu nombreux. Toutefois, et pour ces deux groupes d'âge, un F +% supérieur à 95 % sera le signe d'un souci trop important d'adéquation à la réalité ne laissant pas suffisamment de place à la spontanéité.

→ **Le nombre de kinesthésies humaines (K).**

Chez l'adulte, les kinesthésies « *affirment surtout les potentialités créatrices d'un sujet dans son aptitude à jouer de son intelligence en termes hypothétiques, sans se contenter ou être asservi au constat perceptif* »¹. Elles représentent donc le signe du recours à l'imaginaire car elles enrichissent les perceptions. Chez les enfants, les kinesthésies renvoient à la prise de conscience de l'image du corps et également à l'activité imaginative et fantasmatique. Mais elles renvoient également à la position de l'enfant face aux images parentales. Cette position n'est verbalisable qu'au cours de la période de résolution du conflit œdipien car le Moi va s'organiser de façon plus certaine : ainsi apparaissent les K complètes à partir de 6 ans environ (Rausch de Traubenberg et Boizou, 1977). En tant qu'indice de l'activité imaginative, nous proposons de considérer l'espace imaginaire de l'enfant comme riche lorsqu'il peut élaborer au moins deux kinesthésies humaines (K, KC, KC' ou KClob).

→ **Le nombre de kinesthésies animales (kan).**

Concernant les kinesthésies mineures présentes dans les protocoles d'adultes, C. Chabert (1983) souligne qu'elles « *représentent les tendances cachées du sujet : si elles appartiennent au monde des ombres que recèle le latent, l'implicite et donc la référence inconsciente, leur étude affinée ne s'en impose que davantage* »². On peut formuler une remarque similaire concernant les enfants d'autant que ceux-ci projettent plus massivement leurs pulsions internes à travers des représentations animales (kan) qu'à travers des représentations humaines (K). Rausch de Traubenberg et Boizou (1977) expliquent cette tendance du fait que l'enfant vit comme angoissant la projection des conflits à l'endroit d'images humaines rappelant trop directement les images parentales. Cette capacité de liaison entre représentations et affects est dépendante de l'étendue de l'espace imaginaire de l'enfant qu'elle révèle ainsi indirectement. Les kinesthésies d'objet (kob) et les kinesthésies partielles humaines (kp) ne représentent pas des indicateurs à retenir pour la vérification de cette hypothèse. Les premières, d'apparition tardives, renvoient à une expression pulsionnelle intense souvent accompagnée d'un sentiment d'être en danger. Les secondes, habituellement très rares chez les enfants, dévoilent une vigilance perceptive qui caractérise notamment les enfants psychotiques. Ainsi, et d'après les

¹ CHABERT C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte. Interprétation psychanalytique*. Paris. Dunod. p. 135.

² *ibid.* p. 153.

protocoles issus de l'étude de Rausch de Traubenberg et Boizou (1977), nous pouvons considérer l'espace imaginaire comme riche si l'enfant peut élaborer au moins trois kinesthésies animales.

→ **La fréquence du nombre de réponses animales (A %).**

L'apparition de ce type de réponse représente un signe d'intégration adaptative et socialisante (Chabert, 1983). Mais trop élevé, le A % peut être interprété comme un signe d'immatunité, une défense rigide face à l'investigation ou un espace imaginaire pauvre. Chez l'adulte, le A % se situe habituellement entre 30 et 45 % (Chabert, 1983). L'enfant, quant à lui, projette plus facilement une présence animale car « *l'identification à l'animal est facilitée par le fait que le monde animal n'a pas d'exigence face à l'enfant et qu'il fait partie du monde d'échange, d'égal à égal, sur le même pied, où il n'y a pas de loi instaurée dans la mesure où ils sont tous les deux menés et dominés par l'adulte* »¹. La projection des conflits entre figures animales suscite également moins d'angoisse. Il y a par conséquent beaucoup d'images animales perçues en mouvement (kan). Au regard des études de N. Rausch de Traubenberg et M.-F. Boizou (1977) et de J. Blomart (1998), nous proposons de considérer comme normatif, pour les enfants, un score A % inférieur à 70 %. Leur espace imaginaire sera dit riche si ce pourcentage s'avère inférieur à 70 %.

→ **L'appréciation du type de résonance intime (TRI).**

Celui-ci est fourni par une formule qui compare la somme des réponses kinesthésiques humaines (K) à la somme pondérée des réponses couleur (C, C', CF, C'F, FC, FC'). Le TRI dévoile la proportion d'attitudes introversives et extratensives du sujet, « *l'attitude fondamentale de la personnalité envers elle-même et envers le monde extérieur ou "vis-à-vis du Moi, du monde et de l'entourage"* »². En effet, le sujet sensible à son ressenti personnel fournit davantage de K, tandis que celui plus attentif au monde externe donne davantage de réponses couleur. Concernant les enfants, et en prenant en compte la non significativité du nombre de leur réponses couleur (Rausch de Traubenberg et Boizou, 1977), nous proposons de considérer qu'un TRI coarté ($\Sigma K/\Sigma C : 0/0$) ou coartatif ($\Sigma K/\Sigma C : 1/1, 1/0.5, 0/1$ ou $0/0.5$) est signe d'un espace imaginaire pauvre. La coartation du TRI renvoie à un blocage, à une pauvreté ou une inaptitude à manipuler les symboles, ce qui se constate chez les sujets sensibles aux changements et anxieux face à ces derniers (Rausch de Traubenberg, 1970).

¹ RAUSCH de TRAUBENBERG N. et BOIZOU M.-F. (1977). *Le Rorschach en clinique infantile*. Paris. Dunod. p. 33

² RAUSCH de TRAUBENBERG N. (1970). *La pratique du Rorschach*. Paris. PUF. 1997. p. 152.

5.2. Opérationnalisation de l'hypothèse théorique H2.

H2. D'un point de vue comportemental, les enfants anxieux en période de latence souffrant de troubles du sommeil présenteraient une *inhibition excessive* ou une *excitation* comparativement plus intense que celle des enfants anxieux ne présentant pas ce symptôme.

§

Lors des entretiens libre et semi-directif et durant la passation des tests projectifs, **l'observation du comportement** de l'enfant permettra de recueillir des informations concernant son degré d'inhibition ou d'excitation.

L'analyse clinique du **discours de l'enfant au cours de l'entretien** nous informe également du caractère inhibé ou excité de ce dernier. Les réponses brèves ou l'évitement marquent l'inhibition tandis qu'une loggorrhée verbale signe l'excitation. Les indicateurs suivants peuvent être facilement quantifiés.

Concernant **l'excitation**, nous comptabiliserons :

- le nombre de fois où l'enfant se lève de son siège,
- le nombre de fois où il est nécessaire de reformuler la question en raison du manque d'attention de l'enfant,
- le nombre de fois où l'enfant tourne les planches du test de Rorschach,
- le nombre de fois où il est nécessaire de reformuler à l'enfant une règle sociale,
- le nombre de fois où l'enfant est saisi d'une activité motrice incontrôlée.

Concernant **l'inhibition**, nous comptabiliserons :

- le nombre de fois où l'enfant ne répond pas à la question,
- le nombre de fois où l'enfant répond aux tests projectifs après un temps de latence initial important (supérieur à 10 secondes) (Chabert, 1983),
- le nombre de fois où, aux tests projectifs, nous pouvons relever un long silence intra-planches (supérieur à 10 secondes) (Chabert, 1983).

5.3. Opérationnalisation de l'hypothèse théorique H3.

H3. Les enfants anxieux en période de latence souffrant de troubles du sommeil, contrairement à ceux n'en présentant pas, ne posséderaient pas la capacité d'effectuer une régression à la *position passive*.

§

L'opérationnalisation de cette hypothèse repose en partie sur les conclusions de la recherche exploratoire menée par M. Dollander et A. Lenoir (2003). L'analyse fine de la planche VI du test de Rorschach permet selon ces auteurs de mesurer, chez l'adulte, la capacité à régresser à la position passive.

Les critères d'une incapacité à effectuer cette régression sont les suivants.

- A travers les entretiens :

→ **le comportement habituel agité relaté à travers les entretiens,**
→ **et l'incapacité de l'enfant à être seul révélée dans l'entretien auprès des parents.**

- Dans la planche VI du test de Rorschach :

→ **le refus de se projeter,**
→ **les actings corporels et comportementaux liés à la réponse,**
→ **l'absence d'évocation de l'engramme banal (peau),**
→ **la détérioration de la qualité formelle des réponses,**
→ **la réduction du nombre des réponses.**

- Sur l'ensemble du protocole du test de Rorschach :

→ **les manifestations anxieuses (rires, sourires, grimaces, pâleur, mise à distance...).**

La capacité à régresser à la position passive se révélerait donc, pour la planche VI, à travers la possibilité de formuler l'engramme banal, et ceci sans manifestation d'angoisse et par une réponse globale G, et sans projections crues agressives et/ou sexuelles.

Nous pouvons faire l'hypothèse, au titre d'une démarche exploratoire, que les indicateurs présentés peuvent s'avérer pertinents pour l'étude de la capacité à régresser chez l'enfant en période de latence.

5.4. Opérationnalisation de l'hypothèse théorique H4.

H4. Les enfants anxieux en période de latence souffrant de troubles du sommeil ne seraient pas parvenus à une *élaboration satisfaisante de l'une ou plusieurs des angoisses* suivantes : l'angoisse de mort, l'angoisse de séparation et l'angoisse de castration.

§

L'**E. P. E.** (1998) permet d'obtenir des résultats quantitatifs concernant le niveau d'anxiété de l'enfant. Ce questionnaire recueille les angoisses dont l'enfant à conscience et qu'il se reconnaît avoir, ce qui nous renseigne sur sa volonté de laisser transparaître ou non ses peurs. Concernant l'analyse des résultats, nous évaluerons et comparerons les **écart-types et moyennes obtenus pour chacun des groupes** afin d'avoir un regard relativement objectif sur les différences à observer.

§

L'analyse des protocoles du **test de Rorschach** des enfants permet d'approcher **l'angoisse dominante latente, inconsciente.**

Mais cette analyse soulève une réflexion préalable car, comme le souligne, C. Chabert (1983) :
« *Isoler les manifestations de l'angoisse en tentant de les cerner sous forme de facteurs ou de combinaisons de facteurs, relève d'une démarche discutable : celle-ci ne respecte pas, en effet, l'appartenance de l'angoisse au fonctionnement psychique de l'individu et œuvre dans le sens d'un clivage qui découperait en secteurs étanches ce qui constitue l'ensemble de l'appareil psychique.* »¹

Dès lors, il ne s'agirait plus d'établir une liste exhaustive de critères permettant le repérage des angoisses de mort, de séparation ou de castration, mais bien plutôt de se poser certaines interrogations (Chabert, 1983). L'angoisse est-elle canalisée ou envahissante ? Les mécanismes de défenses sont-ils efficaces ou voués à l'échec ? A quel registre conflictuel est associé l'angoisse ? Cette dernière question renvoie plus directement à notre hypothèse qui vise à identifier la nature de l'angoisse.

¹ CHABERT C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte. Interprétation psychanalytique*. Paris. Dunod. p. 237.

Seules l'analyse et l'interprétation du protocole dans son ensemble permettent d'identifier la nature de l'angoisse dominante. Toutefois, et pour des raisons évidentes de concision, nous ne pourrons réaliser cette démarche que dans les deux vignettes illustratives se rapportant aux cas cliniques.

Nous décidons ainsi de retenir **plusieurs indicateurs susceptibles de rendre compte du niveau d'angoisse** chez l'enfant, même s'il ne permettent pas d'en éclaircir d'emblée la nature sur la base d'un seul regard quantitatif :

→ **les refus et les réponses Choc aux planches rouge et noire et face au blanc et au noir,**

→ **la diminution du nombre de banalités (Ban),**

Selon J. Blomart (1998), un nombre de réponses Ban inférieur ou égal à deux représente un signe d'angoisse.

→ **la présence persistente de contenus angoissants (réponses côtés Clob ou non).**

§

L'analyse des protocoles du **test des contes** contribue également à identifier **l'angoisse dominante et latente**. Nous proposons l'indicateur suivant :

→ **Le nombre de dénouements pessimistes parmi les contes du « poussin », des « renards », du « petit chien Tom », de « l'oisillon », du « poulain » et des « lions ».**

Les dénouements à ces histoires imaginées par les enfants renvoient à leur capacité à élaborer leurs angoisses de mort, de séparation et de castration. J. Royer (1978) suggère d'ailleurs d'évaluer l'anxiété de l'enfant à partir des thèmes évoqués dans les fins des contes. L'utilité de cet indicateur que représente la qualité des dénouements réside surtout dans la possibilité d'appréhender l'angoisse ou les angoisses les moins élaborées. Dans un même temps, la nature des angoisses réactivées est notée, ce qui assure l'analyse qualitative des résultats. Nous pourrons comparer ces résultats avec ceux des enfants anxieux ne présentant pas de troubles du sommeil, ce qui permettra peut-être de dégager une spécificité de l'anxiété sous-jacente aux troubles.

L'analyse du contenu du dénouement angoissant permet également de déterminer la nature de l'angoisse sous-jacente. Ainsi, une fin mettant en scène la mort, la destruction ou la maladie renvoie probablement à l'évocation d'une angoisse de mort. La séparation peut également être évoquée par l'enfant tout comme la castration à travers des thèmes d'échec ou d'impuissance.

5.5. Opérationnalisation de l'hypothèse théorique H5 (a, b, c et d).

H5-a. Les enfants anxieux en période de latence souffrant de troubles du sommeil posséderaient une mère anxieuse en difficulté dans sa fonction de pare-excitation.

H5-b. Les enfants anxieux en période de latence souffrant de troubles du sommeil posséderaient un père anxieux en difficulté dans sa fonction de pare-excitation.

H5-c. Les mères des enfants anxieux en période de latence souffrant de troubles du sommeil seraient en difficulté dans leur fonction de pare-excitation vis-à-vis des pères.

H5-d. Les pères des enfants anxieux en période de latence souffrant de troubles du sommeil seraient en difficulté dans leur fonction de pare-excitation vis-à-vis des mères.

§

Concernant les hypothèses théoriques **H5-a et H5-b**, l'analyse des données issues de **l'entretien avec l'enfant** révèle sa perception des relations qu'il entretient avec ses parents. Plus particulièrement, nous relèverons les caractéristiques que l'enfant attribue à des images parentales vécues consciemment comme plus ou moins rassurantes.

Les interrogations suivantes abordent directement cette problématique :

- Lorsque tu as peur de quelque chose, vers qui vas-tu le plus souvent pour te rassurer, ton père, ta mère ou quelqu'un d'autre ?
- Avec qui parles-tu de tes craintes, de tes problèmes ?
- Trouves-tu que ton père soit calme et rassurant ? Trouves-tu que ta mère soit calme et rassurante ?

Les hypothèses théoriques **H5-c et H5-d** seront quant à elles abordées à travers **les entretiens menés auprès des parents**. Ces derniers y évoquent la qualité de leur relation vis-à-vis de leur conjoint en terme d'entente éducative, de source de réassurance ou d'anxiété (cf annexe).

Les interrogations suivantes permettent plus particulièrement d'approcher ce sujet :

- Concernant l'éducation de votre enfant, êtes-vous plutôt en accord avec votre conjoint(e) ?

- Votre conjoint(e) est-il plutôt et selon vous quelqu'un de calme ou anxieux ?
- Lorsque vous êtes énervé(e) ou anxieux(se), votre conjoint(e) vous rassure-t-il (elle) ?
- Lorsque votre enfant vous crée un souci et lorsque vous ne savez plus comment faire, votre conjoint(e) vous réassure-t-il(elle) et vous conseille-t-il(elle) sur la démarche à suivre et le comportement à adopter ?

§

Concernant l'hypothèse théorique **H5-a**, qui renvoie à l'étude de la fonction de pare-excitation maternelle vis-à-vis de l'enfant, des données issues du **test des contes** approchent l'appréciation inconsciente que possède l'enfant de cette fonction maternelle.

→ Le conte du « poussin » : Q1, Q2 et Q3.

Le ressenti du poussin dans l'œuf, exploré dans Q1 (Question n°1), est destiné à connaître les traces mnésiques qu'a laissées la vie fœtale, et surtout au niveau d'un ressenti positif ou négatif. Les réponses permettront de savoir si l'enfant a bénéficié de **conditions prénatales favorables**, ce qui n'est possible que si la mère et l'environnement ont été pare-excitants durant la grossesse. J'ai discuté dans la partie théorique de l'influence précoce de l'anxiété maternelle sur le vécu du fœtus. Q2 aborde directement les **conditions de la naissance** et Q3 rend compte de la **capacité de l'enfant à s'autonomiser précocement**, ce qui est dépendant de la fonction maternelle de pare-excitation.

→ Le conte du « poulain » : Q2.

L'attitude de la jument vis-à-vis de son poulain « *permet d'obtenir des informations sur la nature de la position investie par l'entourage familial, en particulier sur sa **capacité ou non à exercer une fonction de pare-excitation et d'encouragement de l'autonomie de l'enfant*** »¹. Cet indicateur est uniquement retenu pour explorer la perception que possède l'enfant de la qualité de la fonction maternelle. Les réponses se montrent moins significatives en ce qui concerne les pères (de Tychey, 1993).

D'autres contes permettent d'appréhender dans un même temps les hypothèses théoriques **H5-a et H5-b**. Ces indicateurs approchent simultanément les qualités de la fonction maternelle et la fonction paternelle.

→ Le conte des « renards » : Q1 et Q2.

L'attitude des parents doit être étudiée vis-à-vis de l'occupation du terrier (Q1) et vis-à-vis de l'alimentation (Q2). Il s'agit de savoir si les parents ont su combler les besoins fondamentaux de

¹ TYCHEY (de) C. (1993). *La personnalité de l'enfant normal et dysharmonique*. Issy-les-Moulineaux. Etablissements d'Applications Psychotechniques. p. 94.

sécurité et d'alimentation, ce qui relève bien d'une fonction de pare-excitation dévolue aux deux parents.

5.6. Opérationnalisation de l'hypothèse théorique H6.

H6. Les enfants en période de latence souffrant de troubles du sommeil opèrent une identification à l'endroit d'images parentales anxiogènes.

§

Le **test de Rorschach** permet d'apprécier la qualité de l'image du corps tel que celui-ci est vécu d'un point de vue affectif. Il rend compte d'une **représentation de soi** face au monde et face à autrui c'est-à-dire chez l'enfant, **face aux images parentales en tant qu'objets identificatoires** (Rausch de Traubenberg et Boizou, 1977).

« Pour l'enfant, la manière d'être au monde face à autrui étant très dépendante des relations établies avec les images parentales, le discours qu'il tente d'élaborer sur lui-même implique nécessairement une référence à ces images telles qu'il les fantasme. »¹

Le test de Rorschach appréhende donc le caractère anxiogène ou non des images parentales auxquelles l'enfant s'identifie, et plus particulièrement à travers certaines planches (Rausch de Traubenberg et Boizou, 1977).

→ La qualité des images parentales aux planches IV, VI et VII.

La planche IV « renvoie à l'image paternelle de par la prégnance de la forme phallique associée à la première image virile »². La planche VI approche la manière dont l'enfant se voit garçon ou fille en référence à une image masculine et phallique. L'image maternelle est sous-jacente à l'image féminine qu'évoque la planche VII. Nous précisons à ce stade que nous avons fait le choix de ne pas retenir la planche IX dans l'opérationnalisation de cette hypothèse. En effet, si chez certains enfants elle peut susciter l'expression symbolique d'une image maternelle archaïque et prégénitale, elle renvoie pour d'autres à une représentation sexuelle primitive (Rausch de Traubenberg et Boizou, 1977). Elle nous apparaît ainsi comme plus équivoque dans les interprétations que nous pourrions formuler à l'égard des projections formulées par les enfants.

A titre d'**exemples**, les réponses suivantes peuvent être considérées comme évoquant une image parentale anxiogène : un « monstre » à la planche IV qui renvoie à une image paternelle peu

¹ RAUSCH DE TRAUBENBERG N. et BOIZOU M.-F. (1977). *Le Rorschach en clinique infantile*. Paris. Dunod. p. 100.

² CHABERT C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte. Interprétation psychanalytique*. Paris. Dunod. p. 53.

rassurante, une « grenouille » qui évoque une absence d'élaboration de la puissance phallique à la planche VI, une « crevasse » à la planche VII qui symbolise la dangerosité de l'image maternelle.

La qualité de la symbolisation (« bonne » pour B et C ou « mauvaise » pour B-, C-, D et E) reposera notamment sur la **codification (en B, C, D ou E) des réponses fournies à ces planches et ceci en utilisant la liste proposée par Cassiers (1969)** et complétée par de Tychev, Cahen, Sagnes (1990) et Diwo (1997).

§

Dans le **test des contes**, une histoire permet d'explorer la sphère identificatoire de l'enfant vis-à-vis des images parentales.

→ Le conte des « métamorphoses » : Q1 et Q2.

Le **choix des transformations permet d'apprécier la qualité des images parentales intériorisées par l'enfant**. A la période de latence, le choix d'un animal déprécié pour la mère est plus particulièrement significatif de l'intériorisation d'une image maternelle dévalorisée et négativement investie (Q2).

5.7. Opérationnalisation des hypothèses théoriques H7 et H8.

H7. *Les mères des enfants anxieux en période de latence souffrant de troubles du sommeil n'ont pas élaboré l'une ou plusieurs des angoisses suivantes : l'angoisse de mort, l'angoisse de séparation et/ou l'angoisse de castration.*

H8. *Les pères des enfants anxieux en période de latence souffrant de troubles du sommeil n'ont pas élaboré l'une ou plusieurs des angoisses suivantes : l'angoisse de mort, l'angoisse de séparation et/ou l'angoisse de castration.*

§

Les hypothèses théoriques H7 et H8 peuvent s'opérationnaliser à travers les **entretiens menés auprès des parents**, leurs angoisses conscientes et verbalisables pouvant y être recueillies autour des événements relatés.

Nous analyserons préférentiellement les réponses formulées aux questions portant sur la **grossesse, la naissance, l'allaitement, les troubles du sommeil de l'enfant et du parent et enfin sur l'anxiété qui affecte aussi bien l'enfant que son parent.**

§

Comme souligné lors de l'opérationnalisation de l'hypothèse théorique H4, le repérage de la nature des angoisses dans le **test de Rorschach** passe par une analyse globale des protocoles mais nous n'effectuerons cette dernière que pour les parents dont nous ferons l'étude de cas clinique détaillée. Ci-après figurent les **indicateurs que nous avons retenus pour l'étude de l'ensemble des protocoles** obtenus auprès des parents.

C. de Tychev (1986) a recensé différents signes permettant le repérage de l'angoisse de castration au sein d'une organisation névrotique. Nous n'avons retenus que ceux qui nous paraissent les plus pertinents pour notre étude.

→ **La présence de réponses Defect.**

La réponse Defect désigne présentement un être humain, un animal ou un objet à qui il manque quelque chose (la réponse ne doit pas être associée à un fantasme de mort ou de morcellement, ce qui la basculerait dans un registre prégénital) (Rausch de Traubenberg et Boizou, 1977).

→ **La présence de réponses déterminées par un Clob d'angoisse.**

Nous prendrons en compte des réponses comme, par exemple, « neige sale », « une tête de mort » ou encore une attitude de fuite de la part du sujet (Anzieu - Chabert, 1961).

→ **La présence d'une angoisse massive, dont nous devons déterminer la nature, aux planches réactivant la menace de castration (IV et VI).**

Nous devrions observer la présence d'une telle angoisse dans les protocoles labiles, dits hystériques (Chabert, 1983).

→ **La présence d'une angoisse massive, dont nous devons déterminer la nature, à la planche II qui réactive habituellement les pulsions agressives.**

Les pulsions agressives apparaîtront alors non symbolisées et principalement dans les protocoles rigides, dits obsessionnels (Chabert, 1983).

Nous précisons que l'analyse approfondie de la nature des angoisses réactivées aux planches II, IV et VI se justifie par la volonté de limiter un travail qui serait trop conséquent à effectuer sur l'ensemble du protocole. Mais également, **le choix de ces planches est motivé par le fait qu'elles génèrent souvent une charge d'angoisse importante**, les planches IV et

VI en raison de leur dynamique phallique et la planche II en raison de la mise en relation qu'elle suggère.

L'angoisse de séparation, dite aussi de perte d'objet, domine chez les « états-limites ». Elle est repérable dans le protocole et comme le rappelle C. de Tychey (1986), à travers les signes suivants.

→ **La présence de relations d'objets placés sous le primat de la proximité et de la jonction.**

→ **L'orientation d'une ou plusieurs réponses vers des thèmes d'oralité, passive ou agressive.**

L'angoisse de morcellement domine dans les trois grandes structures psychotiques : la schizophrénie, la paranoïa et la mélancolie. Parmi les critères de repérage de telles structures qu'énonce C. de Tychey (1986) nous retiendrons les suivants :

→ **L'orientation des réponses vers des thèmes de destruction.**

→ **L'apparition d'une angoisse massive de morcellement à la planche X.**

Cette angoisse massive peut apparaître dans le protocole sous la forme d'un **Choc au morcellement** (Choc M) ou d'un **refus** à cette même planche.

Certains indicateurs, pas toujours caractéristiques d'une organisation de la personnalité, permettent de repérer une infiltration de l'angoisse dans le protocole du sujet.

→ **La présence d'un ou plusieurs Choc à la couleur rouge, au noir et au blanc.**

Le repérage des Chocs à la couleur rouge et à la couleur noire permet d'apprécier le niveau d'angoisse du sujet. Les premiers renvoient à une mauvaise élaboration des pulsions agressives et à la culpabilité tandis que les seconds marquent le désarroi face aux dangers internes et externes (Anzieu et Chabert, 1961). Le Choc au blanc, dit aussi Choc au vide renvoie quant à lui à l'angoisse de séparation et d'abandon.

→ **La présence d'un ou plusieurs Refus.**

Le refus à une planche signe l'incapacité totale à élaborer les pulsions qu'elle réactive habituellement. Il peut être considéré comme révélateur d'une angoisse massive qui ne peut être reliée à une représentation.

Troisième partie.

**MISE A L'ÉPREUVE DES HYPOTHÈSES ET
ANALYSES CLINIQUES**

Chapitre 6.

Analyse des hypothèses et discussions.

Nous procédons à présent à l'analyse des données recueillies grâce aux indicateurs d'opérationnalisation retenus dans le chapitre antérieur.

Pour des raisons de lisibilité, nous avons choisi de présenter les tableaux de résultats obtenus pour chacune des hypothèses au fur et à mesure de l'analyse de ces dernières.

Le traitement statistique des données a été réalisé à partir de tests de conformité utilisant le calcul du χ^2 (auquel est appliqué une correction de Yates), de tests d'homogénéité des moyennes (test de Student) et de calculs de fréquences. **Il nous faut pondérer la pertinence des résultats obtenus par l'intermédiaire du calcul statistique** notamment lorsque ces derniers mettent en lumière une différence significative. En effet, les échantillons comparés sont constitués d'un trop faible nombre d'enfants pour pouvoir se permettre d'annoncer avec assurance la significativité ou la non-significativité d'une différence et de généraliser à partir de cette dernière.

6.1. Analyse des données pour chaque hypothèse.

6.1.1. Analyse de l'hypothèse théorique H 1.

H1. Comparativement à celui des enfants non anxieux, l'espace imaginaire des enfants anxieux en période de latence serait soit plus carencé, soit plus luxuriant en raison d'angoisses non élaborées entravant le travail psychique de mentalisation.

Les données issues du tableau 1 (page suivante) regroupant les scores obtenus pour chacun des indicateurs retenus dans la méthodologie tendent à **infirmer l'hypothèse théorique 1** telle qu'énoncée. En revanche, nous allons observer un résultat surprenant car non prévu dans nos conjectures théoriques initiales. En effet, on ne constate des différences significatives qu'entre les enfants du groupe ANX (groupe des enfants ANXieux) et ceux des

Tableau 1.
Récapitulatif des données concernant
la qualité de l'espace imaginaire des enfants
(hypothèse théorique H1).

	Groupe troubles du sommeil N = 10 (TDS)	Groupe anxieux N = 10 (ANX)	Groupe témoins N = 10 (TEM)	Test du χ^2_1 TDS - ANX	Test du χ^2_1 TDS - TEM	Test du χ^2_1 ANX - TEM	Test du χ^2_1 TDS - ANX - TEM
<i>Nombre d'enfants obtenant un R > 20</i>	5	0	5	.02 < $\alpha < .05$	N.S.	.02 < $\alpha < .05$.05 < $\alpha < .10$
<i>Nombre d'enfants obtenant un F % ≤ 70 %</i>	7	6	6	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
<i>Nombre d'enfants obtenant un F+ % ≥ 50 % (6-8 ans) ou F+ % ≥ 60 % (8-11 ans)</i>	9	6	8	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
<i>Nombre d'enfants obtenant K ≥ 2</i>	4	0	5	.02 < $\alpha < .05$	N.S.	.02 < $\alpha < .05$.05 < $\alpha < .10$
<i>Nombre d'enfants obtenant kan ≥ 3</i>	7	0	5	.001 < $\alpha < .01$	N.S.	.02 < $\alpha < .05$.02 < $\alpha < .05$
<i>Nombre d'enfants obtenant un A % ≤ 70 %</i>	8	8	9	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
<i>Nombre d'enfants obtenant un type de résonance intime (TRI) dilaté (ni coarté, ni coartatif)</i>	6	5	8	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.

deux autres groupes, les résultats observés entre les résultats des enfants du groupe **TDS** (groupe des enfants présentant des **Troubles Du Sommeil**) et ceux du groupe **TEM** (groupe des enfants **TEM**oins) se montrant toujours non-significatifs (N.S.). Les différences significatives, que nous allons détaillées ci-après, ne sont de plus observées que pour certains indicateurs.

Les **indicateurs qui ne discriminent pas statistiquement les groupes** sont :

- nombre d'enfants obtenant un $F\% \leq 70 \%$,
- nombre d'enfants obtenant un $F+ \% \geq 50 \%$ (pour les 6-8 ans) ou un $F+ \geq 60 \%$ (pour les 8-11 ans),
- nombre d'enfants obtenant un $A \% \leq 70 \%$,
- nombre d'enfants obtenant un type de résonance intime (TRI) dilaté (ni coarté, ni coartatif).

On peut en déduire que, chez les enfants impliqués dans cette recherche, la fréquence du nombre de réponses ayant un déterminant formel (F %) et la qualité de ce dernier (F+ %) renseignent davantage sur leur **capacité à appréhender la réalité perceptive**. Cette capacité serait d'ailleurs, et pour la majorité d'entre eux (23 enfants sur 30), relativement efficace. De manière similaire, on observe un nombre élevé d'enfants obtenant un A % inférieur à 70 % (25 enfants sur 30), ce qui suppose de leur part une **capacité à projeter les conflits à l'endroit de représentations variées** (humaines, inanimées et/ou végétales). Enfin, les enfants obtiennent pour la majorité (19 enfants sur 30) un TRI dilaté, même si leur nombre est moins élevé, mais pas significativement, dans le groupe ANX (5 enfants sur 10). Nous pouvons faire l'hypothèse que cet indicateur révèle davantage une **capacité à être sensible aux réalités internes et externes** (impression de mouvements et prise en compte des couleurs).

Concernant les indicateurs qui discriminent chacun des groupes, nous observons qu'en terme de productivité au test de Rorschach (nombre total R de réponses), aucun des enfants du groupe ANX ne parvient à formuler plus de 20 réponses alors que 5 des enfants des groupes TDS et TEM, soit la moitié de chacun, y parviennent. Précisons que dans le groupe TDS, les résultats sont plus dispersés que dans le groupe TEM : entre 9 (Elisée) et 44 réponses (Pauline) pour le groupe TDS et entre 15 (Lydia) et 28 réponses (Igor) pour le groupe TEM. Deux enfants du groupe TDS se situent donc dans une zone de faible production ($R < 15$) contre aucun pour le groupe TEM. Concernant cet indicateur, on peut donc affirmer que **les**

enfants du groupe ANX tendent à être moins productifs que ceux des deux autres groupes (TDS - ANX : $.02 < \alpha < .05$ et ANX - TEM : $.02 < \alpha < .05$). Ce résultat n'est en soit guère surprenant puisque l'angoisse a pour effet principal de faire chuter la productivité au test de Rorschach (Rausch de Traubenberg et Boizou, 1978 ; Rausch de Traubenberg, 1990).

Mais aussi, et à moyenne égale, **les capacités productives sont plus fluctuantes chez les enfants du groupe TDS comparativement à celles du groupe TEM.**

Le nombre des kinesthésies humaines (K) et animales (kan) apparaissant dans les protocoles des enfants semble être un indicateur intéressant et discriminatif surtout en ce qui concerne les enfants du groupe ANX. En effet, ces derniers n'obtiennent jamais un nombre suffisant de kinesthésies (K et kan confondus), avec une différence significative vis-à-vis notamment du groupe TEM (ANX - TEM : $.02 < \alpha < .05$) et encore davantage vis-à-vis du groupe TDS (TDS - ANX : $.001 < \alpha < .01$). Les enfants de ce groupe sont d'ailleurs tout aussi capables d'activités fantasmatiques et créatrices que ceux du groupe TEM, voire davantage au regard du nombre total de kinesthésies animales projetées (38 contre 26 pour le groupe TEM) (TDS - TEM : N.S.). Ils projettent d'ailleurs beaucoup plus de kinesthésies animales que les enfants du groupe ANX (8 au total), montrant ainsi leur capacité à établir des liaisons entre représentations et affects. Nous déduisons de ces deux indicateurs **la difficulté des enfants du groupe ANX à réaliser un travail de mentalisation efficace à partir de leur espace imaginaire alors que ceux des deux autres groupes y parviennent plus fréquemment.** Le diagnostic apposé aux enfants issus du groupe ANX contribue à fournir une explication : **six d'entre eux souffrent d'inhibition et deux d'entre eux d'agitation motrice**, ce qui ne facilite pas le développement de leur imaginaire et par conséquent leur travail de mentalisation.

Enfin, l'analyse des indicateurs retenus pour chacun des enfants pris individuellement montre que :

- dans le **groupe TDS, 3 enfants** ne répondent pas à la majorité des critères définissant un espace imaginaire riche,
- dans le **groupe ANX, 7 enfants** ne répondent pas à la majorité des critères définissant un espace imaginaire riche,
- et dans le **groupe TEM, 3 enfants** ne répondent pas à la majorité des critères définissant un espace imaginaire riche.

Cette analyse individuelle et comparative supplémentaire tend à confirmer l'analyse comparative portant sur les indicateurs pris isolément et **renforce ainsi le constat que nous établissons d'une difficulté des enfants du groupe ANX à réaliser un travail de mentalisation faute d'un espace imaginaire suffisamment riche.**

6.1.2. Analyse de l'hypothèse théorique H 2.

H2. D'un point de vue comportemental, les enfants anxieux en période de latence souffrant de troubles du sommeil présenteraient une *inhibition excessive* ou une *excitation comparativement plus intense* que celle des enfants anxieux ne présentant pas ce symptôme.

Les données recueillies et résumées dans le tableau 2 (page suivante) **ne permettent pas de vérifier l'hypothèse théorique H2**. En revanche, nous pouvons retenir **deux observations** issues des résultats rapportés.

Tout d'abord, et à l'instar de l'hypothèse théorique H1, il n'existe pas de différence significative entre les groupes TDS et TEM. Par conséquent, nous pouvons supposer que **les enfants souffrant de troubles du sommeil ne présentent pas d'inhibition ou d'excitation excessive comparativement aux enfants témoins.**

Puis, nous observons des **écarts de moyennes plus importants entre les groupes TDS et ANX**, non discriminatifs en raison du faible nombre d'enfants, mais suffisamment pour que nous envisagions une tendance intéressante à explorer.

Notons que **les critères retenus concernant le comportement des enfants lors des entretiens ne permettent pas de différencier les trois groupes**. Les enfants montreront tous une capacité d'adaptation satisfaisante aux situations d'entretien et de testing, se révélant en conséquence plutôt calmes, attentifs et respectueux des règles sociales.

Les critères les plus discriminatifs portent, pour la plupart, sur la seconde observation que nous avons formulée auparavant, c'est-à-dire concernant les écarts de moyennes relevés entre les groupes ANX et TDS.

Le premier de ces critères est le nombre moyen de retournements des planches au test de Rorschach qui est **légèrement supérieur dans le groupe TDS**, car de manière statistiquement peu significative (TDS - ANX : $.10 < \alpha < .20$ et TDS - TEM : N.S.).

Tableau 2.
Récapitulatif des données concernant
le degré d'inhibition et d'excitation des enfants
(hypothèse théorique H2).

		Groupe troubles du sommeil	Groupe anxieux	Groupe témoins	Test du χ^2 1	Test du χ^2 1	Test du χ^2 1	Test du χ^2 1
		N = 10 (TDS)	N = 10 (ANX)	N = 10 (TEM)	TDS - ANX	TDS - TEM	ANX - TEM	TDS - ANX - TEM
Nombre de fois où...	<i>...l'enfant se lève de son siège.</i>	0	1	1	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
	<i>...la question doit être reformulée.</i>	0	1	1	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
	<i>...l'enfant ne répond pas à la question.</i>	0	1	0	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
	<i>...l'enfant montre de l'agitation.</i>	0	1	0	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
	<i>...il doit être rappelé une règle sociale.</i>	0	0	0	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
					Test d'homogénéité des moyennes (t de Student)			
<i>Nombre moyen de retournements des planches au test de Rorschach</i>		23.3	16	18.2	.10 < α < .20	N.S.	N.S.	-
Nombre moyen de temps de latence initiaux importants... (> 10 sec.)	<i>...au test des contes.</i>	0.2	1.1	0.4	.10 < α < .20	N.S.	N.S.	-
	<i>...au test de Rorschach.</i>	2.1	3.8	2	N.S.	N.S.	.10 < α < .20	-
Nombre moyen de longs silences intra- planches... (> 10 sec.)	<i>...au test des contes</i>	1.4	7.1	3.2	.05 < α < .10	N.S.	N.S.	-
	<i>...au test de Rorschach</i>	1.3	1.5	0.9	N.S.	N.S.	N.S.	-

Nous supposons que les taches d'encre éveillent un peu plus fréquemment dans ce groupe TDS **un plaisir mêlé d'excitation**. Cette tendance s'avère plausible au niveau individuel car **la dispersion des résultats dans ce groupe est moindre** : Jean, qui a le score le plus faible, obtient 10 retournements tandis que 3 autres enfants, Zita, Stéphane et Héloïse en obtiennent 30 ou plus.

Dans le groupe ANX, deux enfants n'effectuent aucun retournement et un seul parvient à réaliser plus de 30 retournements. Enfin, dans le groupe TEM, un enfant n'effectue aucun retournement mais deux parviendront à obtenir un score supérieur à 30.

Le deuxième critère mentionné évoque le nombre moyen de temps de latence initiaux importants effectués au test des contes. On observe un écart moyen statistiquement peu significatif entre les groupes TDS et ANX ($TDS - ANX : .10 < \alpha < .20$), et de façon encore moindre entre les groupes ANX et TEM. Ces résultats nous laissent penser, avec beaucoup de prudence pour l'instant, que **les enfants anxieux, comparativement aux enfants présentant des troubles du sommeil, ont tendance à présenter une inhibition plus massive qui entrave probablement leur travail d'élaboration psychique**.

Pour confirmer cette tendance, observons que, individuellement, seuls deux enfants du groupe TDS vont présenter un temps de latence initial supérieur à 10 secondes tandis que dans le groupe ANX, 4 enfants en présenteront de 1 à 5.

Ce critère doit être directement mis en relation avec celui qui concerne le nombre moyen de longs silences intra-planches relevés au test des contes. En effet, les conclusions issues de l'analyse de ce critère vont dans le sens de celles formulées pour le critère précédent. Les enfants du groupe TDS observent moins de silences que les enfants du groupe ANX, et ceci de manière statistiquement plus significative ($TDS - ANX : .05 < \alpha < .10$). Ceci suggère encore une fois **la disponibilité de l'espace imaginaire des enfants souffrant de troubles du sommeil comparativement aux enfants anxieux dont le travail d'élaboration psychique est rendu plus ardu du fait de l'inhibition**. Ce résultat confirme l'impact délétère de ce mécanisme de défense souligné dans le champ psychanalytique (Bergeret, 1986), de par ses effets dévastateurs à la fois sur l'accès à l'imaginaire et la qualité du travail de liaison et d'élaboration mentale.

L'analyse individuelle montre que dans le groupe TDS, la moitié des enfants ne réalise aucun silence important tandis que l'autre moitié en effectue de 1 à 7 au maximum. Dans le groupe ANX, seul un enfant n'en réalise aucun tandis que tous les autres vont en effectuer de 2 à 29, comme dans le cas extrême de David.

Les résultats obtenus aux deux derniers critères se rapportant au test de Rorschach se montrent moins probants, tant intuitivement que statistiquement. La raison de cette observation est peut-être à mettre en lien avec la **différence de nature des tests projectifs utilisés**. Les enfants sont moins déroutés par le test des contes qui se présente à travers un matériel verbal, organisé par des questions et reposant sur une mise en scène d'animaux. Il s'avère plus ludique et plus contenant que le test de Rorschach dont le matériel non figuratif provoque des projections plus régressives.

Nous pouvons uniquement suggérer que, le nombre moyen de temps latence initiaux importants au test de Rorschach étant légèrement supérieur dans le groupe ANX, surtout comparativement au groupe TEM (ANX – TEM : $.10 < \alpha < .20$), **les enfants anxieux ont encore une fois tendance à présenter une inhibition psychique invalidante.**

En définitive, **l'analyse des données ne permet effectivement pas de vérifier l'hypothèse théorique H2.** Nous conserverons toutefois l'idée que **les enfants présentant des troubles du sommeil ont un état d'excitation psychique comparable à celui des enfants témoins, les enfants anxieux apparaissant, eux, comme psychiquement inhibés.** Nous pouvons mettre en lien ces observations avec celles formulées dans l'analyse de l'hypothèse théorique H1, la richesse de l'imaginaire et les capacités de mentalisation pouvant être considérées comme dépendantes du degré d'inhibition psychique.

6.1.3. Analyse de l'hypothèse théorique H 3.

H3. Les enfants anxieux en période de latence souffrant de troubles du sommeil, contrairement à ceux n'en présentant pas, ne posséderaient pas la capacité d'effectuer une régression à la *position passive*.

Cette hypothèse théorique qui compare le groupe TDS aux deux autres groupes, ANX et TEM, ne trouve pas de validation à travers les données que nous avons recueillies et résumées dans le tableau 3 de la page suivante. Seules quelques tendances peuvent être entrevues et nous les discuterons ci-après.

Tableau 3.
Récapitulatif des données concernant
l'incapacité des enfants à effectuer une régression à la position passive
(hypothèse théorique H3).

	Groupe troubles du sommeil N = 10 (TDS)	Groupe anxieux N = 10 (ANX)	Groupe témoins N = 10 (TEM)	Test du χ^2_1 TDS - ANX	Test du χ^2_1 TDS - TEM	Test du χ^2_1 ANX - TEM	Test du χ^2_1 TDS - ANX - TEM	
<i>Comportement habituel agité.</i>	1	4	2	.10 < α < .20	N.S.	N.S.	N.S.	
<i>Incapacité à être seul révélée dans l'entretien avec les parents.</i>	2	3	0	N.S.	.10 < α < .20	.05 < α < .10	N.S.	
Dans P VI, on observe...	<i>... un refus de se projeter</i>	0	2	0	.10 < α < .20	N.S.	.10 < α < .20	.10 < α < .20
	<i>...des actings corporels et comportementaux.</i>	0	1	2	N.S.	.10 < α < .20	N.S.	N.S.
	<i>...une absence d'évocation de la réponse Peau.</i>	10	6	10	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
	<i>...une détérioration de la qualité formelle des réponses.</i>	0	2	1	.10 < α < .20	N.S.	N.S.	N.S.
	<i>...une réduction du nombre des réponses.</i>	1	2	0	N.S.	N.S.	.10 < α < .20	N.S.
				Test d'homogénéité des moyennes (t de Student)				
Nombre moyen de manifestations anxieuses relevées sur l'ensemble du protocole du test de Rorschach.	0.8	1.1	0.8	N.S.	N.S.	N.S.	-	

Concernant les indicateurs ne discriminant pas les groupes, ceux renvoyant à l'étude de la planche VI du test de Rorschach appartiennent tous à cette catégorie, les significativités statistiques se montrant globalement trop faibles. L'explication que nous pouvons formuler en nous appuyant sur l'étude de N. Rausch de Traubenberg et M.-F. Boizou (1996) est que les enfants interprètent davantage la planche en considérant le D supérieur ou l'axe médian entier. **La planche VI demeure pour tous les enfants une planche qui favorise peu la projection et la perception de la réponse banale « peau d'animal »**. Cette dernière n'est formulée que deux fois et uniquement par des enfants appartenant au groupe ANX, Lucas et Dimitri. Le premier, agité et anxieux lors de la passation de cette planche perçoit « *un tapis d'ours en peau très bizarre* » et le second, dans l'agitation également projette « *un lion sur un tapis... vidé la peau fait tapis* ». Nous relevons principalement à travers ces projections un malaise que ressentent beaucoup d'enfants à la vision de cette planche.

L'indicateur portant sur **le nombre moyen de manifestations anxieuses relevées sur l'ensemble du protocole du test de Rorschach** ne discrimine également aucun des groupes. Dans les groupes TDS et ANX, le nombre de ces manifestations par enfant oscille entre 0 et 3, tandis que dans le groupe TEM, il est compris entre 0 et 2, ce qui augure d'une dispersion légèrement plus homogène.

Les tendances que nous tenons à discuter sont les suivantes.

Tout d'abord, s'agissant du **comportement habituellement agité de l'enfant**, nous observons qu'**un seul enfant du groupe TDS est positivement concerné par cet indicateur tandis que 4 enfants du groupe ANX le sont**. Même si la significativité statistique de cette différence demeure faible (TDS - ANX : $.10 < \alpha < .20$), nous tenions à la mettre en évidence afin de souligner que parmi les enfants du groupe ANX, quatre enfants présentent une agitation anxieuse (et leur comportement est bien décrit par leurs parents comme agité), symptôme de leur angoisse latente, tandis que les six autres manifestent leur angoisse à travers une inhibition. **Les enfants présentant des troubles du sommeil ne semblent que rarement affectés d'agitation anxieuse, ce qui nous permet de supposer que leurs angoisses latentes ne trouvent pas de manifestations diurnes à travers la voie comportementale et sur le mode de l'agitation**. En revanche, nous pouvons retrouver cette expression comportementale de l'angoisse chez les enfants anxieux ne souffrant pas de troubles du sommeil.

Deuxièmement, et même si cette **tendance caractérise davantage le groupe ANX**, nous devons retenir que **3 enfants issus de ce dernier sont dans l'incapacité d'être seul**

selon leurs parents. Ce résultat s'avère statistiquement significatif en comparaison de celui du groupe TEM où aucun enfant n'est dans cette incapacité (ANX - TEM : $.05 < \alpha < .10$). Précisons que parmi ces 3 enfants, 2 d'entre eux, Marc et Hector, sont les plus jeunes du groupe, respectivement 6 ans 7 mois et 6 ans 10 mois, et qu'ils présentent également un comportement habituellement agité. Dans le groupe TDS, seuls 2 enfants, Pauline et Xavier, rencontrent des difficultés face à la solitude, ce qui est peu significatif vis-à-vis du groupe TEM (TDS - TEM : $.10 < \alpha < .20$) et aucunement vis-à-vis du groupe ANX. Nous pouvons uniquement en conclure, et très prudemment, que **les enfants anxieux ne présentant pas de troubles du sommeil (groupe ANX) sont plus souvent dans l'incapacité d'être seul que ceux du groupe TEM.**

Les tendances que nous avons abordées ne suffisent donc pas à valider l'hypothèse théorique H3 telle que formulée et ne **permettent donc pas d'apprécier la capacité des enfants anxieux souffrant de troubles du sommeil à effectuer une régression à la position passive.** Nous retiendrons leur absence d'agitation diurne qui tend à les discriminer des enfants anxieux ne présentant pas de troubles du sommeil.

6.1.4. Analyse de l'hypothèse théorique H 4.

H4. Les enfants anxieux en période de latence souffrant de troubles du sommeil ne seraient pas parvenus à une *élaboration satisfaisante de l'une ou plusieurs des angoisses* suivantes : l'angoisse de mort, l'angoisse de séparation et l'angoisse de castration.

L'hypothèse théorique H4, posée en termes non comparatifs, suppose que les enfants anxieux souffrant de troubles du sommeil élaborent de manière moins efficace les angoisses développementales, et ceci relativement aux enfants issus du groupe témoin. **L'analyse statistiques des données recueillies et réunies dans le tableau 4 page suivante infirme d'emblée cette hypothèse.**

En effet, nous n'observons aucune différence statistiquement significative entre les résultats obtenus par les enfants du groupe TDS et ceux obtenus par les enfants du groupe TEM, hormis concernant le score moyen obtenu à l'E.P.E..

Tableau 4.
Récapitulatif des données concernant
la capacité des enfants à élaborer leurs angoisses
(hypothèse théorique H4).

		Groupe troubles du sommeil N = 10 (TDS)	Groupe anxieux N = 10 (ANX)	Groupe témoins N = 10 (TEM)	Test d'homogénéité des moyennes (t de Student)		
					TDS - ANX	TDS - TEM	ANX - TEM
Sur l'ensemble du test de Rorschach,...	<i>...nombre moyen de refus et Choc au rouge, au blanc et au noir.</i>	0.9	1.9	0.8	.10 < α < .20	N.S.	.05 < α < .10
	<i>...nombre moyen de banalités (ban).</i>	4.4	3.7	3.6	N.S.	N.S.	N.S.
	<i>...nombre moyen de contenus angoissants (côtés clob ou non)</i>	1.4	1	1.2	N.S.	N.S.	N.S.
Sur l'ensemble du test des contes,...	<i>...nombre moyen de dénouements pessimistes impliquant...</i>	0.7	1.6	0.7	N.S.	N.S.	N.S.
	<i>...l'angoisse de mort,</i>	0.4	0.9	0.2	N.S.	N.S.	.10 < α < .20
	<i>l'angoisse de séparation,</i>	0.3	0.7	0.5	N.S.	N.S.	N.S.
	<i>l'angoisse de castration.</i>	0	0	0	-	-	-
Concernant les mesures relevées à l' EPE,...	<i>...écart-type de chaque groupe.</i>	24	33	16	-	-	-
	<i>...score moyen obtenu.</i>	73	63	57	N.S.	.10 < α < .20	N.S.

Ainsi, les indicateurs retenus dans le test de Rorschach révèlent une capacité semblable à élaborer les angoisses réactivées par les planches sans se laisser submerger et sans mettre en place un mécanisme de défense rigide tel que l'inhibition, ce qui n'est pas le cas de tous les enfants du groupe ANX. Si le nombre moyen de Refus, Choc au rouge, au blanc et au noir, est similaire pour les groupe TDS et TEM (respectivement 0.9 et 0.8), il se montre davantage significatif dans le groupe ANX (TDS - ANX : $.10 < \alpha < .20$; ANX - TEM : $.05 < \alpha < .10$). Cet écart trouve une justification dans la forte **tendance des enfants anxieux à formuler un refus de commenter certaines planches, ce qui traduit la mise en place de l'inhibition** que nous évoquions auparavant : 13 refus sont relevés sur l'ensemble des protocoles de tous les enfants de ce groupe contre 2 seulement pour les deux autres groupes. Rappelons que l'inhibition qui affecte certains des enfants du groupe ANX a probablement une incidence sur leur capacité à élaborer sagement autour des angoisses.

Les deux autres indicateurs issus du test de Rorschach, le nombre moyen de banalités et le nombre moyen de contenus angoissants, ne discriminent absolument pas les trois groupes comparés. Les enfants souffrant de troubles du sommeil possèdent, dans la même mesure que ceux issus des groupes ANX et TEM, une capacité à traiter les percepts usuels des planches, montrant ainsi leur **conformisme possible et leur degré de socialisation satisfaisant**.

Les contenus angoissants relevés apparaissent comme classiques de l'enfance : ogre, monstre, sorcière, diable. La possibilité de les énoncer montre là encore une **capacité d'élaboration des angoisses plutôt satisfaisante**.

Dans le test des contes, nous avons choisi de retenir le nombre moyen de dénouements pessimistes comme indicateur d'une impossibilité à se dégager des angoisses réactivées par les histoires. Nous observons que les enfants présentant des troubles du sommeil parviennent à trouver des issues favorables aux histoires qu'ils projettent, de manière tout à fait comparable aux enfants du groupe TEM. Cette nouvelle analyse vient encore renforcer l'idée que **les enfants atteints de troubles du sommeil possèdent un espace imaginaire riche leur permettant d'élaborer à minima les angoisses de mort, de séparation et de castration**.

A propos de cet indicateur, nous faisons remarquer la **tendance non significative des enfants du groupe ANX à formuler davantage de dénouements pessimistes**. Parmi eux, cinq enfants n'en verbalisent aucun, mais quatre vont en donner 3 ou 4. La répartition des scores est donc relativement hétérogène, ce qui traduit la difficulté de certains à se dégager des angoisses du fait d'un espace imaginaire plus restreint.

La deuxième remarque a trait à la nature des angoisses projetées dans les dénouement pessimistes. Là encore, les **enfants ayant des troubles du sommeil ne se distinguent pas de ceux du groupe TEM**. En revanche, les **enfants du groupe ANX expriment un nombre un peu plus important de dénouements évoquant la mort, comparativement à ceux du groupe TEM** (ANX - TEM : $.10 < \alpha < .20$). Ainsi, un seul enfant du groupe TEM, Léon, projette une angoisse de mort difficilement élaborable aux contes des renards et de l'oisillon. A contrario, la moitié des enfants du groupe ANX termine au moins une histoire (quatre pour Lucas et deux pour Cécile) en évoquant la mort de manière angoissante. L'hypothèse explicative que nous pouvons formuler à l'égard de ces résultats est que certains des enfants du groupe ANX connaissent une angoisse plus archaïque à mettre en lien avec un vécu précoce plus difficile concernant la satisfaction des besoins primaires et/ou les toutes premières séparations.

La dernière remarque que nous voulons soulever est celle concernant **l'absence totale de dénouements pessimistes évoquant un sentiment d'impuissance, de limite, ou d'échec et renvoyant donc à l'expression sous-jacente de l'angoisse de castration**. Pour expliquer ce phénomène, nous pouvons avancer l'hypothèse que ces sentiments ne sont pas élaborés tels quels par les enfants de cet tranche d'âge, mais exprimés de manière moins élaborée par la séparation et la mort. Nous pouvons ajouter que les contes choisis réactivent peut-être davantage ces angoisses plus archaïques.

L'utilisation de l'Echelle des Peurs pour Enfants (E. P. E.) permet de constater le niveau d'anxiété des enfants à travers les peurs qu'ils évoquent consciemment. Le score moyen à cette échelle représente l'indicateur qui **discrimine le plus, statistiquement, les enfants du groupe TDS des enfants du groupe TEM** (respectivement 73 points en moyenne contre 57 ; TDS - TEM : $.10 < \alpha < .20$). Toutefois, nous devons pondérer ce résultat par la remarque suivante.

Une majorité de filles compose le groupe des enfants présentant des troubles du sommeil : 7 contre, respectivement, 3 et 4 dans les groupes ANX et TEM. Or, l'étude de S. Rusinek, D. Hautekeete-Sence et M. Hautekeete (1998) nous apprend que les filles obtiennent à tout âge un niveau de peur significativement plus élevé que les garçons. Du coup, **la différence statistique relevée entre les deux groupes n'apparaît plus comme véritablement exploitable pour une quelconque interprétation**.

En revanche, nous voulions faire remarquer que **l'écart-type des scores est plus élevé dans le groupe ANX que dans les deux autres groupes** (33 contre 24 et 16 pour les groupes TDS et TEM). Ce résultat s'explique par la présence de scores plus extrêmes dans ce groupe

notamment dans le sens d'un faible nombre de peurs exprimées : 5 points pour Marc, 30 pour Edouard ou encore 34 pour Lucas. Nous pouvons formuler l'hypothèse explicative que, et ceci rejoint celle énoncée lors de l'analyse du premier indicateur issu du Rorschach (nombre élevé de refus dans les protocoles d'enfants anxieux), **les enfants du groupe ANX adoptent plus fréquemment une attitude de déni vis-à-vis de leurs peurs**. Ce déni s'opère ici de manière consciente, puisqu'il s'agit d'une échelle, mais également de manière inconsciente.

Finalement, et au regard de l'analyse de tous les indicateurs retenus, l'hypothèse théorique H4 ne peut qu'être infirmée. Ainsi, **les enfants anxieux en période de latence souffrant de troubles du sommeil possèderaient une capacité d'élaboration relativement satisfaisante des angoisses de mort, de séparation et de castration**.

6.1.5. Analyse de l'hypothèse théorique H5.

H5-a. Les enfants anxieux en période de latence souffrant de troubles du sommeil possèderaient une mère anxieuse en difficulté dans sa fonction de pare-excitation.

H5-b. Les enfants anxieux en période de latence souffrant de troubles du sommeil possèderaient un père anxieux en difficulté dans sa fonction de pare-excitation.

H5-c. Les mères des enfants anxieux en période de latence souffrant de troubles du sommeil seraient en difficulté dans leur fonction de pare-excitation vis-à-vis des pères.

H5-d. Les pères des enfants anxieux en période de latence souffrant de troubles du sommeil seraient en difficulté dans leur fonction de pare-excitation vis-à-vis des mères.

Afin de rendre l'analyse de ces quatre sous-hypothèses cohérente, nous avons choisi de les discuter l'une après l'autre. En revanche, et du fait d'un recueil conséquent de données issues d'outils divers, nous avons envisagé la présentation des résultats à travers trois tableaux distincts :

- le **tableau 5-a** qui regroupe les données issues des **entretiens** concernant la qualité de la fonction de pare-excitation parentale vis-à-vis des enfants (**hypothèses théoriques H5-a et H5-b**),

- le **tableau 5-b** qui récapitule les données issues du **test des contes** concernant la qualité de la fonction de pare-excitation parentale vis-à-vis des enfants (**hypothèses théoriques H5-a et H5-b**)

- et le **tableau 5-c** qui renvoie aux données concernant la qualité de la fonction de pare-excitation des parents entre eux (**hypothèses théoriques H5-c et H5-d**).

Concernant la sous-hypothèse théorique 5-a et au regard des données issues de l'entretien (tableau 5-a page suivante), nous observons qu'il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les résultats obtenus par les enfants du groupe TDS en comparaison de ceux du groupe TEM. Ce résultat nous permet de formuler deux remarques. Tout d'abord les **enfants souffrant de troubles du sommeil trouvent autant de réconfort auprès de leur mère que ceux du groupe TEM**. Ensuite, et dans la même proportion pour ces deux groupes (8 enfants sur 10), **ils perçoivent leur mère comme plutôt calme et rassurante**.

Nous pouvons dès lors exprimer une autre remarque qui distingue dans ces deux groupes les fonctions maternelles et paternelles. Nous pouvons en effet noter une **propension des enfants de ces deux groupes à se rassurer davantage auprès de leur mère** : dans le groupe TDS, 6 enfants se rassurent exclusivement auprès d'elle et 2 auprès de leur père, et dans le groupe TEM, ce rapport moins significatif est respectivement de 5 contre 3. Mais de manière encore plus différenciée, **les enfants de ces deux groupes évoquent leurs craintes principalement avec leur mère** : dans le groupe TDS, 5 enfants parlent de leurs inquiétudes exclusivement avec elle et aucun avec leur père, et dans le groupe TEM, ce rapport quasi similaire est respectivement de 6 contre 0.

Dans ces deux groupes d'enfants, la mère occuperait donc fréquemment une fonction de pare-excitation privilégiée, car davantage recherchée pour sa présence rassurante et son écoute.

Le **groupe des enfants anxieux se distingue une nouvelle fois des deux autres groupes** même si les différences statistiques relevées doivent toujours être pondérées par la faiblesse de l'échantillon. Ainsi **aucun enfant de ce groupe se rassure exclusivement auprès de sa mère** (TDS - ANX : $.01 < \alpha < .02$; ANX - TEM : $.02 < \alpha < .05$). La moitié trouve indifféremment une présence rassurante en la personne de leurs deux parents et 3 enfants disent n'en trouver aucune, ce qui n'apparaît jamais dans les deux autres groupe (TDS - ANX : $.05 < \alpha < .10$; ANX - TEM : $.05 < \alpha < .10$). Nous pouvons donc supposer que **chez ces enfants anxieux, la mère ne remplit pas un rôle de pare-excitation privilégié et aussi satisfaisant comparativement aux deux autres groupes, TDS et TEM**.

Tableau 5-a.
Récapitulatif des données issues des entretiens concernant
la qualité de la fonction de pare-excitation parentale vis-à-vis des enfants
(hypothèses théoriques H5-a et H5-b).

		Groupe troubles du sommeil N = 10 (TDS)	Groupe anxieux N = 10 (ANX)	Groupe témoins N = 10 (TEM)	Test du χ^2 1 TDS - ANX	Test du χ^2 1 TDS - TEM	Test du χ^2 1 ANX - TEM	Test du χ^2 1 TDS - ANX - TEM
Quand l'enfant a peur, il se rassure auprès de...	...sa mère.	6	0	5	.01 < α < .02	N.S.	.02 < α < .05	.05 < α < .10
	...son père.	2	2	3	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
	...l'un ou l'autre des parents.	2	5	2	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
	...personne.	0	3	0	.05 < α < .10	N.S.	.05 < α < .10	.02 < α < .05
L'enfant parle de ses craintes avec...	...sa mère.	5	3	6	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
	...son père.	0	4	0	.02 < α < .05	N.S.	.02 < α < .05	.01 < α < .02
	...l'un ou l'autre des parents.	4	3	4	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
	...personne.	1	0	0	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
<i>L'enfant perçoit sa mère comme calme et rassurante.</i>		8	8	8	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
<i>L'enfant perçoit son père comme calme et rassurant.</i>		6	6	6	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.

Soulignons que **cette comparaison se montre plus pertinente à l'égard du groupe TEM que du groupe TDS**. En effet, si les groupes TEM et ANX incluent respectivement 4 et 3 filles, le groupe TDS est quant à lui composé d'une majorité de filles qui ont peut-être tendance à davantage rechercher la présence de leur mère.

Un résultat intéressant doit également être mis en exergue concernant ce groupe ANX. En effet, **si aucun des enfants anxieux ne se rassure auprès de sa mère, 8 d'entre eux perçoivent en revanche leur mère comme calme et rassurante**, ce qui peut paraître paradoxal. **Trois hypothèses** non exclusives peuvent expliquer ces réponses. Tout d'abord, les enfants anxieux opéreraient **un déni de la qualité de l'image maternelle**, pressentie inconsciemment comme insécurisante. Aussi, ils peuvent être influencés dans leur réponse par un mécanisme de **désirabilité sociale**, les engageant à présenter leur mère comme satisfaisante vis-à-vis d'autrui. Enfin, l'image maternelle est peut-être **idéalisée**, ces enfants anxieux n'étant pas en capacité de reconnaître consciemment les faillites de leur mère.

En conclusion, nous pouvons dès lors **infirmer la sous-hypothèse théorique H5-a** et avancer au contraire l'idée que **les enfants souffrant de troubles du sommeil affirment percevoir leur mère comme un parent calme, rassurant et apte à remplir une fonction de pare-excitation satisfaisante**.

Concernant la sous-hypothèse théorique 5-b et en s'appuyant sur les données issues de l'entretien (tableau 5-a), nous ne constatons **aucune différence statistiquement significative entre les résultats obtenus par les enfants du groupe TDS en comparaison de ceux du groupe TEM**, et ceci à l'instar de ce que nous avons observé concernant les mères. Ainsi, et dans ces deux groupes, les pères ne sont pas préférentiellement choisis par les enfants afin d'être rassurés (2 d'entre eux dans le groupe TDS et 3 dans le groupe TEM) et surtout, ils ne sont jamais les interlocuteurs uniques de l'enfant lorsque ce dernier veut évoquer ses craintes.

Les pères sont perçus aussi fréquemment comme calmes et rassurants dans ces deux groupes (6 pères sur 10). Ce ratio, inférieur à celui observé pour les mères (8 sur 10), s'explique probablement par la place éducative habituellement dévolue aux pères qui leur confère une image plus surmoïque.

Ces résultats corroborent ceux obtenus plus avant dans le sens d'un lien privilégié à la mère qui rendrait cette dernière plus apte à remplir une fonction de pare-excitation vis-vis de l'enfant. Les pères, dégagés de cette fonction assurée pleinement par la mère, pourraient ainsi remplir un autre rôle, notamment d'ouverture vers l'extérieur comme nous en avons discuté dans la partie théorique.

Les **enfants anxieux**, pour leur part, ne se rassurent pas davantage auprès de leur père que ceux des deux autres groupes mais, en revanche, **quatre d'entre eux choisissent leur père pour évoquer leurs peurs**, ce qu'aucun ne fait dans les groupes TDS et TEM (TDS - ANX : $.02 < \alpha < .05$; ANX - TEM : $.02 < \alpha < .05$). Nous pouvons en déduire que **les mères de ce groupe étant moins satisfaisantes dans leur rôle de pare-excitation, les enfants viennent trouver une écoute auprès de leur père peut-être plus disponible.**

En définitive, **la sous-hypothèse théorique 5-b peut donc être infirmée** telle que formulée. Si l'analyse montre que les enfants anxieux présentant des troubles du sommeil recherchent davantage la présence de leur mère pour les sécuriser, elle ne permet pas d'affirmer que les pères ne sont pas satisfaisants dans leur fonction de pare-excitation. Nous pouvons penser plus prudemment que **les pères sont moins sollicités par leurs enfants** qui, en période de latence, considèrent leur mère comme un parent plus accessible et plus sécurisant. Les pères rempliraient alors **une fonction de pare-excitation de nature différente et davantage axée sur la possibilité de s'ouvrir avec assurance sur le monde.**

Les données issues du test des contes concernant la qualité de la fonction de pare-excitation parentale vis-à-vis des enfants (sous-hypothèses théoriques H5-a et H5-b) sont réunies dans le tableau 5-b de la page suivante. Leur analyse statistique ne dévoile **pas de différence significative entre les trois groupes expérimentaux et ceci pour l'ensemble des indicateurs retenus.** Aucune tendance ne peut de plus être entrevue intuitivement tant les résultats obtenus apparaissent comme similaires.

L'analyse de chaque indicateur montre tout d'abord que dans le conte du « poussin », les projections des enfants dévoilent pour la majorité des **conditions de vie prénatales plutôt satisfaisantes.**

La naissance est en revanche vécue fantasmatiquement comme un événement plus traumatique chez la plupart des enfants. Puisqu'il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les groupes, l'apparition fréquente de projections négatives en réponse à cette question (Q.2) ne peut être considérée comme un indicateur spécifiant les enfants souffrant de troubles du sommeil.

La réponse à la question 3 du conte du « poussin » peut être interprétée de deux manières distinctes : soit le poussin court dans la cour et ceci traduit une **capacité précoce à pouvoir s'autonomiser**, soit le poussin reste sous l'aile de la maman poule, ce qui suggère une **satisfaction du besoin fondamental de sécurité.**

Tableau 5-b.
Récapitulatif des données issues du test des contes concernant
la qualité de la fonction de pare-excitation parentale vis-à-vis des enfants
(hypothèses théoriques H5-a et H5-b).

		Groupe troubles du sommeil N = 10 (TDS)	Groupe anxieux N = 10 (ANX)	Groupe témoins N = 10 (TEM)	Test du χ^2 1 TDS - ANX	Test du χ^2 1 TDS - TEM	Test du χ^2 1 ANX - TEM	Test du χ^2 1 TDS - ANX - TEM
Dans le conte du poussin ,...	<i>...le poussin est bien dans l'œuf (Q. 1).</i>	10	8	8	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
	<i>...le poussin né facilement (Q. 2).</i>	2	3	4	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
	<i>...le poussin ne court pas dans la cour (Q. 3).</i>	4	4	7	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
Dans le conte du poulain , la jument aide, stimule ou console son petit (Q. 2).		10	9	10	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
Dans le conte des renards ,...	<i>...les renardeaux vont dans le terrier (Q. 1).</i>	9	9	8	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
	<i>...les renardeaux s'alimentent (Q. 2).</i>	8	9	10	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.

Au regard des réponses obtenues dans la recherche et en considérant l'âge moyen des enfants, nous opterons pour la **seconde interprétation** : une majorité d'enfants témoins (7 sur 10) répond que le poussin reste sous l'aile de la maman poule, ce qui n'est pas le cas chez les enfants des deux autres groupes (4 sur 10). Cette **différence n'étant toutefois pas statistiquement significative**, nous ne pouvons en conclure avec cet indicateur que les enfants anxieux et les enfants présentant des troubles du sommeil ont eu plus fréquemment une mère en difficulté dans sa fonction de pare-excitation précoce.

Dans le conte du « poulain », la jument adopte quasiment de manière constante, et dans les trois groupes, une attitude aidante vis-à-vis de son poulain. Encore une fois, nous pouvons en déduire que **les mères ont été perçues comme stimulantes lors de l'acquisition précoce de la marche**.

Enfin, les réponses formulées dans le conte des « renards » par les enfants des trois groupes montrent que **les mères comme les pères ont été en capacité de combler les besoins fondamentaux de sécurité et d'alimentation**.

Nous avons auparavant infirmé la sous-hypothèse H5-a. Les données issues du test des contes n'infirmant pas l'idée que les **enfants présentant des troubles du sommeil ont, dans leur majorité, bénéficié d'un maternage précoce sécurisant**.

La sous-hypothèse H5-b a également été infirmée plus haut. Les réponses formulées par les enfants du groupe TDS concernant l'attitude des renards vis-à-vis de leurs renardeaux laissent penser que, pour la plupart, **leur père a pu assurer une fonction de pare-excitation précoce satisfaisante**.

Les résultats concernant les sous-hypothèses théoriques H5-c et 5-d sont récapitulés dans le tableau 5-c page suivante. En raison du faible nombre de mères et pères constituant les groupes ANX et TEM, nous ne pouvons envisager un calcul statistique comparatif de type χ^2 . Nous avons décidé de présenter les **résultats de chaque groupe sous forme de fréquences** (en % de l'échantillon) afin de rendre la comparaison intuitive plus évidente.

Tout d'abord, nous remarquons que dans les trois groupes, **les mères comme les pères affirment pour leur majorité être en accord avec l'autre concernant l'éducation de leur enfant** (fréquences supérieures à 70 % dans tous les cas) : il s'agit souvent d'une vision globale et similaire des conduites à tenir face aux comportements de l'enfant, même s'il existe des différends exprimés ou non.

Tableau 5-c.
Récapitulatif des données concernant
la qualité de la fonction de pare-excitation des parents entre eux
(hypothèses théoriques H5-c et H5-d).

		Groupe troubles du sommeil N = 10 (TDS)	Groupe anxieux N = 7 (ANX)	Groupe témoin N = 9 (TEM)	Fréquence en % de la réponse dans le groupe troubles du sommeil (TDS)	Fréquence en % de la réponse dans le groupe anxieux (ANX)	Fréquence en % de la réponse dans le groupe témoin (TEM)
Selon les dires de la mère,...	<i>...accord avec le père concernant l'éducation de l'enfant.</i>	8	5	7	80	71	78
	<i>...le père n'est pas anxieux.</i>	1	1	1	10	14	11
	<i>...le père la rassure.</i>	6	4	4	60	57	44
	<i>...le père rassure s'il existe un souci avec l'enfant.</i>	6	1	5	60	14	55
		Groupe troubles du sommeil N = 10 (TDS)	Groupe anxieux N = 8 (ANX)	Groupe témoin N = 4 (TEM)			
Selon les dires du père,...	<i>...accord avec la mère concernant l'éducation de l'enfant.</i>	7	6	3	70	75	75
	<i>...la mère n'est pas anxieuse.</i>	3	3	1	30	37	25
	<i>...la mère le rassure.</i>	8	3	2	80	37	50
	<i>...la mère rassure s'il existe un souci avec l'enfant.</i>	9	6	4	90	75	100

Cet accord éducatif ne semble pas être en lien avec l'anxiété qui est perçue très fréquemment chez le partenaire, et encore plus massivement chez les pères. En effet, dans les trois groupes, les fréquences observées concernant cet indicateur oscillent entre 10 et 37 %. Les réponses formulées indiquent souvent **la nervosité du partenaire, l'impatience et le faux-calme affiché**, sans que ceci soit en relation avec les comportements de l'enfant.

Nous observons ensuite que **la moitié des mères environ, et dans chaque groupe, estiment que leur conjoint possède la capacité de les rassurer** face aux difficultés qu'elles rencontrent (fréquences comprises entre 44 et 60 %). En revanche, si cette fréquence est similaire chez les pères du groupe TEM qui estiment pour moitié (fréquence de 50 %) que leur conjointe peut les rassurer, nous constatons qu'elle s'élève à 80 % dans le groupe TDS et à seulement 37 % dans le groupe ANX : **une large majorité des pères d'enfants souffrant de troubles du sommeil se dit rassurée par leur conjointe tandis que très peu le sont dans le groupe ANX**. L'interprétation de ce résultat nous oblige à le comparer d'emblée avec l'indicateur qui renvoie aux dires des pères concernant la capacité des mères à les rassurer face aux difficultés de l'enfant. En effet, nous observons que dans le groupe TDS, 90 % des pères confèrent à leur conjointe cette capacité, ce qui nous paraît être un score très élevé au regard des difficultés qu'engendrent les troubles du sommeil de l'enfant. Nous pouvons donc envisager que **les pères du groupe TDS dénie les difficultés qu'ils rencontrent, leur conjointe et eux-mêmes, vis-à-vis du symptôme persistant de leur enfant**.

Nous tenions à souligner que **ce mécanisme de déni semble moins présent chez les mères du groupe TDS** au regard du nombre d'entre elles (60 %) qui affirment que leur conjoint les rassure en cas de soucis vis-à-vis de l'enfant.

Remarquons pour en finir avec l'interprétation de ces résultats, que **les mères du groupe ANX ne trouvent quasiment jamais (14 %) de réassurance auprès de leur conjoint** lorsqu'elles rencontrent une difficulté avec leur enfant : ceci augure d'une fonction de pare-excitation paternelle très défaillante vis-à-vis de la dyade mère-enfant.

En définitive, **la sous-hypothèse théorique H5-c ne peut être rejetée telle que formulée mais nous devons la préciser** au regard des résultats obtenus. Il semble que **les mères d'enfants souffrant de troubles du sommeil peuvent assurer une fonction de pare-excitation vis-à-vis de leur conjoint mais probablement pas concernant précisément les symptômes de l'enfant**. En effet, il est possible que les pères opèrent un déni à l'encontre des difficultés que le couple rencontre face aux troubles du sommeil. Ce mécanisme de défense psychique qu'ils mettent en place vis-à-vis de leur épouse mettrait en exergue la

reconnaissance refoulée d'une difficulté chez les mères à les rassurer face aux troubles de l'enfant.

La sous-hypothèse théorique H5-d ne peut également être infirmée du fait que le déni opéré par les pères, évoqué plus avant, peut avoir pour conséquence l'adoption d'une position de retrait des pères vis-à-vis de la dyade mère-enfant. En effet, s'ils ne reconnaissent pas l'incapacité des mères à prendre en main les troubles de l'enfant et à les rassurer, alors il sera probablement plus difficile pour eux de s'engager dans une relation de soutien à l'égard de leur conjointe. Ainsi, nous pouvons affirmer que **les pères des enfants présentant des troubles du sommeil sont en difficulté dans leur fonction de pare-excitation vis-à-vis des mères, mais exclusivement en ce qui concerne la prise en charge des symptômes de l'enfant.**

6.1.6. Analyse de l'hypothèse théorique H6.

H6. Les enfants en période de latence souffrant de troubles du sommeil opèrent une identification à l'endroit d'images parentales anxiogènes.

La vérification de cette hypothèse passe principalement par les **analyses qualitatives de la capacité de symbolisation des enfants des trois groupes aux planches IV, VI et VII du test de Rorschach** (notamment à l'aide de la codification de Cassiers (1969) ainsi que mentionnée plus avant dans l'opérationnalisation de l'hypothèse théorique H6). Pour rappel, nous avons justifié l'absence de prise en compte des réponses à la planche IX plus avant. Il nous a semblé nécessaire de détailler ces analyses pour les trois planches et de les restituer sous forme de tableaux :

- les **tableaux 6-a, 6-b et 6-c** renvoient aux analyses qualitatives de la capacité de symbolisation des **enfants du groupe TDS**, respectivement aux planches IV, VI et VII du test de Rorschach,

- les **tableaux 6-d, 6-e et 6-f** concernent les analyses qualitatives de la capacité de symbolisation des **enfants du groupe ANX**, respectivement aux planches IV, VI et VII du test de Rorschach,

- et les **tableaux 6-g, 6-h et 6-i** renvoient aux analyses qualitatives de la capacité de symbolisation des **enfants du groupe TEM**, respectivement aux planches IV, VI et VII du test de Rorschach.

Enfin, le **tableau 6-j** reprend les données issues du **conte des métamorphoses**.

En rapport avec les tableaux 6-a et 6-b présentés à la page suivante, nous observons que **les enfants présentant des troubles du sommeil parviennent globalement à symboliser de manière adéquate la puissance phallique** à au moins une des deux planches, IV ou VI. Seuls deux enfants, Myriam et Stéphane, se distinguent des autres : la première n'effectue aucune symbolisation de la puissance phallique (« une mouche » à PIV et « une feuille » à PVI), tandis que le second projette une puissance phallique dévalorisée à PIV (« une grenouille qui saute ») et uniquement de l'agressivité anale à PVI (« une bombe lacrymogène avec un reste de gaz qui s'en va »).

Nous pouvons également formuler une remarque concernant le contenu différent des réponses formulées par les enfants, selon qu'il s'agit de la planche IV ou de la planche VI. En effet, **la planche IV suscite davantage la projection d'un bestiaire évoquant la crainte et/ou la puissance** : « un ogre » pour Charlotte, « un monstre » pour Laure et Xavier ou encore et toujours par exemple, « un éléphant » pour Zita. **Les réponses des enfants à la planche VI sont plus variées et surtout renvoient moins nettement à la projection d'une puissance phallique.** L'explication que nous pouvons fournir, en nous appuyant sur les travaux de N. Rausch de Traubenberg et M.-F. Boizou (1996), est que **les enfants perçoivent à cette planche le côté « dynamique » davantage que la provocation « sexuelle virile » sous-jacente.** Nous retrouvons cette perception du « dynamisme » chez les enfants du groupe TDS à travers des réponses telles que : « deux enfants qui se cognent » chez Zita, « un bazooka avec des étincelles » chez Jean, ou enfin « un bateau qui crache de l'eau derrière » chez Héloïse. Au delà de la sensibilité au « dynamisme » de la planche VI, nous remarquons à travers les exemples cités que **certains des enfants présentant des troubles du sommeil projettent également une agressivité orale, anale ou phallique marquée.** Nous retrouvons aussi cette dernière chez Charlotte avec « un loup qui crie », chez Stéphane avec « une bombe lacrymogène avec un reste de gaz qui s'en va », chez Pauline avec « le tigre » et enfin chez Xavier avec « le monstre » et « le loup ».

Tableau 6-a.
Analyse qualitative de la capacité de symbolisation des enfants du groupe TDS
à la planche IV du test de Rorschach
(hypothèse théorique H6).

	Projections formulées à la planche IV	Analyse qualitative de la capacité de symbolisation à la planche IV
Charlotte	- un ogre... un gros personnage assis (B) - des bêtes mais je sais pas ce que c'est	Bonne symbolisation de la puissance phallique
Laure	- un monstre pas très beau (B) - un géant comme une statue géante (B+)	Bonne double symbolisation de la puissance phallique
Zita	- un éléphant (B) - un géant (B+)	Bonne double symbolisation de la puissance phallique
Myriam	- une mouche	Absence de symbolisation de la puissance phallique
Elisée	- un bonhomme il me fait peur (C)	Bonne symbolisation d'une puissance phallique agressive
Jean	- deux grandes pattes (B+) - des grandes oreilles... de chaque côté il y a des trucs pareils (B+)	Bonne double symbolisation de la puissance phallique
Stéphane	- une grenouille qui saute avec les pattes (C) - un lance-flammes (D)	Mauvaise symbolisation de la puissance phallique (image dévalorisée)
Pauline	- un lapin avec les oreilles et le petit nez (B+) - des grands pieds bottés (C+) - un arbre (B+) - un pistolet	Bonne symbolisation de la puissance phallique Symbolisation de l'agressivité phallique
Héloïse	- une fleur noire (B+) - un géant avec une grande langue sans bras - une tête de sanglier	Symbolisation du sexuel féminin (inversion) Symbolisation de l'agressivité phallique
Xavier	- un monstre (B) - des pieds avec des talons (B+) - deux têtes de chiens	Bonne symbolisation de la puissance phallique Symbolisation de l'agressivité phallique

Tableau 6-b.
Analyse qualitative de la capacité de symbolisation des enfants du groupe TDS
à la planche VI du test de Rorschach
(hypothèse théorique H6).

	Projections formulées à la planche VI	Analyse qualitative de la capacité de symbolisation à la planche VI
Charlotte	- un loup qui crie (C) - deux personnages collés	Symbolisation de l'agressivité orale Symbolisation de la relation de dépendance
Laure	- une étoile un peu c'est tout (B)	Bonne symbolisation de la puissance phallique
Zita	- un chat noir - deux enfants qui se cognent en reculant sur un poteau (B)	Bonne symbolisation de la puissance phallique
Myriam	- une feuille	Absence de symbolisation de la puissance phallique
Elisée	- une feuille tout sauf les moustaches (B)	Bonne symbolisation de la puissance phallique
Jean	- un papillon sur un arbre (B+) - un bazooka au bout ça fait des étincelles	Bonne symbolisation de la puissance phallique Symbolisation de l'agressivité phallique et anale
Stéphane	- une bombe lacrymogène avec un reste de gaz qui s'en va	Symbolisation de l'agressivité anale
Pauline	- un tigre avec les moustaches en haut (B) - si une fusée là (B+)	Bonne symbolisation d'une puissance phallique agressive
Héloïse	- un bateau sur l'eau qui crache de l'eau derrière (C) - un tapis - deux chaussures avec la languette qui dépasse	Bonne symbolisation de la puissance phallique Symbolisation régressive
Xavier	- une personne (non cotable) - un monstre (B) - un loup (B+)	Bonne symbolisation de la puissance phallique Symbolisation de l'agressivité phallique

Tableau 6-c.
Analyse qualitative de la capacité de symbolisation des enfants du groupe TDS
à la planche VII du test de Rorschach
(hypothèse théorique H6).

	Projections formulées à la planche VII	Analyse qualitative de la capacité de symbolisation à la planche VII
Charlotte	- deux bébés avec leur coussin	Symbolisation régressive
Laure	- des anges avec un anneau sur la tête - des petits lapins ils dansent ils s'éclatent	Symbolisation idéalisée Symbolisation régressive Défense maniaque à visée anti-dépressive
Zita	- des petits chiens sur des rochers - deux phoques	Symbolisation régressive
Myriam	- des lapins non si des lapins	Symbolisation régressive
Elisée	- refus	Absence de symbolisation du sexuel féminin
Jean	- deux petits chiots sur une pierre et entre les pierres une libellule coincée - un reflet dans l'eau	Symbolisation régressive
Stéphane	- deux chiens en train de manger de la viande	Symbolisation régressive orale
Pauline	- des fesses là et la raie (E) - des filles avec une crête là, le nez, la bouche et elles dansent elles vont bientôt s'embrasser, c'est des g.o.u.i.n.e.s. (en épelant) (C)	Mauvaise symbolisation du sexuel féminin sur un mode homosexuel et régressif anal
Héloïse	- deux indiennes qui dansent avec une plume, les genoux pliés (B)	Bonne symbolisation du sexuel féminin Défense maniaque à visée anti-dépressive
Xavier	- deux filles (B+) - un couteau - des bottes	Bonne symbolisation du sexuel féminin Symbolisation de l'agressivité phallique

Le tableau 6-c va particulièrement retenir notre attention du fait que les analyses qualitatives qu'il inclut discriminent les enfants présentant des troubles du sommeil des autres enfants de la recherche. En effet, nous observons que **six enfants ont recours à une symbolisation régressive à la planche VII** qui renvoie habituellement à l'image maternelle. Ainsi, Charlotte projette « deux bébés avec leur coussin », Laure et Myriam, « des petits lapins », Zita, « des petits chiens », Jean, « des petits chiots » et « un reflet dans l'eau » et Stéphane « deux chiens en train de manger de la viande ». Cette tendance marquée à la régression suscitée par la confrontation à l'image maternelle est observée de manière moins fréquente dans le groupe des enfants anxieux et quasiment pas chez les enfants du groupe témoin.

De ces considérations portant sur les analyses effectuées auprès des enfants du groupe TDS, nous pouvons affirmer que **ces derniers peuvent symboliser la puissance phallique ainsi qu'ils l'effectuent majoritairement à la planche IV**. Mais cette symbolisation s'accompagne d'une **sensibilité au « dynamisme » à la planche VI, signe de lutte contre la position passive, et de la projection de pulsions agressives**. En ce qui concerne **la relation établie à l'endroit de l'image maternelle, cette dernière semble se poursuivre, pour la plupart, sur un mode régressif**.

Les enfants anxieux se distinguent principalement de par leur plus faible capacité à symboliser la puissance phallique comparativement aux enfants des deux autres groupes. Une lecture du tableau 6-d montre que la moitié des enfants ne parvient pas à effectuer une telle symbolisation (trois d'entre eux refusent la planche). Deux autres enfants en formulent une « mauvaise » (« un loup dans la grotte » pour Hector et « un clown avec de grosses chaussures » pour Edouard) et trois seulement effectuent une projection satisfaisante de la puissance phallique même si cette dernière possède une valence phobique (« un dragon » pour Axèle et « un méchant » pour Lucas et Dimitri). **Cette observation conforte un des résultats que nous avons obtenu lors de l'analyse de l'hypothèse théorique H1** : les enfants anxieux semblent pour la plupart rencontrer une **difficulté à réaliser un travail de mentalisation** faute d'un espace imaginaire suffisamment riche.

Tableau 6-d.
Analyse qualitative de la capacité de symbolisation des enfants du groupe ANX
à la planche IV du test de Rorschach
(hypothèse théorique H6).

	Projections formulées à la planche IV	Analyse qualitative de la capacité de symbolisation à la planche IV
Marc	- refus	Absence de symbolisation de la puissance phallique
Hector	- un loup dans la grotte (B-)	Mauvaise symbolisation de la puissance phallique Symbolisation du sexuel féminin (inversion)
Axèle	- un dragon avec la tête la queue et les ailes (B+)	Bonne symbolisation de la puissance phallique
David	- refus	Absence de symbolisation de la puissance phallique
Edouard	- on dirait aussi une chauve-souris - un clown avec de grosses chaussures	Mauvaise symbolisation de la puissance phallique (image dévalorisée)
Lucie	- refus	Absence de symbolisation de la puissance phallique
Erwan	- un castor	Absence de symbolisation de la puissance phallique
Lucas	- un grand méchant (C)	Bonne symbolisation d'une puissance phallique agressive
Cécile	- une chauve-souris	Absence de symbolisation de la puissance phallique
Dimitri	- un géant (B+)	Bonne symbolisation de la puissance phallique

Tableau 6-e.
Analyse qualitative de la capacité de symbolisation des enfants du groupe ANX
à la planche VI du test de Rorschach
(hypothèse théorique H6).

	Projections formulées à la planche VI	Analyse qualitative de la capacité de symbolisation à la planche VI
Marc	- un avion (B+)	Bonne symbolisation de la puissance phallique
Hector	- un loup c'est tout (B-)	Mauvaise symbolisation de la puissance phallique
Axèle	- refus	Absence de symbolisation de la puissance phallique
David	- un dragon (B+)	Bonne symbolisation de la puissance phallique
Edouard	- on dirait un arbre (B)	Bonne symbolisation de la puissance phallique
Lucie	- refus	Absence de symbolisation de la puissance phallique
Erwan	- un loup (B-)	Mauvaise symbolisation de la puissance phallique
Lucas	- un tapis d'ours très bizarre	Absence de symbolisation de la puissance phallique
Cécile	- une route avec de l'eau	Symbolisation régressive
Dimitri	- un lion sur un tapis... il est vidé c'est la peau qui fait tapis	Symbolisation de l'agressivité anale

La lecture du tableau 6-e concernant les projections effectuées par les enfants anxieux à la planche VI permet de formuler la même remarque que précédemment : nous recensons moins fréquemment de bonnes symbolisations de la puissance phallique et surtout, nous relevons davantage d'absences de symbolisations, **signe patent d'inhibition psychique chez ces enfants**. Seuls Marc (« un avion »), David (« un dragon ») et Edouard (« un arbre ») parviennent à une symbolisation satisfaisante de la puissance phallique. Les autres enfants échouent dans ce travail de mentalisation comme Hector et Erwan (« un loup » qui est une mauvaise symbolisation) ou comme Axèle et Lucie qui se refusent à toute projection à cette planche (refus). Cette difficulté à symboliser la puissance phallique s'avère tout de même moins nette à la planche VI comparativement à la planche IV. La raison pourrait tenir à la symbolique plus complexe de la planche VI ainsi que nous l'avons rappelé antérieurement.

Dans le tableau 6-f, nous pouvons observer que seul Dimitri symbolise de manière satisfaisante le sexuel féminin à la planche VII, mais ceci en même temps qu'il projette une difficulté de séparation-individuation vis-à-vis de l'image maternelle. Quatre autres enfants, dont deux par refus (David et Lucie), ne symbolisent absolument pas le sexuel féminin. Enfin, deux enfants font part d'une image maternelle pleine de dangerosité : « une mygale » pour Marc, représentant la mère orale et agressive et « deux revolvers » pour Lucas, évoquant la mère phallique et agressive. Trois autres enfants projettent une image maternelle plus sécurisante mais qui nécessite une régression (« des lapins » ou « des enfants » pour Hector, Axèle et Edouard). **Le recours à la régression demeure toutefois moins fréquent que dans le groupe TDS**. A la lecture de ces résultats, nous pourrions supposer que **la symbolisation du sexuel féminin et donc de l'image maternelle à cette planche semble représenter un travail laborieux pour les enfants anxieux**.

<p>Retenons que les enfants anxieux ont plus souvent recours au mécanisme d'inhibition que les enfants des deux autres groupes, ce qui se perçoit dans le nombre de refus plus élevé aux trois planches étudiées (7 au total contre 1 chez les enfants du groupe TDS et 2 chez les enfants du groupe témoin).</p>
--

Tableau 6-f.
Analyse qualitative de la capacité de symbolisation des enfants du groupe ANX
à la planche VII du test de Rorschach
(hypothèse théorique H6).

	Projections formulées à la planche VII	Analyse qualitative de la capacité de symbolisation à la planche VII
Marc	- une mygale	Symbolisation de l'agressivité orale
Hector	- des lapins avec leur queue	Symbolisation régressive
Axèle	- des enfants sur un caillou - une pancarte	Symbolisation régressive
David	- refus	Absence de symbolisation du sexuel féminin
Edouard	- deux petits lapins qui se regardent avec les oreilles et les pattes ils sont en train de courir	Symbolisation régressive
Lucie	- refus	Absence de symbolisation du sexuel féminin
Erwan	- un papillon	Absence de symbolisation du sexuel féminin
Lucas	- deux revolvers	Symbolisation de l'agressivité phallique
Cécile	- des nuages	Absence de symbolisation du sexuel féminin
Dimitri	- deux sœurs jumelles ou une fille qui se regarde dans un miroir (B+)	Bonne symbolisation du sexuel féminin Symbolisation de la difficulté de séparation-individuation et d'un positionnement narcissique

Les enfants du groupe TEM montrent quasiment tous une capacité à symboliser de manière très satisfaisante une puissance phallique pouvant parfois être perçue comme agressive ou dangereuse (cf. tableaux 6-g et 6-h). En effet, 9 sur 10 peuvent effectuer ce travail de symbolisation sur au moins une des deux planches proposées (IV et/ou VI). Seul Igor refuse toute projection à la planche IV en même temps qu'il ne fera que symboliser de l'agressivité à la planche VI (« une tête de loup »).

A la différence des enfants présentant des troubles du sommeil, soulignons que **les enfants témoins semblent moins sensibles à l'aspect « dynamique » de la planche VI**, ce qui augure d'une défense moins massive contre la position passive. Pour exemples de réponses, nous retiendrons chez les enfants témoins la « girafe écrasée » de Théo, « une arme qui est plantée » chez Achille ou encore « une tête de lion » chez Yvan. Du fait de cette acceptation plus aisée de la position passive qu'impose la puissance phallique agressive et virile représentée par la planche VI, **les enfants du groupe TEM y effectuent un travail de symbolisation plus efficace que les enfants du groupe TDS**. En effet, nous comptabilisons à travers l'ensemble de leur protocole 8 réponses côtés B+ selon la liste de Cassiers (1969) contre 3 seulement et au total chez les enfants du groupe TDS.

Concernant la planche VII, les enfants du groupe TEM **ne parviennent que peu fréquemment à formuler des symbolisations du sexuel féminin** mais **davantage, toutefois, que les enfants des deux autres groupes**. Ainsi, quatre d'entre eux projettent une représentation du sexuel féminin et ceci par le biais d'une forme adéquate ou non (B, B+ ou B-) : « des fleurs autour d'un poteau » chez Théo, « deux dames qui se parlent » chez Achille, « une jupe » chez Emilie et enfin « une fée » chez Zoé. Comparativement, seuls deux enfants réalisent ce travail de symbolisation dans le groupe TDS (Héloïse avec les « deux indiennes » et Xavier avec les « deux filles ») et uniquement Dimitri dans le groupe ANX (« deux sœurs jumelles ou une fille qui se regarde dans un miroir »).

Toujours à la planche VII, nous pouvons observer, dans le tableau 6-i, un **recours très peu fréquent à la régression** (chez Léon, « deux chiens ») mais une tendance à projeter davantage d'agressivité phallique (« deux monstres » pour Achille, « un petit monstre » pour Julia et « quelqu'un qui s'est fait coupé en deux pour Lydia), ce qui différencie les enfants témoins des enfants présentant des troubles du sommeil.

En définitive, il s'avère que **les enfants du groupe témoin semblent avoir des capacités de symbolisation du phallique et du sexuel féminin globalement plus satisfaisantes aux planches VI et VII** du test de Rorschach et ceci comparativement aux enfants des deux autres groupes.

Tableau 6-g.
Analyse qualitative de la capacité de symbolisation des enfants du groupe TEM
à la planche IV du test de Rorschach
(hypothèse théorique H6).

	Projections formulées à la planche IV	Analyse qualitative de la capacité de symbolisation à la planche IV
Aline	- ça ressemble à quelqu'un qui fait une roulade en avant	Absence de symbolisation de la puissance phallique
Théo	- un loup (B)	Bonne symbolisation de la puissance phallique
Achille	- un gros méchant avec trois pieds et des mains comme des filets... il attaque (C)	Bonne symbolisation d'une puissance phallique agressive
Léon	- un monstre avec trois pattes (B)	Bonne symbolisation de la puissance phallique
Emilie	- une araignée - des pieds dans des chaussures (B+)	Symbolisation de l'agressivité Bonne symbolisation de la puissance phallique
Zoé	- un monstre (B) - des têtes de loup	Bonne symbolisation de la puissance phallique Symbolisation de l'agressivité phallique
Igor	- refus	Absence de symbolisation de la puissance phallique
Julia	- une chauve-souris qui lève ses ailes... les ailes repliées enroulées (B) - des pinces d'écrevisses	Bonne symbolisation de la puissance phallique Symbolisation de l'agressivité phallique
Yvan	- un insecte - quelqu'un, une personne là aussi	Absence de symbolisation de la puissance phallique
Lydia	- un fantôme - un monstre (B)	Bonne symbolisation de la puissance phallique

Tableau 6-h.
Analyse qualitative de la capacité de symbolisation des enfants du groupe TEM
à la planche VI du test de Rorschach
(hypothèse théorique H6).

	Projections formulées à la planche VI	Analyse qualitative de la capacité de symbolisation à la planche VI
Aline	- un arbre au milieu avec une montagne dessus des deux côtés (B+)	Bonne symbolisation de la puissance phallique
Théo	- une girafe écrasée	Symbolisation de l'agressivité phallique
Achille	- une arme qui est plantée - un robot qui vole comme un avion (B)	Symbolisation de l'agressivité phallique Bonne symbolisation de la puissance phallique
Léon	- un animal imaginaire qui n'existe pas	Absence de symbolisation de la puissance phallique
Emilie	- un cou de girafe (B+) - des moustaches (B+) - un nez de vache (B+)	Bonne triple symbolisation de la puissance phallique
Zoé	- des dents - une moustache (B) - une épée qu'on plante sur quelqu'un avec du sang noir	Bonne symbolisation de la puissance phallique Symbolisation de l'agressivité phallique
Igor	- une partie de la France ici - ça c'est une tête de loup (B+)	Bonne symbolisation d'une puissance phallique agressive
Julia	- des plumes (B+) - une tête d'oiseau (B+)	Bonne double symbolisation de la puissance phallique
Yvan	- une tête de lion (B+) - une étoile	Bonne symbolisation d'une puissance phallique agressive
Lydia	- un panneau avec de la fumée autour (B)	Bonne symbolisation de la puissance phallique

Tableau 6-i.
Analyse qualitative de la capacité de symbolisation des enfants du groupe TEM
à la planche VII du test de Rorschach
(hypothèse théorique H6).

	Projections formulées à la planche VII	Analyse qualitative de la capacité de symbolisation à la planche VII
Aline	- ça c'est des voiles et ça pour les tenir	Absence de symbolisation du sexuel féminin
Théo	- des fleurs autour d'un poteau (B-)	Mauvaise symbolisation du sexuel féminin Symbolisation de la bisexualité (car symbolisation de la puissance phallique dans la même réponse)
Achille	- deux dames qui se parlent (B) - deux monstres qui se cherchent	Bonne symbolisation du sexuel féminin Symbolisation de l'agressivité phallique
Léon	- deux rochers - deux chiens	Symbolisation régressive
Emilie	- une jupe (B+)	Bonne symbolisation du sexuel féminin
Zoé	- une fée (B-)	Mauvaise symbolisation du sexuel féminin
Igor	- la moitié d'un bonhomme - un hippocampe - un papillon j'ai pas trop d'idées	Absence de symbolisation du sexuel féminin
Julia	- un petit monstre, les yeux, les bras, les pieds	Symbolisation de l'agressivité phallique
Yvan	- refus	Absence de symbolisation du sexuel féminin
Lydia	- quelqu'un qui s'est fait couper en deux - deux fourmis	Symbolisation de l'agressivité anale

En définitive et en résumé, l'analyse qualitative des capacités de symbolisation des enfants des trois groupes aux planches IV, VI et VII du test de Rorschach nous a permis de formuler les observations suivantes.

- Les enfants du groupe TDS parviennent, grâce à une capacité de mentalisation satisfaisante dévoilée dans l'analyse de l'hypothèse théorique H1, à **effectuer fréquemment de « bonnes » symbolisations de la puissance phallique à la planche IV du test de Rorschach mais moins fréquemment à la planche VI**, comparativement aux enfants du groupe témoin.

Cette difficulté du travail de symbolisation à la planche VI et constatée également à la planche VII s'explique par les tendances suivantes caractéristiques de ces enfants :

- une **sensibilité accrue à l'aspect « dynamique », viril et agressif de la planche VI** qui augure probablement et chez certains d'entre eux d'une défense plus vive face à la position passive qu'impose une puissance phallique alors source d'angoisse de castration,

- la **symbolisation régressive** effectuée à l'endroit de l'image féminine et maternelle.

- Les enfants du groupe ANX se caractérisent une nouvelle fois de par les difficultés qu'ils rencontrent à effectuer un travail de symbolisation satisfaisant, tant concernant la puissance phallique que le sexuel féminin. Beaucoup d'entre eux font là encore preuve d'une **inhibition psychique** invalidante et signe d'une défense rigide contre l'angoisse.

- Les enfants du groupe TEM peuvent être considérés comme possédant les **capacités de symbolisation de la puissance phallique et du sexuel féminin les plus efficaces** comparativement aux enfants des deux autres groupes.

Les données issues du **conte des métamorphoses** et leurs analyses statistiques sont fournies dans le tableau 6-j de la page suivante.

Concernant la qualité de l'investissement de l'image paternelle, nous observons que cette dernière est plus souvent négative dans les groupes TDS et ANX, comparativement au groupe TEM (TDS - TEM : $.02 < \alpha < .05$; ANX - TEM : $.01 < \alpha < .02$). **Chez les enfants souffrant de troubles du sommeil, cette image est fréquemment dévalorisée** comme chez Laure, Myriam, Elisée et Xavier qui projettent une transformation du père en « crapaud », ou encore comme chez Stéphane qui évoque un père devenu « paresseux parce qu'il est feignant ». Cette image peut aussi être vécue comme plus dangereuse comme chez Jean qui transforme le père en « serpent pour attraper les autres ». Enfin, Pauline se refuse à toute projection (refus) ainsi qu'elle le fera avec l'image maternelle. **Les enfants du groupe ANX**

formulent également des projections dévalorisantes à l'encontre de cette image paternelle peut-être vécue comme encore plus fréquemment source d'angoisses. Ainsi, chez Marc, Hector, Lucie et Dimitri, nous pouvons observer cette dépréciation de l'image : le père est transformé en « âne », en « lézard », en « crapaud » ou encore en « singe pour rigoler ».

Tableau 6-j.
Récapitulatif des données issues du test des contes concernant
la qualité des images parentales
(hypothèse théorique H6).

	Groupe troubles du sommeil N = 10 (TDS)	Groupe anxieux N = 10 (ANX)	Groupe témoin N = 10 (TEM)	Test du χ^2 1 TDS - ANX	Test du χ^2 1 TDS - TEM	Test du χ^2 1 ANX - TEM
Nombre d'investissements positifs de l'image paternelle au conte des métamorphoses (Q.1).	3	2	7	N.S.	.02 < α < .05	.01 < α < .02
Nombre d'investissements positifs de l'image maternelle au conte des métamorphoses (Q.2).	5	8	8	.10 < α < .20	.10 < α < .20	N.S.

Chez Axèle, David, Lucas et Cécile, nous notons **davantage d'angoisses réactivées** par cette transformation à opérer : le père devient « souris parce qu'il aime pas son papa », « fourmi pour l'écrabouiller » ou « chien parce qu'il est pas heureux ». **La qualité de l'image paternelle est donc dans ces deux groupes, TDS et ANX, très controversée car dévalorisée.** Deux hypothèses peuvent alors être formulées : soit l'image paternelle représente une puissance phallique redoutée et donc agressée et dévalorisée, soit cette même image ne représente pas la puissance phallique. **Dans tous les cas, la majorité de ces enfants n'acceptent pas ou ne reconnaissent pas sans difficulté la puissance phallique qui est habituellement l'attribut de l'image paternelle.**

La qualité de l'investissement de l'image maternelle perçue dans le conte des métamorphoses semble **moins fréquemment positive dans le groupe des enfants ayant des troubles du sommeil.** Mais ceci demeure une tendance véritablement très peu significative sur un plan statistique (TDS - ANX : $.10 < \alpha < .20$; TDS - TEM : $.10 < \alpha < .20$). Retenons que cette image est **probablement plus souvent perçue chez ces enfants comme incarnant une puissance phallique dangereuse** : chez Jean, la mère devient « un crocodile parce qu'elle est féroce », chez Stéphane, « une fourmi pour l'écraser si elle commande » et chez Héloïse « un éléphant parce qu'elle est grosse ». Rappelons que lors de la vérification de l'hypothèse théorique H5-a, nous avons examiné les réponses formulées par les enfants du groupe TDS aux questions concernant leur relation à leur mère. La majorité d'entre eux la qualifiaient de calme, rassurante et sécurisante. Cette comparaison des données recueillies au test des contes et à l'entretien dévoile que **l'aspect potentiellement phallique et dangereux de l'image maternelle n'accède pas à la conscience des enfants qui la caractérisent ainsi.**

Une **analyse individuelle** montre que si **certains des enfants du groupe TDS** ont une capacité à symboliser la puissance phallique notamment à la planche IV du test de Rorschach, ils **sont en revanche peu nombreux (3 enfants) à reconnaître que l'image paternelle puisse en être porteuse.** Cette observation est effectuée **en comparaison avec les enfants du groupe TEM** dont 7 d'entre eux perçoivent en l'image paternelle cette puissance phallique.

Ainsi, l'analyse globale et individuelle des données issues du test de Rorschach et du test des contes nous permet de conforter **l'hypothèse qu'il existe chez les enfants du groupe TDS une relation à l'image paternelle (représentante de la puissance phallique) plus problématique que chez les enfants témoins.**

En définitive, **nous ne pouvons vérifier l'hypothèse théorique H6 telle que formulée.** En revanche, nous pouvons en conclure que les enfants présentant des troubles du

sommeil ont **une relation aux images parentales qui se spécifie nettement de celle des enfants du groupe témoin**. Vis-à-vis de la puissance phallique, il semble que les enfants du groupe TDS se défendent activement et avec agressivité contre l'angoisse de castration qu'elle génère lorsque sa représentation impose une régression à la position passive. **La relation à l'image paternelle peut ainsi être qualifiée de plus problématique** d'autant que la puissance phallique qui lui est habituellement dévolue ne s'avère pas souvent reconnue. Concernant le rapport au sexuel féminin dont l'image maternelle est porteuse, les enfants du groupe TDS établissent à son endroit **une relation régressive qui augure également d'une relation moins satisfaisante** que celle établie par les enfants du groupe témoin.

6.1.7. Analyse de l'hypothèse théorique H7.

H7. Les mères des enfants anxieux en période de latence souffrant de troubles du sommeil n'ont pas élaboré l'une ou plusieurs des angoisses suivantes : l'angoisse de mort, l'angoisse de séparation et/ou l'angoisse de castration.

La vérification de l'hypothèse théorique H7 passe tout d'abord par l'analyse approfondie des entretiens menés auprès des mères des enfants et principalement à travers les réponses qu'elles apportent aux thèmes retenus dans l'opérationnalisation.

Pour des raisons évidentes de concisions, nous ne présenterons pas l'analyse individuelle de chacun des entretiens mais nous citerons des exemples de réponses afin de soutenir et illustrer nos propos. Notre démarche, pour chacun des groupes, est de **mettre en lumière les réponses aux interrogations ayant abordé des événements ou vécus réactivant fréquemment de l'angoisse**. Toujours pour chaque groupe de mères, nous tenterons d'établir **lesquelles semblent présenter davantage d'angoisse**. Nous tenons à préciser dès à présent que la nature des angoisses réactivées par l'entretien ne peut être facilement établie, ce qui nous amène à considérer que la recherche de cette nature pourra s'établir à partir de l'étude des protocoles de Rorschach. Du fait des difficultés d'opérationnalisation de critères précis, les conclusions obtenues grâce à la lecture qualitative et clinique des entretiens doivent être comprises comme des tendances pouvant orienter ou non la vérification de l'hypothèse. **L'analyse comparative** des données issues des entretiens sera effectuée à la suite.

A la lecture des entretiens des mères d'enfants présentant des troubles du sommeil, il nous apparaît que **trois observations principales** peuvent être formulées.

Tout d'abord, trois d'entre elles évoquent une grossesse anxieuse (les mères de Laure, de Jean et de Stéphane), deux autres relatent un accouchement difficile (les mères d'Héloïse et de Xavier) et encore trois autres verbalisent une grossesse et un accouchement ayant suscité de fortes angoisses (les mères de Charlotte et de Zita). Ainsi, pour sept mères, il existe **un vécu précoce angoissant autour de l'enfant à venir ou tout juste arrivé**. Nous pourrions rappeler que ces événements sont fréquemment source d'anxiété et alors notre observation ne viendrait que conforter un savoir déjà établi. Mais il nous semble que les événements relatés et leur pouvoir anxieux sont peu banaux, ce qui se constate dans l'analyse comparative que nous effectuerons avec les mères du groupe témoin.

A titre illustratif, la **mère de Charlotte** évoque une grossesse stressante en raison d'un différend avec ses propres parents : « avec le recul sur le moment je l'ai bien vécue (...) par contre je l'ai moins bien vécue avec mes parents ils ont pas bien pris la nouvelle... pour eux j'étais trop jeune ils étaient inquiets... j'étais heureuse mais un peu stressée (...) ». La naissance fut également un événement difficile : « j'étais tendue à la clinique je me souciais beaucoup de comment bien m'occuper de Charlotte... j'avais peur de rater quelque chose ». La mère de Charlotte semblait éprouver des doutes massifs sur sa capacité à mater de manière satisfaisante, doutes qui étaient exacerbés (et transmis !) par ceux de ses propres parents.

La **mère de Zita** a connu quant à elle des événements particulièrement anxieux concernant la grossesse et la naissance de sa fille. Afin d'éviter toute redondance, nous les relaterons plus précisément dans l'analyse clinique de son cas.

Pour dernier exemple, nous pouvons rapporter le cas de la **mère de Xavier** pour qui la naissance de son garçon a également suscité de fortes angoisses. En effet, elle raconte : « il est né par césarienne parce que au dernier moment il était en souffrance fœtale... j'étais un peu perdue parce que je l'ai pas vu tout de suite... je l'ai vu que le lendemain... on avait tout préparé et on a rien vu ». L'angoisse de mort surgit du fait de la souffrance vécue et qui mettait le bébé en péril s'est probablement accompagnée par la suite d'une angoisse de séparation du fait que celui-ci a été placé dans une chambre différente de celle de sa mère.

La deuxième observation que nous voulons formuler a trait aux **troubles du sommeil que connaissent les mères d'enfants** en présentant eux-mêmes. Nous constatons que **peu d'entre elles souffrent** de ces symptômes (les mères de Laure, Zita et Héloïse), ainsi que nous pouvons l'évaluer pour les deux autres groupes (trois mères chez les mères d'enfants anxieux et trois également chez les mères d'enfants témoins). Concernant les enfants de cette étude et leur mère, il ne semble donc pas exister entre eux une « transmission » du symptôme.

La **mère de Laure** présente des réveils nocturnes, symptômes de l'anxiété dont elle dit souffrir : « je dors pas beaucoup... je m'endors vite mais si je suis réveillée en pleine nuit je me rendors pas ». Afin de lutter contre ces réveils, elle a pris « des trucs à base de plantes », ainsi que sa fille qui a reçu des « trucs homéopathiques ».

La **mère d'Héloïse** indique seulement prendre parfois des somnifères lorsqu'elle n'arrive pas à dormir. Pour elle, l'endormissement difficile semble trahir des angoisses qui viennent prendre pour objets la voiture et la maladie.

Les troubles du sommeil de la **mère de Zita** sont des révélateurs de son angoisse. Nous l'évoquerons dans l'analyse clinique de son cas.

Enfin, la dernière remarque que nous voulions soulever concerne **l'anxiété éprouvée par ces mères à travers les événements passés ou présents qu'elles rapportent**.

La **moitié des mères** interrogées sont concernées par cette dernière observation (les mères de Charlotte, Laure, Zita, Jean et Héloïse). Leur **niveau d'anxiété nous apparaît comme élevé** au regard des réponses qu'elles nous fournissent à l'entretien.

Nous pouvons mentionner le cas de la **mère de Charlotte** dont nous avons déjà entrevu les difficultés précoces rencontrées lors de la grossesse et de l'accouchement. Cette femme perçoit bien son caractère anxieux, l'angoisse de mort que certains événements peuvent réactiver (comme l'opération de sa grand-mère) et elle rapporte l'accident dont a été victime Charlotte avec émotion : « depuis qu'elle a eu un accident de la route parce qu'avant elle était intrépide... elle a traversé la route et j'ai rien pu faire... elle allait avoir trois ans (...) mon sang n'a fait qu'un tour (...) moi aussi j'ai eu très peur oui... peut-être que nous aussi on lui a fait peur après avec les voitures... moi aussi j'avais peur après ». Le caractère traumatique et angoissant de cet épisode de vie est remarquable à travers la formulation de la réponse. Aussi, cette mère a connu un vif sentiment d'impuissance, or nous avons perçu chez elle l'angoisse de parvenir à tout prévoir et gérer.

Le cas très révélateur de la **mère de Zita** sera abordé dans l'étude clinique de son cas puisqu'il nous servira de vignette illustrative.

Concernant la **mère de Laure**, nous observons des troubles du sommeil et des problèmes financiers passés très anxiogènes ayant d'ailleurs eu un impact non négligeable sur l'état psychologique de cette mère lors des premières interactions avec sa fille. Elle évoque assez longuement un épisode de la vie de sa fille qui la questionne et l'inquiète encore : Laure aurait été enfermée une nuit chez son grand-père maternel sans qu'il n'y ait jamais eu d'explications véritables de la part de ce dernier. Cette femme se souvient également avoir été une fille anxieuse qui présentait des maux de ventre quand elle passait des examens.

Les **mères de Jean et Héloïse** présentent des peurs diverses ayant des objets assez précis. La première craint pour sa santé et celle de son entourage. Elle a aussi peur d'être agressée surtout depuis son adolescence. Cette anxiété qu'elle se reconnaît semble, pour elle, avoir un caractère « héréditaire »

puisque sa mère était elle-même une femme anxieuse. La mère d'Héloïse a, quant à elle, peur de la voiture et des maladies, notamment depuis que son mari a fait un malaise.

Parmi les mères d'enfants souffrant de troubles du sommeil, nous pouvons considérer que **cinq d'entre elles présentent davantage d'angoisses** en raison des événements qui ont jalonné leur parcours de vie et de par la manière dont elles les relatent.

Ainsi, la **mère de Charlotte** cumule une grossesse, un accouchement et un allaitement rendus anxiogènes de par sa crainte exacerbée de ne pas parvenir à dépasser ces événements de manière satisfaisante. De plus, nous avons mentionné son anxiété née de l'accident de sa fille et le rôle central qu'elle occupe dans la sphère familiale, puisqu'elle assure seule des revenus réguliers. Enfin, sa position face aux troubles du sommeil de sa fille indique qu'elle-même vit avec difficulté la séparation car toutes deux dorment ensemble lorsque le père est absent.

La **mère de Laure** peut également être considérée comme anxieuse avec les soucis qu'ont générés ses difficultés financières passées, ses réveils nocturnes et ses questionnements autour des agissements de son propre père vis-à-vis de sa fille. Concernant les troubles de Laure, nous avons noté que la relation précoce mère-fille a peut-être favorisé l'ancrage du symptôme autour de la fonction sommeil : elle réveillait sa fille pour lui donner à boire.

La **mère de Zita** présente quant à elle une angoisse de mort massive qui se lit de manière latente et manifeste autour de la grossesse et de l'accouchement. Elle est de plus une femme très anxieuse de par les événements qu'elle vit et qu'elle a vécu : des opérations multiples, une adolescence difficile, une éducation assurée par la grand-mère décédée dont elle fait difficilement le deuil, une profession en rapport avec la maladie et diverses somatisations.

La **mère d'Héloïse** évoque la grossesse peu épanouie de par l'absence du père et surtout la remarque négative de ce dernier concernant sa fille qui venait de naître. Elle en fut apparemment très touchée émotionnellement. Elle est une femme inquiète pour sa fille, qui ne trouve parfois pas le sommeil et qui présente des phobies diverses. Elle connaît également une angoisse de mort qui s'objective à l'endroit de son mari dont l'état de santé l'inquiète.

Enfin, nous pouvons également considérer la **mère de Xavier** comme anxieuse. La naissance a connu des complications génératrices d'angoisse de mort. Sa propre grand-mère est décédée quand son fils avait dix-huit mois et elle a eu avec ce dernier un accident de voiture. Ces deux événements sont susceptibles d'avoir entretenu une angoisse de mort déjà latente. Cette femme se juge anxieuse en raison des changements qui affectent son univers

professionnel. Elle se rappelle avoir été une petite fille anxieuse qui redoutait les départs en colonies.

L'analyse attentive des entretiens des mères des enfants anxieux aboutit à soulever **deux remarques** que nous étayons ci-après.

Premièrement, pour toutes les femmes interrogées, excepté la mère de Dimitri, il existe soit une grossesse, un accouchement ou un allaitement problématique susceptible de générer de l'angoisse. Plus précisément, cinq mères sur sept ont connu une grossesse angoissante qui s'est poursuivie par un accouchement problématique pour deux d'entre elles et d'un allaitement difficile pour les trois autres. La mère d'Erwan retrace quant à elle un accouchement et un allaitement mêlés de complications. **Chez la majorité des mères d'enfants anxieux (six sur sept), nous recensons donc au moins deux événements précoces anxiogènes ayant pu affecter la relation future avec l'enfant.** Nous pouvons formuler d'emblée la remarque que ces épisodes de vie précoces et angoissants semblent plus fréquents dans ce groupe que dans le groupe TDS et que **l'allaitement paraît y être plus souvent source de difficultés.**

A titre d'exemples, la **mère d'Hector**, qui pensait ne pas pouvoir avoir d'enfants, a connu une grossesse et un accouchement ayant provoqué une vive angoisse de mort. Elle raconte : « à six mois de grossesse j'ai été en clinique car on pensait qu'on allait le perdre (...) j'ai été marié une première fois pendant sept ans et on a pas eu d'enfants... j'avais pas réussi à avoir d'enfants... je pensais pas pouvoir en avoir (...) ». Concernant la naissance, elle ajoute : « pendant le travail on a plus entendu son cœur et pis c'est reparti parce qu'ils ont injecté quelque chose... moi je le voyais mort (...) après j'ai été en stress permanent pendant six mois ». Suite à cette grossesse inespérée, cet enfant « précieux » à naître a failli décéder une première fois pendant la grossesse puis durant l'accouchement, ce qui peut s'envisager comme une accumulation d'événements stressants. La mère d'Hector pense avoir « stressé » pendant six mois, délai qu'il lui a peut-être fallu attendre avant que de pouvoir trouver un moyen de juguler l'angoisse de mort réactivée par cet épisode difficile.

La **mère d'Erwan**, dont nous reparlerons dans le cadre des études cliniques approfondies, rapporte à travers ses dires un accouchement qu'elle a vécu avec angoisse.

La **mère de Marc** a surtout été affectée pendant la grossesse par le décès de sa propre grand-mère qui l'a élevée. La naissance de Marc a été marquée par le fait qu'il était positionné en siège, ce qui a nécessité d'effectuer une césarienne.

Enfin, toujours dans la volonté d'illustrer nos propos, la **mère d'Axèle** raconte que sa fille n'était au départ pas désirée puisqu'il s'agissait d'une grossesse sur stérilet. En conséquence de la présence de ce moyen de contraception, des risques de fausse-couche ont perduré jusque six mois. L'allaitement n'a quant à lui pas été vécu de manière heureuse, ce qu'elle regrette toujours à présent.

La seconde remarque que nous voulions formuler à propos des entretiens auprès de ces mères est que **la plupart (cinq sur sept) se prétendent anxieuses, ce qu'elles justifient de manières très diverses**. Notons que trois d'entre elles ont ou ont présenté comme symptôme de leur angoisse des troubles du sommeil.

La **mère d'Axèle** rapporte ainsi une fatigue qu'elle met en lien avec son activité professionnelle et avec la « gestion » de la maison. Au-delà de cette fatigue, une anxiété semble exister et qui se manifeste à travers des réveils nocturnes nécessitant parfois la prise de somnifères. Elle juge avoir été une jeune fille anxieuse. Elle raconte : « au travail j'ai l'impression que c'est difficile... je me demande si je vais y arriver...et pis j'arrive car je mène la maison à bout de bras... c'est fatigant... jeune j'avais des gastrites et de l'eczéma plein la tête ».

Les explicitations de la **mère d'Erwan** à propos de son anxiété seront évoquées dans l'analyse clinique de son cas.

La **mère de Marc** est très soucieuse pour la santé de ses enfants et surtout pour celle de justement de Marc qui a souffert d'anémie.

L'anxiété de la **mère d'Hector** est justifiée par un « stress » global pour le travail, les enfants et la maison. Elle a peur « d'oublier ou de mal faire », comme son fils.

Enfin, la **mère d'Edouard** raconte qu'elle a été « martyrisée psychologiquement » lorsqu'elle était plus jeune et qu'elle ne tient pas à « donner son stress » à son enfant.

Nous pouvons ainsi considérer que **cinq des sept mères d'enfants anxieux s'avèrent être des femmes plutôt anxieuses**. Leurs angoisses se perçoivent à travers leurs dires concernant la relation précoce à l'enfant et dans les événements qu'elles connaissent encore actuellement.

La **mère de Marc** cumule une grossesse endeuillée, un accouchement compliqué et une inquiétude exacerbée pour la santé de son fils.

Par deux fois, la **mère d'Hector** s'est angoissée très précocement pour la vie de son fils. Elle est une femme qui se décrit comme stressée dans tous les domaines de la vie quotidienne et qui craint de ne pas réussir.

La **mère d'Axèle** a connu également une relation précoce difficile avec son enfant du fait de la grossesse inattendue et de l'allaitement décevant. Elle aussi se juge fatiguée par la gestion du quotidien et ses nuits sont troublées.

La **mère d'Edouard** fut peu soutenue pendant la grossesse du fait de l'absence de son mari. La longue durée de l'allaitement (15 mois) signe probablement les présences d'une angoisse de séparation et d'une relation de corps à corps avec l'enfant difficile à dépasser. Son comportement à l'égard de son fils est actuellement guidé par son désir de ne pas reproduire les agressions psychologiques dont elle aurait été victime plus jeune.

Enfin, la **mère d'Erwan** a connu des premières relations angoissantes avec son fils du fait d'un accouchement stressant et d'un début d'allaitement compliqué. Elle reste actuellement très anxieuse du fait de son propre état de santé et des risques qui pèsent sur ce dernier.

En ce qui concerne le groupe des mères d'enfants témoins, nous tenions à formuler **trois observations** issues de la lecture de leur entretien.

Tout d'abord, **nous relevons peu de complications ayant trait à la grossesse, à l'accouchement et à l'allaitement.**

La **mère d'Aline** a connu pendant cette période le décès du père d'un de ses amis et ses propres parents ont divorcé.

La **mère d'Emilie** représente la seule femme qui cumule une grossesse compliquée et un accouchement difficile : elle présentait une tension trop élevée et sa fille est née par césarienne en raison d'une souffrance fœtale.

Enfin, la **mère de Julia** confie que l'allaitement n'a pu s'effectuer longtemps car elle était trop anxieuse et n'avait donc pas assez de lait.

La présence de ces événements marquants et anxiogènes s'insinuant dans les relations précoces entre l'enfant et sa mère peut être interprétée comme normative.

Ensuite, nous voulions faire part de cette observation suivante : **un tiers des mères souffrent de troubles du sommeil.**

La **mère d'Aline** présente un endormissement long et des réveils nocturnes.

La **mère de Léon** lutte contre la peur du noir en conservant ses volets ouverts et elle recule chaque soir l'heure du coucher.

Enfin, la **mère d'Igor** dit mal dormir depuis trois ans en raison de problèmes conjugaux.

Cette donnée nous intéresse dans le sens où la présence de troubles du sommeil chez les mères ne semble pas générer *ipso facto* de troubles similaires chez leurs enfants.

Pour finir, **quatre mères sur neuf se jugent anxieuses, ce qui révèle que les angoisses maternelles là aussi et tout de même bien présentes peuvent ne pas être transmises à l'enfant de manière à sous-tendre l'apparition de troubles du sommeil.**

La **mère d'Aline** fait actuellement et avec angoisse le bilan de son évolution sur un plan professionnel et personnel. Elle reste une femme très complexée vis-à-vis de son corps.

L'angoisse de mort est davantage présente dans le discours de la **mère de Léon**. Elle fait des crises de spasmophilie et pense beaucoup à la mort.

La **mère d'Igor** est très angoissée par l'équilibre de son couple et par la santé de ses parents : « je suis anxieuse et puis en ce moment mes parents son malades et pis je me soucie de l'avenir de mon mari de mon couple c'est difficile depuis trois ans ».

Enfin, la **mère de Julia** paraît être une femme très angoissée pour la sécurité de ses enfants étant donné qu'elle-même, plus jeune, a subi une agression qu'elle ne voudra pas évoquer.

Au regard de ces données, quatre femmes issues du groupe témoin se décrivent bien comme plutôt anxieuses et d'ailleurs trois d'entre elles souffrent de troubles du sommeil. Toutefois, **il n'existe pas une accumulation d'événements anxioènes** telle que nous avons pu le relever antérieurement dans les deux autres groupes.

L'analyse comparative des données issues des entretiens auprès des mères nous permet d'avancer **quatre remarques**.

Premièrement, nous avons observé qu'il existe fréquemment **un vécu de grossesse et d'accouchement angoissant chez les mères du groupe TDS et peut-être encore davantage chez les mères du groupe ANX**. Cette angoisse est souvent soutenue par l'apparition de complications dans la réalité et à l'endroit d'événements déjà anxioènes par essence. Les mères des enfants témoins semblent avoir rencontré moins de difficultés lors de ces épisodes de vie.

Deuxièmement, nous avons recensé un **nombre quasi similaire de mères souffrant de troubles du sommeil dans les trois groupes**. Cette donnée ne va pas dans le sens d'une transmission simple et directe du symptôme de la mère vers l'enfant.

Troisièmement, il est intéressant de noter qu'une **proportion presque égale de mères disent souffrir d'anxiété dans les groupes TDS et TEM** (environ la moitié dans chaque groupe), **et comparativement davantage chez les mères du groupe ANX**. Ainsi, le ressenti du vécu anxieux, justifié par des événements de vie divers, se retrouve relativement fréquemment chez les mères de cette étude. Toutefois, et nous l'avons souligné auparavant, **l'intensité des angoisses nous paraît globalement moindre chez les mères d'enfants témoins** du fait notamment de l'absence d'accumulation de vécus anxioènes dans les relations passées avec l'enfant.

Ainsi, et pour clore, l'analyse des entretiens montre que **les mères des groupes TDS et ANX connaissent un niveau d'anxiété probablement plus élevé que les mères du groupe TEM** (et non pas plus fréquemment puisque ces dernières se disent anxieuses dans des proportions similaires). Renforcée et maintenue par les événements passés et présents,

l'anxiété des mères des groupes TDS et ANX semble s'être insinuée précocement dans les relations à l'enfant. La grossesse et l'accouchement (et l'allaitement chez les mères anxieuses) ont souvent réactivé des angoisses qui se sont inévitablement immiscées dans les premières relations avec l'enfant à venir, né ou encore nourrisson.

Outre l'exploitation des données issues de l'entretien qui nous renseigne sur les événements et vécus anxiogènes rencontrés par les mères, nous avons choisi d'analyser certaines données provenant des protocoles du test de Rorschach en espérant obtenir des informations sur la nature des angoisses qui les habitent. Les indicateurs pris en compte et décrits dans l'opérationnalisation des hypothèses ont été rassemblés sous forme de tableau (**tableau 7-j**), ce qui facilitera l'analyse comparative des données obtenues auprès des trois groupes de mères. En revanche, et en ce qui concerne l'analyse des angoisses réactivées par les planches II, IV et VI du test de Rorschach, nous avons opté pour une présentation plus détaillée. Ainsi, nous avons réalisé les regroupements de données suivants :

- les **tableaux 7-a, 7-b et 7-c** renvoient à l'analyse des réponses des **mères des enfants du groupe TDS**, respectivement aux planches II, IV et VI du test de Rorschach,
- les **tableaux 7-d, 7-e et 7-f** concernent l'analyse des réponses des **mères des enfants du groupe ANX**, respectivement aux planches II, IV et VI du test de Rorschach,
- et les **tableaux 7-g, 7-h et 7-i** renvoient à l'analyse des réponses des **mères des enfants du groupe TEM**, respectivement aux planches II, IV et VI du test de Rorschach.

Dans chacun de ces tableaux d'analyse, nous présentons, la nature des angoisses réactivées accompagnée des éléments principaux qui nous permettent de la justifier.

Les réponses des mères des enfants du groupe TDS, comme celles des groupes suivants, sont tout d'abord commentées et comparées au niveau de chaque planche (réponses aux planches II, IV et VI). Puis, nous rassemblerons les données des trois tableaux (7-a, 7-b et 7-c) afin d'avoir une appréciation du niveau d'angoisse de chaque mère.

Tableau 7-a.
Analyse des réponses des mères des enfants du groupe TDS
à la planche II du test de Rorschach
(hypothèse théorique H7).

	Projections formulées à la planche II	Analyse de la nature des angoisses projetées
Mère de Charlotte	- deux personnes en conflit, deux visages rouges, de profil, qui se font des grimaces... c'est le rouge qui fait penser au conflit	Angoisse de castration, mise en relation d'objets sur un versant agressif, connotation conflictuelle soulignée par la couleur rouge
Mère de Laure	- deux poules genre dessin animé qui ont des mains et des pieds... elles se tapent dans les mains - une colonne vertébrale	Angoisse de castration, formation réactionnelle contre l'agressivité suivie d'une réponse cotée anat
Mère de Zita	il y a rien qui me vient à l'esprit - des petits lapins... un animal oui le reflet	Angoisse de castration, tendance à la restriction, dénégation, symbolisation régressive, choc au rouge
Mère de Myriam	- des poumons et le bassin c'est tout	Angoisse de castration, tendance à la restriction, centration sur le corps (anat)
Mère de Elisée	- un cœur... l'histoire du sang - un papillon c'est tout	Angoisse de castration, intellectualisation de la représentation anxieuse (sang) puis refoulement non opérant (papillon, F-)
Mère de Jean	- des clowns qui dansent - je vois du sang - des pingouins ou manchots - au milieu une raie	Angoisse de castration, mise en relation d'objets sur un versant libidinal et érotisé, isolation de la représentation anxieuse (sang), hésitation sur les associations provoquée par l'angoisse
Mère de Stéphane	alors là - l'infini l'univers un trou qui symbolise l'infini au milieu	Angoisse de séparation, intellectualisation, centration sur le Dbl central sans possibilité de s'en dégager
Mère de Pauline	- la même bestiole qui vient de se blesser et qui a du sang dessus... j'aime pas il y a pas de formes arrondies	Angoisse de castration, projection mal symbolisée d'une scène d'agressivité, projection d'affects de déplaisir
Mère de Héloïse	- un trou blanc - le cœur - les poumons	Angoisse de castration, centration sur le Dbl central suivie de deux réponses cotées anat
Mère de Xavier	- le rouge ça me fait penser au sang	Angoisse de castration, centration sur la représentation anxieuse (sang) sans possibilité de s'en dégager

Tableau 7-b.
Analyse des réponses des mères des enfants du groupe TDS
à la planche IV du test de Rorschach
(hypothèse théorique H7).

	Projections formulées à la planche IV	Analyse de la nature des angoisses projetées
Mère de Charlotte	- un monstre de la mythologie avec une toute petite tête, un grand museau, une tête de loup tout gris, des grandes jambes, des grands pieds, un personnage de conte, l'ogre du petit Poucet	Angoisse de castration, hésitations dans les associations, insistance sur la dimension phallique (« grand »)
Mère de Laure	- (grimace) une grosse bestiole de dessins animés avec des grandes oreilles des grandes pattes une grande queue... qui serait assise	Angoisse de castration, choc au rouge, manifestation d'angoisse (grimace), insistance sur la dimension phallique (« grandes »)
Mère de Zita	- pouh 5'' un pied - un museau d'une souris - je vais encore faire de la médecine... j'ai fait de la dissection... donc une souris qu'on écarte	Angoisse de mort, choc au noir, manifestation d'angoisse (« pouh »), référence personnelle concernant la représentation d'une scène d'agressivité mal symbolisée
Mère de Myriam	- rien du tout j'ai pas beaucoup d'imagination... un personnage très grand vu du bas	Angoisse de castration, tendance à la restriction (à observer sur l'ensemble de son protocole), dévalorisation de l'image de soi
Mère de Elisée	- une peau d'ours... ça fait matière - une bête avec des antennes de... euh rien	Angoisse de castration, émergence de l'angoisse venant arrêter le travail de symbolisation par dénégation (« euh rien »)
Mère de Jean	- une espèce de bestiole avec des chaussures à talon... avec les oreilles au niveau de l'arrière-train	-
Mère de Stéphane	- 25'' un monstre informe c'est tout	Angoisse de castration, tendance à la restriction, symbolisation d'une puissance phallique agressive avec insistance sur le versant anxiogène (« informe »)
Mère de Pauline	- on a fait tomber de la peinture par terre, un flacon d'encre de Chine	Angoisse de castration, scène imaginaire prenant comme support la réalité objective
Mère de Héroïse	- les oreilles d'un chien, pointues, un mauvais chien... il montrerait les dents - ah ! un dragon qui vole	Angoisse de castration, insistance sur la dimension phallique accompagnée d'une symbolisation de l'agressivité orale anxiogène (Fclub)
Mère de Xavier	- un géant je vois que ça	-

Tableau 7-c.
Analyse des réponses des mères des enfants du groupe TDS
à la planche VI du test de Rorschach
(hypothèse théorique H7).

	Projections formulées à la planche VI	Analyse de la nature des angoisses projetées
Mère de Charlotte	- une peau de bête sauvage... une peau de... de... je sais pas quel animal... sauvage avec un petit museau	-
Mère de Laure	- une peau de bête qu'on met par terre c'est tout	-
Mère de Zita	- une tête de renard, de loup... dans le haut - comme les peaux d'animaux qui sont étendues	-
Mère de Myriam	- refus	Angoisse de castration, inhibition massive
Mère de Elisée	- des poumons sur des radios - un reflet de quelque chose qui pourrait être sur l'eau... une forêt, un bosquet, une peinture, des roseaux	Angoisse de castration, centration sur corps par le biais d'une représentation de mauvaise qualité formelle (F-) et sans pouvoir symboliser la dimension phallique
Mère de Jean	- 30'' un monsieur pas beau de profil avec un grand nez et un grand menton... elle est pas belle	Angoisse de castration, tendance à l'inhibition, projection négative et anxiogène avec insistance sur la dimension phallique (choc au noir, Fclob)
Mère de Stéphane	- merci... une peau de bête de chèvre avec la colonne au milieu la tête en haut les moustaches	-
Mère de Pauline	- le peintre est maladroit il fait encore tomber ses peintures... ça m'inspire pas c'est moche	Angoisse de castration, scène imaginaire prenant comme support la réalité objective, absence de symbolisation de la dimension phallique, projection d'affects de déplaisir
Mère de Héloïse	- un chat, une carpe de chat, comme un tapis, une peau	-
Mère de Xavier	- la peau d'un animal qui est étalée	-

L'analyse des réponses à la planche II (cf. tableau 7-a, page 177) montre tout d'abord que **son contenu réactive très fréquemment une vive angoisse de castration** (chez les mères de Charlotte, Laure, Zita, Myriam, Elisée, Jean et Xavier) et plus rarement une angoisse de séparation (chez la mère de Stéphane). La diversité des représentations et des mécanismes de défense (dénégation, restriction, intellectualisation, refoulement), même s'ils ne sont pas toujours efficaces, dévoilent **l'étendue satisfaisante de l'espace imaginaire** chez ces mères et leur intéressante capacité de mentalisation. Cette dernière s'avère toutefois **en difficulté dans le travail qui consiste à symboliser l'agressivité oedipienne**. Ainsi, nous remarquons que la réponse « sang » revient fréquemment parmi ces mères : « un cœur... l'histoire du sang » (mère d'Elisée), « je vois du sang » (mère de Jean), « la même bestiole qui vient de se blesser et qui a du sang dessus » (mère de Pauline), « le rouge ça me fait penser au sang » (mère de Xavier).

A travers les réponses à la planche IV (cf. tableau 7-b, page 178), nous constatons une **réactivation également très fréquente de l'angoisse de castration** (chez les mères de Charlotte, Laure, Myriam, Elisée, Stéphane, Pauline et Héroïse). **L'insistance sur la dimension phallique** caractérise parfois les réponses de ces mères, ce qui dévoile alors chez elle une lutte anxigène face à la crainte de la castration et la **revendication phallique** qui s'y joint. Nous avons relevé cette tendance chez les mères de Charlotte, de Laure et Héroïse. Plus généralement, il semble que la représentation de la puissance phallique suggérée par le contenu latent de la planche IV angoisse les mères des enfants du groupe TDS, ce qui les empêche d'effectuer un travail de symbolisation satisfaisant.

La planche VI (cf. tableau 7-c, page 179) semble générer **moins souvent d'angoisse de castration** chez ces mères (seulement quatre sur dix, les mères de Myriam, Elisée, Jean et Pauline) qui **acceptent dans leur ensemble la régression à la position passive** suggérée. D'ailleurs, nous remarquons que l'angoisse est présente lorsqu'il n'y a pas accès à cette position passive.

Une observation des réponses de chaque mère à ces trois planches permet d'estimer que dans ce groupe, **neuf mères apparaissent comme sensibles à l'angoisse de castration** réactivée : seule la mère de Xavier ne manifeste qu'une seule fois à travers les trois planches étudiées une angoisse de castration latente (planche II). Le travail de symbolisation de la puissance phallique, lorsqu'il est possible, et l'agressivité latente de la planche II s'avèrent anxigènes. La **mère de Zita** éprouve également de **l'angoisse de mort** à la planche IV (« une souris qu'on écarte », scène d'agressivité crue, choc au noir). La **mère de Myriam** est la seule à se distinguer des autres mères de ce groupe par l'utilisation plus fréquente de

l'inhibition (planche VI) et de la tendance à la restriction (planche II et IV). Enfin, nous voulions souligner que **l'angoisse de séparation**, sous-tendue par l'angoisse du vide et de la perte d'objet, n'est présente que chez la **mère de Stéphane** à la planche II (« un trou qui symbolise l'infini au milieu », centration sur le Dbl central sans possibilité de s'en dégager).

Les réponses des mères des enfants du groupe ANX regroupées dans les tableaux 7-d, 7-e et 7-f doivent être analysées pour chaque planche avant que d'effectuer l'étude au cas par cas.

A la planche II (cf. tableau 7-d, page suivante), les réponses formulées manifestent souvent une **angoisse de castration** latente, comme nous l'avons observé pour **cinq mères sur sept**. Egalement signe d'un **espace imaginaire probablement plus restreint**, la lutte contre l'émergence de l'angoisse passe par la **tendance à la restriction** chez les mères de Axèle, Edouard et Dimitri : les réponses sont très concises et la **qualité formelle de la projection est mauvaise (F-)** (« une vertèbre vue en coupe » chez la mère d'Axèle, « un papillon » chez la mère d'Edouard et « des poumons » chez la mère de Dimitri). Remarquons que les deux mères parvenant à surmonter efficacement l'angoisse suggérée par la planche II sont celles qui projettent une mise en relation d'objets sur un versant libidinal (mères de Marc et Hector).

Les réponses de ces mères à la planche IV (cf. tableau 7-e, page 183) signent également la présence d'une **angoisse de castration réactivée présentement par la dimension phallique** latente. **Cinq mères sur sept** ne sont pas en mesure d'effectuer une symbolisation satisfaisante de la puissance phallique (pour exemples, symbolisation à connotation dépressive chez la mère de Marc, absence de symbolisation du phallique chez les mères d'Hector et d'Axèle, symbolisation anxiogène chez la mère de Lucas). Au contraire, le contenu des réponses montre leur angoisse de castration face à cette image. Nous notons à nouveau des **projections de mauvaise qualité formelle (F-)** mais cette fois-ci chez les mères de Marc, Hector et Dimitri. La **tendance à la restriction et l'inhibition** représentent des mécanismes toujours remarqués, notamment chez les mères d'Hector, d'Axèle et de Dimitri.

La confrontation à la planche VI du test de Rorschach (cf. tableau 7-f, page 184) semble réactiver **moins d'angoisse de castration** comparativement aux deux autres planches étudiées précédemment. Seules les mères de Marc et Erwan ne peuvent régresser à la position passive, probablement ressentie comme trop anxiogène. Nous observons chez la première une projection pulsionnelle agressive marquée (« un volcan ») et chez la seconde un refus, signe d'inhibition massive.

Tableau 7-d.
Analyse des réponses des mères des enfants du groupe ANX
à la planche II du test de Rorschach
(hypothèse théorique H7).

	Projections formulées à la planche II	Analyse de la nature des angoisses projetées
Mère de Marc	- deux animaux dans le rouge qui se cabrent - un coucher de soleil	-
Mère de Hector	- deux ballerines, deux danseuses de dos qui dansent	-
Mère de Axèle	- une vertèbre vue en coupe	Angoisse de castration, tendance à la restriction, centration sur corps par le biais d'une représentation de mauvaise qualité formelle (F-)
Mère de Edouard	- un papillon	Angoisse de castration, tendance à la restriction, représentation de mauvaise qualité formelle (F-)
Mère de Erwan	- la pointe des plumes où on écrivait... le reste rien	Angoisse de castration, centration sur le détail phallique, dénégation, évitement du rouge à PII et PIII (choc au rouge)
Mère de Lucas	- un visage avec le nez... c'est horrible ces couleurs - du sang	Angoisse de castration, long temps de latence (choc au rouge), projection dramatisée d'affects de déplaisir, impossibilité de se dégager de la représentation anxiogène (« sang »)
Mère de Dimitri	- des poumons	Angoisse de castration, tendance à la restriction, centration sur corps par le biais d'une représentation de mauvaise qualité formelle (F-)

Tableau 7-e.
Analyse des réponses des mères des enfants du groupe ANX
à la planche IV du test de Rorschach
(hypothèse théorique H7).

	Projections formulées à la planche IV	Analyse de la nature des angoisses projetées
Mère de Marc	- un saule pleureur avec la forme qui redescend - un oiseau avec les ailes	Angoisse de castration, symbolisation dépressiogène et de mauvaise qualité formelle (F-) concernant la puissance phallique
Mère de Hector	- ouh... 25'' un animal mais euh... pas un papillon un... je sais pas un mélange d'insectes mais je vois pas trop...non	Angoisse de castration, projection de mauvaise qualité formelle (F-), tendance à la restriction (choc au noir), hésitations dans les associations, absence de symbolisation de la puissance phallique
Mère de Axèle	- refus	Angoisse de castration, inhibition massive
Mère de Edouard	- on dirait l'ogre avec ses bottes de sept lieues	-
Mère de Erwan	- la forme d'un chardon la plante avec les pics - des pieds de géants comme dans les bandes dessinées... c'est tout	-
Mère de Lucas	vous avez pas plus coloré, c'est horrible - un gros ours - un monstre avec ses pattes qu'on regarde d'en bas - une plante	Angoisse de castration, projection dramatisée d'affects de déplaisir, représentation anxiogène de la puissance phallique (« ça fait peur », Fclob)
Mère de Dimitri	- un chardon avec la feuille repliée	Angoisse de castration, tendance à la restriction, projection de mauvaise qualité formelle (F-)

Tableau 7-f.
Analyse des réponses des mères des enfants du groupe ANX
à la planche VI du test de Rorschach
(hypothèse théorique H7).

	Projections formulées à la planche VI	Analyse de la nature des angoisses projetées
Mère de Marc	- un volcan... 20'' c'est tout	Angoisse de castration, tendance à la restriction, projection pulsionnelle agressive en réaction à une position passive insoutenable et anxiogène
Mère de Hector	- 20'' une tortue mais pas trop... je sais pas - une raie, le poisson	-
Mère de Axèle	- une peau de bête - le haut me fait penser à une tête de loup comme dans les Walt Disney le côté ébouriffé	-
Mère de Edouard	- un chat - la peau d'un tigre étalée par terre - une explosion	-
Mère de Erwan	- refus	Angoisse de castration, inhibition massive
Mère de Lucas	- une peau de bête... rien de particulier	-
Mère de Dimitri	- un tapis style peau de vache qu'on met par terre	-

Il résulte de notre analyse de ces trois planches que **cinq mères sur sept ne parviennent pas à surmonter leur angoisse de castration** : les mères de Marc, Axèle, Erwan, Lucas et Dimitri. Si la mère de Marc parvient à symboliser l'agressivité de la planche II par une mise en relation d'objets, elle ne peut néanmoins symboliser de manière satisfaisante la puissance phallique suggérée par les planches IV et VI (connotation dépressive à la planche IV et projection pulsionnelle agressive à la planche VI). Chez les mères d'Axèle et d'Erwan, qui possèdent probablement un espace imaginaire limité, nous relevons un **mécanisme d'inhibition psychique** venant entraver tout travail de symbolisation. La mère de Lucas projette quant à elle son ressenti émotionnel négatif vis-à-vis des planches proposées (« c'est horrible ces couleurs » à la planche II et « vous avez pas plus coloré, c'est horrible » à la planche IV). Les images qu'elle évoque sont alors fortement connotées d'agressivité (planche II) ou teintées d'angoisse de castration (planche IV). Enfin, la mère de Dimitri a également **tendance à se montrer réservée** quant à ses projections de fait peu nombreuses. De plus, la qualité formelle des réponses s'avère mauvaise aux planches II et IV, ce qui renforce l'hypothèse d'une angoisse de castration difficilement surmontée.

L'analyse des données, issues des tableaux 7-g, 7-h et 7-i, concernant les réponses des mères des enfants du groupe TEM s'effectue ci-après en utilisant la même démarche que précédemment.

A la planche II du test (cf. tableau 7-g, page suivante), nous observons que **cinq mères sur neuf parviennent à élaborer une ou plusieurs réponses sans qu'une angoisse soit réactivée** de manière massive. En revanche, la mère de Léon met en place un mécanisme de refoulement non opérant car incapable d'éviter la survenue d'une scène d'agressivité crue, signe du caractère massif des angoisses de mort et de castration (« j'ai l'impression de voir des pieds d'enfants... c'est morbide il est écrasé par un caillou »). La mère de Julia semble éprouver beaucoup d'angoisse de castration du fait du malaise qu'elle ressent face aux détails objectifs et visuels de la planche (« les pics ça me donnerait presque de l'angoisse »).

Tableau 7-g.
Analyse des réponses des mères des enfants du groupe TEM
à la planche II du test de Rorschach
(hypothèse théorique H7).

	Projections formulées à la planche II	Analyse de la nature des angoisses projetées
Mère de Aline	- deux lutins face à face avec des bonnets	-
Mère de Théo	- au premier abord un masque... les deux yeux et la bouche	-
Mère de Léon	- j'ai l'impression de voir des pieds d'enfants... c'est morbide il est écrasé par un caillou	Angoisses de mort et de castration , précaution verbale, émergence en processus primaire d'une scène d'agressivité crue et anxiogène (clob, choc au rouge)
Mère de Emilie	- deux clowns face à face	-
Mère de Zoé	- une tête de chat c'est tout	-
Mère de Igor	- un schéma de vertèbres - un papillon moins joli	Angoisse de castration, intellectualisation, centration sur le corps
Mère de Julia	- ça m'inspire... une personne à quatre pattes, sur les genoux ça m'inspire pas trop... j'aime pas les pics ça me donnerait presque de l'angoisse ça m'a pas l'air doux (sourire)	Angoisse de castration, projection anxiogène sur la base de détails perceptifs (Fclob), défense maniaque (sourire), tendance à la restriction
Mère de Yvan	- un insecte, la tête dans le rouge et les antennes	-
Mère de Lydia	- un masque avec les yeux et la bouche dans le blanc... elle m'inspire pas trop celle-là	Angoisse de castration, critique de l'objet (crit obj)

Tableau 7-h.
Analyse des réponses des mères des enfants du groupe TEM
à la planche IV du test de Rorschach
(hypothèse théorique H7).

	Projections formulées à la planche IV	Analyse de la nature des angoisses projetées
Mère de Aline	- un insecte plein de poils, une mouche bizarre	Angoisse de castration, symbolisation dévalorisante de la puissance phallique
Mère de Théo	- un animal... une espèce d'ours avec les pieds en l'air - dans ce sens là une espèce de marmotte avec les yeux	-
Mère de Léon	- on a l'impression que c'est un monstre un personnage de contes avec les bottes de sept lieues	-
Mère de Emilie	- un chien vu du dessus qui dort les pattes écartées	-
Mère de Zoé	- ça on va dire un géant avec ses bottes comme dans Tom Pouce avec une queue	-
Mère de Igor	- on dirait deux chaussures - un escargot qui sort de sa coquille	-
Mère de Julia	- un monstre de dos - un géant avec des bottes de sept lieues, un gros manteau, une grande queue, comme dans le petit Poucet, l'ogre - un animal presque qui rampe	Angoisse de castration, représentation anxiogène (« fait peur », Fclob)
Mère de Yvan	- des pieds d'ours - la tête de l'ours, une peau en fait	-
Mère de Lydia	- une feuille séchée	Angoisse de castration, projection de mauvaise qualité formelle (F-), symbolisation dépressiogène de la puissance phallique

Tableau 7-i.
Analyse des réponses des mères des enfants du groupe TEM
à la planche VI du test de Rorschach
(hypothèse théorique H7).

	Projections formulées à la planche VI	Analyse de la nature des angoisses projetées
Mère de Aline	- une plante avec une fleur là au bout	-
Mère de Théo	- un renard, les moustaches, les oreilles... une peau de renard en fait, le fait que c'est en noir et blanc, ça m'inspire pas	-
Mère de Léon	- la peau d'un loup ou d'un tigre en descente de lit	-
Mère de Emilie	- une peau de bête devant la cheminée	-
Mère de Zoé	- un violon... non un violoncelle le grand	-
Mère de Igor	- des pinces - on dirait une peau de bête	-
Mère de Julia	encore pire... je sais pas - l'aspect d'un insecte - les moustaches, moins agressive que la précédente, plus d'ombre, toujours la séparation, toujours l'effet des petits crans, des pics - une tête de serpent avec des yeux - des petits crochets à l'extrémité, des animaux qui piquent	Angoisse de castration, tendance à la restriction, projection anxiogène sur la base de détails perceptifs, sensibilité paranoïaque (« yeux »), dangerosité de la représentation phallique
Mère de Yvan	- une tête de loup, de... je sais pas - le reste que la peau	Angoisse de castration, dénégation, représentation angoissante de la dimension phallique, position passive
Mère de Lydia	- un oiseau... le bec avec son grand cou	-

Les réponses formulées à la planche IV (cf. tableau 7-h, page 187) dévoilent une **capacité à symboliser de manière satisfaisante la puissance phallique chez les deux tiers des mères**. Cette puissance est reconnue sans réactivation d'angoisse majeure par le biais de représentations comme « une espèce d'ours » (mère de Théo), « un monstre de personnage de contes » (mère de Léon) ou encore « un géant avec ses bottes » (mère de Zoé). Les trois mères ne parvenant à effectuer ce travail de symbolisation sans émergence d'angoisse de castration sont les mères d'Aline, de Julia et de Lydia. La première opère une symbolisation dévalorisante (« un insecte plein de poils, une mouche bizarre »), la deuxième éprouve une angoisse manifeste (« un géant... qui fait peur ») et la dernière effectue une symbolisation dépressiogène (« une feuille séchée »).

Le contenu latent de la planche VI (cf. tableau 7-i, page 188) ne génère que **peu fréquemment d'angoisse de castration dans ce groupe de mères** puisque seulement deux en font part à travers leurs projections. La mère de Julia, comme à la planche II, ressent une profonde inquiétude face à la représentation phallique (tendance à la restriction, projection anxigène sur la base de détails perceptifs et visuels et sensibilité paranoïaque). La mère d'Yvan semble angoissée par la régression à la position passive que suggère la planche.

Dans ce groupe de mères d'enfants témoins, **seule la mère de Julia semble être en proie à une angoisse de castration très vive** : à aucune des trois planches étudiées, elle ne parvient pas à surmonter l'angoisse de castration réactivée.

De ces analyses de réponses formulées par les mères des trois groupes aux planches II, IV et VI du test de Rorschach, nous pouvons effectuer à présent des remarques comparatives visant à les caractériser.

Tout d'abord, il apparaît que **la survenue de l'angoisse de castration dans les protocoles des mères des groupes TDS et ANX possède une fréquence similaire largement supérieure à celle retrouvée dans le groupe TEM**. A noter que la nature de l'angoisse diffère peu puisque seules deux mères du groupe TDS font part d'angoisse de mort ou de séparation dans leur protocole. L'angoisse de castration demeure ainsi très majoritaire.

Si dans ces deux groupes TDS et ANX nous pouvons souvent observer une mauvaise symbolisation de la puissance phallique et de l'agressivité de la part des mères (et toujours comparativement aux mères du groupe TEM), d'autres données les distinguent à ce niveau. En effet, les mères du groupe TDS possèdent généralement **un espace imaginaire plus étendu, mettent en place des mécanismes de défense variés** (même s'ils ne sont pas opérants) et peuvent faire preuve d'une **revendication phallique qui rend plus difficile la**

régression à la position passive. A contrario, les mères du groupe ANX ont probablement un espace imaginaire plus restreint (la qualité formelle des projections (F-) à P II et PIV est, de plus, souvent insatisfaisante), utilisent des **mécanismes de défense moins diversifiés** (restriction, inhibition psychique) et **peuvent régresser plus souvent à la position passive.**

Dans le Tableau 7-j de la page suivante, nous avons regroupé les indicateurs issus du test de Rorschach retenus pour l'opérationnalisation de l'hypothèse théorique H7. En raison des effectifs réduits des mères concernées par cette recherche, nous avons opté pour une **analyse comparative des fréquences d'apparition** de chacun des critères.

La plupart de ces indicateurs, choisis comme susceptibles de révéler la présence d'une angoisse difficilement élaborable, nous apparaissent comme peu différenciateur. Toutefois, **trois d'entre eux** ont retenu notre attention même si les résultats obtenus ne demeurent que des tendances.

Le premier indicateur concerne le **nombre de mères formulant au moins une réponse cotée Defect**. En effet, presque **la moitié des mères des enfants anxieux (43 %) en formule** une dans leur protocole. Il s'agit des mères de Hector, Axèle et Lucas. Comparativement, une seule mère du groupe des enfants TDS, celle de Pauline, fournit une réponse cotée Defect et aucune dans le groupe des enfants du groupe témoin.

La **mère d'Hector** énonce à la planche VII : « un crabe mais il manquerait le dessus et pis les pinces... incomplet (10'') il manque le dedans ». La réponse concerne tout la planche, la partie considérée comme manquante étant représentée par le blanc central. L'angoisse réactivée par la planche se perçoit à travers le temps de latence intra-planche et l'insistance sur la symbolique du manque à mettre en lien avec une image de soi fragile et/ou une relation insatisfaisante avec l'image maternelle.

La **mère d'Axèle** formule la réponse suivante à la planche III : « presque une tête de chat mais il manque un petit bout ». Cette projection signe probablement présence d'une lutte angoissante pour conserver l'intégrité de l'image du corps à cette planche susceptible de faire surgir des fantasmes d'éclatement.

Enfin, la **mère de Lucas**, à cette même planche III, énonce : « une tête d'animal (5'') un chat pas fini, il lui manque quelque chose ». Peut-être pouvons-nous formuler une interprétation similaire au cas précédent et conclure encore une fois à la présence d'une angoisse contre laquelle il faut lutter.

La formulation de ces réponses cotées Defect dénote chez ces mères, nous l'avons noté, la présence d'une **angoisse de castration**.

Le second indicateur renvoie au **nombre de mères exprimant une angoisse de morcellement à la planche X**. Les **mères d'enfants anxieux** se distinguent une nouvelle fois du fait qu'elles **semblent plus fréquemment sensibles à l'angoisse de morcellement**

réactivée par cette planche que les mères des deux autres groupes. **Trois d'entre elles** (43 %), les mères de Axèle, Erwan et Edouard sont concernées par cet indicateur, les deux premières refusant d'interpréter la planche et la dernière formulant une réponse cotée choc au morcellement (choc M).

Nous pouvons affirmer que les mères d'enfants anxieux ont tendance à être **plus fréquemment en proie à cette angoisse de morcellement dont elles se défendent massivement par le biais du mécanisme rigide d'inhibition**.

Le troisième et dernier indicateur que nous voulions développer à trait justement au **nombre de mères présentant au moins un refus dans son protocole**. Les **mères des enfants anxieux utilisent, de manière plus fréquente que les autres** (71 % contre 30 % et 11 % dans les groupes TDS et TEM), **le mécanisme d'inhibition** pour se défendre des angoisses réactivées par les planches. Plus précisément, parmi les cinq mères d'enfants anxieux répondant à ce critère, nous pouvons relever huit refus au total (3 chez la mère d'Axèle, un chez la mère d'Edouard, deux chez la mère d'Erwan, un chez la mère de Lucas et un chez la mère de Dimitri). Chez les mères du groupe TDS, nous ne relevons sur l'ensemble des protocoles que quatre refus et un seul chez les mères du groupe TEM.

Tableau 7-j.
Récapitulatif des données issues du test de Rorschach concernant
la capacité des mères à élaborer leurs angoisses
(hypothèse théorique H7).

	Groupe troubles du sommeil N = 10 (TDS)	Groupe anxieux N = 7 (ANX)	Groupe témoins N = 9 (TEM)	Fréquence en % de la réponse dans le groupe troubles du sommeil (TDS)	Fréquence en % de la réponse dans le groupe anxieux (ANX)	Fréquence en % de la réponse dans le groupe témoin (TEM)
<i>Nombre de mères obtenant un Defect ≥ 1</i>	1	3	0	10	43	0
<i>Nombre de mères obtenant un Clob ≥ 1</i>	3	1	2	30	14	22
<i>Nombre de mères évoquant au moins une relation d'objet placée sous le primat de la jonction.</i>	0	0	1	0	0	11
<i>Nombre de mères projetant au moins une réponse à connotation orale passive ou agressive.</i>	0	0	2	0	0	22
<i>Nombre de mères évoquant au moins une réponse à connotation agressive et destructrice.</i>	0	1	3	0	14	33
<i>Nombre de mères exprimant une angoisse de morcellement à la planche X (choc M ou refus).</i>	1	3	0	10	43	0
<i>Nombre de mères formulant au moins une réponse cotée Choc au noir, au rouge et/ou au blanc.</i>	7	3	5	70	43	55
<i>Nombre de mères présentant au moins un refus sur l'ensemble de son protocole.</i>	3	5	1	30	71	11

Pour conclure l'interprétation de ces trois indicateurs issus du tableau 7-j, il semble que, globalement, la moitié des mères d'enfants anxieux se défend de manière rigide et par le biais d'un mécanisme d'inhibition contre l'angoisse de castration et une angoisse plus archaïque de morcellement.

Pour conclure **notre analyse de l'hypothèse théorique H7** ayant trait à la capacité d'élaboration des angoisses chez les mères d'enfants anxieux en période de latence souffrant de troubles du sommeil, **les données recueillies à travers les entretiens et le test de Rorschach nous permettent de la vérifier.** Toutefois, nous devons apporter les précisions et remarques suivantes soutenant l'hypothèse que **ces mères n'ont fréquemment pas élaboré leur angoisse de castration.**

L'analyse des entretiens a montré que les mères du groupe TDS éprouvent souvent une anxiété à mettre en lien avec la relation précoce à l'enfant (grossesse et accouchement) et une accumulation d'événements de vie vécus de manière anxiogène. Leur niveau d'anxiété était, à travers leurs dires, inférieur voire similaire à celui retrouvé chez les mères d'enfants anxieux mais supérieur à celui constaté chez les mères d'enfants témoins.

L'étude des protocoles du test de Rorschach nous a permis d'observer la fréquente difficulté à élaborer l'angoisse de castration chez ces mères du groupe TDS, de même que chez les mères d'enfants anxieux mais davantage que chez les mères d'enfants témoins. Les angoisses de mort et de séparation demeurent peu réactivées (chez deux mères seulement). Comme chez les mères d'enfants anxieux, il existe une difficulté dans la symbolisation de la puissance phallique et de l'agressivité. En revanche, elles possèdent un fonctionnement psychique généralement plus souple leur permettant de lutter de manière active contre l'angoisse de castration et parfois sous la forme d'une revendication phallique. Les mères d'enfants anxieux demeurent quant à elle et fréquemment dans un fonctionnement psychique rigide qu'illustre bien le recours à l'inhibition.

6.1.8. Analyse de l'hypothèse théorique H8.

H8. Les pères des enfants anxieux en période de latence souffrant de troubles du sommeil n'ont pas élaboré l'une ou plusieurs des angoisses suivantes : l'angoisse de mort, l'angoisse de séparation et/ou l'angoisse de castration.

La vérification de l'hypothèse théorique H8 nécessite en premier lieu la lecture approfondie des entretiens menés auprès des pères. La démarche, la présentation et les

remarques concernant cette analyse sont similaires à celle que nous avons formulées pour l'analyse des entretiens des mères.

Concernant les entretiens que nous avons effectués auprès des pères d'enfants présentant des troubles du sommeil, il semble que **deux remarques** puissent être formulées.

Tout d'abord, **sept pères sur dix ont connu ou connaissent encore des troubles du sommeil** tels que réveils précoces, difficultés d'endormissement ou réveils nocturnes. Les pères de Charlotte, Laure, Zita, Jean, Stéphane, Pauline et Xavier ont présenté ou présentent ce type de symptôme.

Le **père de Jean** se souvient : « j'ai eu des cauchemars vers dix ans et j'en ai des souvenirs précis des cauchemars d'ensevelissement ça me réveillait... jusqu'au collège de sept à douze ans en gros ». Il ajoute : « actuellement je m'endors bien mais je me réveille vers cinq ou six heures ».

Troublé dans son sommeil, par le passé comme actuellement, le **père de Pauline** évoque de manière brève : « j'ai jamais dormi seul... je dors pas très bien en ce moment ».

Le **père de Xavier** raconte quant à lui : « à l'âge de Xavier j'avais peur de dormir seul... on était cinq enfants et dès fois je dormais en dessous du lit de ma grande sœur... pendant un an j'avais peur d'être en bas et eux tous en haut... en ce moment je me réveille vers trois heures mais je me couche tôt vers neuf heures ».

Le **père de Charlotte** se rappelle surtout qu'il dormait mal en raison des problèmes familiaux qu'il connaissait lorsqu'il était un petit garçon.

Le **père de Laure** souffre de difficultés d'endormissement en raison, pense-t-il, du stress qu'il rencontre dans son activité professionnelle. Il met des bouchons dans les oreilles pour parvenir à trouver le sommeil, tout comme sa fille actuellement.

Le **père de Stéphane** a lui aussi été très anxieux en raison de son travail. Un an plus tôt, il a présenté une dépression s'accompagnant de troubles du sommeil, ce qui l'a obligé à prendre des somnifères.

Nous pouvons conclure de ces cas exposés que **les pères des enfants du groupe TDS présentent fréquemment un endormissement difficile** en raison de l'anxiété qu'ils connaissent ou qu'ils ont connu, notamment à l'âge actuel de leur propre enfant. Cette donnée s'avère intéressante en comparaison avec ce que nous avons relevé chez les mères d'enfants souffrant de troubles du sommeil. Ces dernières ne présentaient pas davantage de troubles du sommeil que les autres mères. En ce qui concerne les pères du même groupe, nous verrons qu'ils se distinguent des pères des groupes ANX et TEM notamment par la présence fréquente, passée ou présente, de ce symptôme. **Se pose ainsi et légitimement la question d'une identification probable des enfants du groupe TDS au symptôme de leur père.**

Deuxièmement et enfin, nous notons à travers les entretiens que **huit pères sur dix affirment être anxieux, justifiant ce sentiment par des motifs divers**. Les événements rapportés s'avèrent anxiogènes de par leur nature ou de par la manière dont ils sont évoqués. Remarquons de suite que parmi les pères anxieux du groupe TDS nous retrouvons les sept pères présentant ou ayant présentés des troubles du sommeil. Le croisement des données permet ainsi de renforcer l'hypothèse d'une **intrication étroite entre ces symptômes et le fond anxieux existant chez ces pères**.

« Je suis quelqu'un d'anxieux pour les autres comme pour moi-même... et pis ça a pas toujours été facile avec la famille et la belle-famille... mais surtout on a beaucoup de problèmes financiers », affirme le **père de Charlotte**. De son enfance, il relate : « j'étais un enfant anxieux et j'avais des raisons de l'être... plus de raisons que Charlotte... en plus je pouvais pas en parler... j'ai beaucoup pleuré et j'ai été très seul... je vais peut-être d'ailleurs revoir mon père que j'ai pas vu depuis vingt ans ». Nous relevons l'anxiété diffuse de ce père et le poids du vécu passé probablement ressenti comme anxiogène au regard des termes employés. Ajoutons que selon la mère de Charlotte, il a été très perturbé avant un déménagement effectué deux ans auparavant, ayant alors et à cette époque eu très peur du noir. Il avait aussi très peur d'un homme qui se droguait, ce qui le contraignait à vérifier la fermeture des portes au coucher. Charlotte a d'ailleurs conservé ces rites de vérification car elle craint l'intrusion de voleurs durant la nuit. Cette observation nous renvoie à l'idée d'identification de l'enfant à l'endroit du symptôme paternel. La solidité des assises narcissiques du père de Charlotte ne semble pas évidente au regard de la relation distante au père et vis-à-vis de la situation actuelle qu'il connaît (difficultés financières, incertitudes par rapport au travail).

Le **père de Laure** exprime ainsi son anxiété : « je sais pas... dans ma famille on a été bloqué par mon père... il nous a freiné dans nos démarches... avec ma sœur un jour on lui fera la remarque (?) il montrait bien que c'était lui le chef il nous écrasait un peu... moi je suis timide et je pense que ça vient de là l'anxiété ». Comme pour le père de Charlotte, nous relevons une relation difficile au propre père qui augure d'une identification plus complexe pouvant aboutir à une fragilité narcissique. Signalons que le père de Laure souffre de crises d'épilepsie qui surviennent sans prévenir, ce qui l'angoisse beaucoup.

Comme pour sa femme, le **père de Zita** semble accumuler les événements anxiogènes et les vécus difficiles. Nous y reviendrons plus tard dans l'analyse clinique de son cas.

Le **père de Pauline** se dit volontiers « nerveux » davantage qu'anxieux. Il se rappelle : « je voulais faire chanteur et ça a nuit à mes études alors je veux pas que Pauline fasse pareil... quand Pauline avait un an j'ai déprimé et j'ai mis quatre ans à m'en remettre... j'essaie de compenser ce que j'ai pas fait... j'ai fait ma maison une société mais je me sous-estime... alors que je suis un bosseur ». Cet homme, dont nous avons étudié le cas dans un article (Hazotte, 2006), présente une faille narcissique importante à l'origine d'une décompensation sur un versant dépressif. Cette fragilité narcissique provient apparemment du sentiment de n'avoir pas été « porté » par des parents qui

n'auraient eu d'yeux que pour lui alors qu'il appartenait à une fratrie nombreuse. L'étude de son protocole de Rorschach avait révélé l'intériorisation d'imagos parentales peu satisfaisantes et la persistance d'une angoisse de castration modérée.

Le **père de Jean** ressent une anxiété plus diffuse générée par son travail, le temps qui passe et qui l'amène à se questionner avec anxiété sur la disparition de son père décédé précocement. Enfant, il craignait l'échec et la nouveauté.

L'angoisse de mort revient dans les propos du **père de Stéphane** qui a d'ailleurs souffert d'une dépression un an plus tôt. Encore une fois l'anxiété est liée à l'activité professionnelle, le temps et la mort, ce qui angoisse également son fils.

Le **père d'Héloïse** évoque également un travail stressant et une crainte de la mort : il a eu un accident cardiaque plus jeune et les médecins lui auraient affirmé qu'il allait le « payer » un jour. Son propre père était peu communicatif et sa belle-mère autoritaire, sa mère étant décédée lorsqu'il était encore petit garçon. Là encore une relation difficile avec le père peut avoir eu un impact négatif sur le processus d'identification et sur la qualité des assises narcissiques.

Enfin, le **père de Xavier**, dont nous avons également discuté le cas dans un article (Hazotte, 2006) se dit lui aussi « nerveux ». Il présente d'ailleurs une somatisation sévère de son anxiété puisqu'il a souffert de huit ulcères gastriques. Sur un plan narcissique, nous avons relevé une fragilité l'empêchant de s'immiscer dans la dyade mère-enfant et de s'imposer en tant que tiers, ce qui se percevait dans la « gestion » des insomnies de Xavier (la mère rejoint son fils la nuit), dans la présence de griefs latents à l'intérieur du couple, dans l'identification au fils angoissé et dans l'intériorisation d'imagos parentales anxiogènes.

Ces récits tendent à montrer que les **pères des enfants du groupe TDS rencontrés lors de cette recherche sont fréquemment des hommes anxieux. Associée à leurs angoisses, la fragilité narcissique qu'ils semblent souvent présenter pourrait les empêcher d'occuper une place de tiers séparateur**, ce que nous avons déjà discuté dans notre récente publication (Hazotte, 2006). Le travail, la crainte de l'échec, le rapport difficile au père et l'angoisse face à la mort sont des thèmes récurrents de leur discours.

Dans les entretiens menés auprès des pères d'enfants anxieux, nous retrouvons plus d'inquiétudes liées à la grossesse et une anxiété globale qui semble moins prononcée.

Concernant le vécu de la grossesse, quatre des huit pères interrogés rapportent des difficultés source d'angoisses : les pères d'Axèle, d'Edouard, de Lucas et de Dimitri. Ce constat permet de mettre à jour un investissement compliqué de la grossesse et donc de l'enfant à venir.

Ainsi, le **père d'Axèle** se rappelle que la grossesse était un « accident » et qu'il a été en difficulté pour « accepter » cet événement.

Le **père d'Edouard** évoque son impression de faire « famille nombreuse » avec ce troisième enfant à venir. Mais surtout, il s'est « senti vieilli » et craignait de ne pas réussir à assumer financièrement les besoins de sa famille.

Le **père de Lucas** rapporte des inquiétudes et des difficultés liées à l'activité professionnelle.

Enfin, le **père de Dimitri** explique que son couple vivait à l'époque de la grossesse dans la famille, une situation précaire qui le rendait anxieux.

L'évocation de ces difficultés anxiogènes rencontrées lors de la période de la grossesse nous renvoie peut-être et aussi à une **anxiété paternelle pouvant être considérée comme habituelle**. Cette hypothèse est soutenue par le fait que seul un des quatre pères concernés rapporte également d'autres événements et vécus anxieux (le père d'Edouard).

En effet, les **cinq pères se décrivant comme anxieux** sont dans ce groupe les pères de David, d'Edouard, de Lucie, d'Erwan et de Cécile. Nous constatons d'emblée que la verbalisation des angoisses est relativement minimaliste comparée à ce que nous avons recueilli à travers les entretiens menés auprès des pères du groupe TDS.

Le **père de David** explique : « je suis un peu comme David quand c'est l'inconnu et puis au travail j'aime pas les situations où on peut pas prévoir ». Et il se rappelle : « pour l'école tous les matins j'étais malade et puis la foule j'aimais pas... l'école j'avais peur de pas y arriver ». L'angoisse de l'échec semble vive et prend sa source dès la petite enfance.

Seules les difficultés financières semblent générer de l'angoisse chez le **père d'Edouard**.

Le **père de Lucie** se décrit comme quelqu'un qui « pense beaucoup » et qui essaie toujours de « bien faire », ce qui le rend anxieux selon lui.

Nous évoquerons le cas du **père d'Erwan** dans l'analyse individuelle et illustrative de son cas.

Le **père de Cécile** rapporte, avec beaucoup de simplicité, des angoisses liées aux maladies éventuelles de ses enfants et craint encore pour eux lorsqu'ils traversent une route.

Du fait de la verbalisation souvent concise de l'anxiété et des vécus qui s'y rapportent, il nous apparaît que **les angoisses rencontrées par ces pères pourraient être peu intenses**. Mais nous devons noter leur **tendance à la restriction** qui signe probablement la présence d'un espace imaginaire moins riche et de difficultés dans le travail de mentalisation.

Les entretiens menés auprès des quatre pères des enfants témoins aboutissent à des résultats qui doivent tenir compte du **faible effectif** représentant ce groupe.

Seul le **père d'Igor** semble présenter une anxiété de niveau comparable à celle des pères dits anxieux appartenant aux deux autres groupes. En effet, il ne dormait pas bien étant petit garçon et à présent son sommeil est troublé depuis son mariage et la naissance de ses deux enfants. Il précise de plus : « je suis anxieux pour l'avenir de mes enfants et pis pour moi et ma santé car j'ai été opéré deux fois d'une hernie discale et j'ai été licencié pour ça alors ça a fait des soucis financiers mais surtout les douleurs posent problèmes pour dormir et pis dès fois je me réveille fatigué et j'accumule la fatigue je

suis vraiment sur les nerfs... je prends aussi des anti-dépresseurs car je sais que je supporte rien et j'ai fait une psychothérapie mais tout ça mon fils le sait car on parle beaucoup ensemble on a du dialogue ». Nous constatons chez cet homme une accumulation d'événements anxigènes ayant abouti à une décompensation sur un mode dépressif.

Les **pères de Théo et Achille**, moins prolixes, se disent un peu anxieux concernant notamment des problèmes de santé touchant leurs propres parents et le **père d'Emilie** se décrit comme n'étant nullement angoissé.

Si l'anxiété est légèrement présente chez ces hommes, **nous devons constater qu'il n'existe pas d'accumulation de vécus anxigènes**, hormis pour le père d'Igor. La restriction du discours de ces pères ne nous paraît pas avoir la même origine que celle rencontrée dans les entretiens des pères d'enfants anxieux. Elle est la conséquence probable de la relation très brève établie avec eux lors de la phase de recherche sur le terrain. Nous reviendrons plus tard sur l'impact de la qualité de la relation transféro-contre-transférentielle vis-à-vis de la collecte des données.

L'analyse comparative des données recueillies dans les entretiens menés auprès de tous ces pères nous amène à la conclusion suivante.

Les pères des enfants souffrant de troubles du sommeil présentent fréquemment un niveau d'anxiété important résultant d'une accumulation de vécus angoissants. Se trouve souvent associée une fragilité des assises narcissiques pouvant expliquer leur attitude de retrait et leur difficulté à occuper une place de tiers séparateur. Ils ont la capacité d'évoquer leur ressenti du passé et du présent avec davantage d'aisance que les pères des enfants anxieux. Cette capacité pourrait laisser croire qu'ils sont plus anxieux que ces derniers mais ceci n'est pas assuré. En revanche, **les pères des enfants du groupe TDS présentent plus fréquemment que les autres des troubles du sommeil invalidants.** La présence de ces symptômes montre les limites de leur capacité à mentaliser leur angoisse. Elle permet également de s'interroger sur **la question d'une « transmission » du symptôme paternel.** Enfin, nous voulions faire remarquer que la présence d'une anxiété massive chez le père d'Igor, père d'un enfant du groupe témoin, ne provoque pas *ipso facto* une anxiété de niveau équivalent chez l'enfant. Cette observation dévoile la complexité de la transmission de l'angoisse et de tous les facteurs qui la sous-tendent.

Ainsi que nous l'avons effectué pour l'analyse des données issues des protocoles du test de Rorschach des mères, nous présentons ci-après l'étude des données issues de ceux des pères. Notre objectif demeure toujours le recueil d'informations concernant la nature des

angoisses qu'ils éprouvent. Le **tableau 8-j** regroupe les indicateurs décrits dans l'opérationnalisation de l'hypothèse en vue d'établir une étude comparative des données obtenues auprès de chaque groupe de pères. Comme pour les mères, l'analyse des angoisses réactivées par les planches II, IV et VI du test de Rorschach impose une présentation plus détaillée, chaque tableau incluant les réponses et la nature des angoisses réactivées accompagnée des éléments qui nous permettent de la justifier :

- les **tableaux 8-a, 8-b et 8-c** renvoient à l'analyse des réponses des **pères des enfants du groupe TDS**, respectivement aux planches II, IV et VI du test de Rorschach,

- les **tableaux 8-d, 8-e et 8-f** concernent l'analyse des réponses des **pères des enfants du groupe ANX**, respectivement aux planches II, IV et VI du test de Rorschach,

- et les **tableaux 8-g, 8-h et 8-i** renvoient à l'analyse des réponses des **pères des enfants du groupe TEM**, respectivement aux planches II, IV et VI du test de Rorschach.

Nous effectuons ci-après l'analyse des réponses des pères des enfants du groupe TDS pour chacune des planches étudiées (cf. tableaux 8-a, 8-b et 8-c).

Concernant leurs réponses à la planche II (cf. tableau 8-a, page suivante), nous estimons que **huit pères sur dix ne parviennent pas à élaborer l'angoisse de castration** réactivée : il s'agit des pères de Laure, Zita, Myriam, Elisée, Stéphane, Pauline, Héloïse et Xavier. La symbolisation de la dimension phallique peut être absente du fait de l'inhibition (chez le père de Laure) ou d'un refoulement inopérant (chez les pères de Stéphane et Xavier), mais aussi en raison de l'agressivité qu'elle génère (chez les pères de Myriam et Elisée). Deux pères, celui de Zita et celui d'Héloïse, effectuent à cette occasion une mauvaise symbolisation du sexuel féminin, le second effectuant un lien avec une mise en relation d'objets sur un versant agressif. En revanche, les réponses s'avèrent fréquemment assez riches de par leur contenu, ce qui augure d'un **espace imaginaire relativement étendu**.

Tableau 8-a.
Analyse des réponses des pères des enfants du groupe TDS
à la planche II du test de Rorschach
(hypothèse théorique H8).

	Projections formulées à la planche II	Analyse de la nature des angoisses projetées
Père de Charlotte	- des chaussettes - des pieds - deux ours qui ouvrent la gueule, apparemment ils se battent là, on voit juste la tête là	-
Père de Laure	- refus	Angoisse de castration, inhibition massive
Père de Zita	de prime abord rien... - une belle radio du bassin... vous allez dire que je suis obsédé par mon travail... on a passé pas mal de radios, je fais une forme d'ostéoporose - une énorme métaphore sur l'anatomie féminine, un peu déjantée... un utérus	Angoisse de castration, projection d'affects à l'endroit du clinicien, centration morbide sur le corps, mauvaise symbolisation du sexuel féminin
Père de Myriam	- un insecte écrasé, le même	Angoisse de castration, projection de mauvaise qualité formelle (F-), symbolisation d'une scène d'agressivité crue
Père de Elisée	- deux personnages qui se tapent dans les mains... face à face, la tête... ce qui gêne c'est les aspérités ça fait pas un beau visage... et du rouge	Angoisse de castration, mise en relation d'objets sur un versant libidinal, projection anxio-gène sur la base de détails perceptifs phalliques, isolation du rouge
Père de Jean	- une tête de taupe - un ours qui se lève avec les pattes arrières et les pattes avant	-
Père de Stéphane	- un papillon - une vertèbre... ça m'inspire pas	Angoisse de castration, projections de mauvaise qualité formelle (F-), échec du refoulement (« papillon », F-), centration sur le corps
Père de Pauline	- deux chiens qui s'embrassent - un organe humain (?) le tour du bassin... les images en coupe qu'on avait à l'école - quelqu'un qui se cache derrière... on voit que ses chaussettes	Angoisse de castration, mise en relation d'objets sur un versant libidinal et érotisé, centration sur le corps par le biais d'une projection de mauvaise qualité formelle (F-)
Père de Héloïse	- deux personnages qui s'affrontent avec le rouge qui fait penser à la colère - on croirait plus une danseuse, les jambes... ça a l'air de lui faire mal de danser	Angoisse de castration, mise en relation d'objets sur un versant agressif, connotation conflictuelle soulignée par la couleur rouge, symbolisation du sexuel féminin suscitant la projection d'affects de déplaisir
Père de Xavier	- un papillon qui vole	Angoisse de castration, tentative de refoulement de la représentation anxio-gène, absence de symbolisation de la dimension phallique

Tableau 8-b.
Analyse des réponses des pères des enfants du groupe TDS
à la planche IV du test de Rorschach
(hypothèse théorique H8).

	Projections formulées à la planche IV	Analyse de la nature des angoisses projetées
Père de Charlotte	- un double chameau, un chameau à deux têtes avec sur son dos un prince du désert	Angoisse de séparation, thématique de jonction
Père de Laure	- un ours, un gros assis sur un tronc d'arbre	-
Père de Zita	- 30'' ça manque de couleur... à l'extrême rigueur un gros bonhomme, pas très beau ça ne m'inspire pas plus que ça	Angoisse de castration, projection d'affects de déplaisir, sensibilité à la couleur, symbolisation agressive et dévalorisante de la puissance phallique, dénégation
Père de Myriam	- des pieds - un arbre	-
Père de Elisée	- là c'est plus massif... des gros pieds, des grandes jambes, c'est l'ogre qui fait peur - j'ai deux yeux, une couronne, donc là peut-être un visage couronné	Angoisse de castration, symbolisation d'une puissance phallique anxiogène et agressive (Fclob)
Père de Jean	- un monstre vu de dessus avec les pieds bottés - des oreilles de chien	-
Père de Stéphane	- 25'' un chardon - un avion furtif le côté delta	Angoisse de castration, tendance à la restriction, projections de mauvaise qualité formelle (F-)
Père de Pauline	- une chauve-souris - deux bottes l'une à côté de l'autre	Angoisse de castration, localisation de la réponse en Do
Père de Héloïse	- ça se répète... 10'' une peau de bête, c'est de mauvais goût, un trophée de chasse, pas coupé proprement	Angoisse de castration, position passive, symbolisation dévalorisante de la puissance phallique
Père de Xavier	- une paire de bottes - un papillon de nuit ou... - un personnage de loin... un dessin	Angoisse de castration, dimension dépressiogène de la projection (« papillon de nuit »), hésitation, mise à distance de la représentation anxiogène

Tableau 8-c.
Analyse des réponses des pères des enfants du groupe TDS
à la planche VI du test de Rorschach
(hypothèse théorique H8).

	Projections formulées à la planche VI	Analyse de la nature des angoisses projetées
Père de Charlotte	- un marteau-piqueur en marche - un continent comme l'Indonésie - deux hommes qui se colleraient la tête comme les siamois, les yeux, le nez, la bouche, avec une petite barbichette	Angoisse de séparation, thématique de jonction, symbolisation d'une dimension phallique destructrice (« marteau-piqueur »), échec de l'intellectualisation (« continent », F-)
Père de Laure	- un insecte... je cherche lequel mais... je suis pas trop branché là-dessus alors... (sourire)	Angoisse de castration, flou de la projection, auto-dévalorisation, manifestation d'angoisse (sourire)
Père de Zita	- refus	Angoisse de castration, inhibition massive
Père de Myriam	- une fourrure d'animal étendue	-
Père de Elisée	- c'est tigré, ça fait chat, peau de tigre	-
Père de Jean	- le pelage d'un animal, une peau - 20'' un sexe d'homme avec un sexe de femme qui se rencontrent	Angoisse de castration, position passive, mise en relation d'objets sur un versant érotisé, symbolisation crue de mauvaise qualité
Père de Stéphane	- une peau d'ours une fourrure une peau tannée	-
Père de Pauline	- la partie ouest de la France - un tapis qu'on aurait posé par terre... les peaux	-
Père de Héloïse	- un instrument de musique - une peau de bête également, une espèce de loup étalé - un bouclier africain en peau de bête	-
Père de Xavier	- (pose la planche) on croirait un chat en dessin - ça tire toujours sur le style du papillon on croirait	Angoisse de castration, mise à distance de la représentation anxiogène, déni de la différence des planches

Le contenu latent de la planche IV (cf. tableau 8-b, page 201) semble également provoquer fréquemment de l'angoisse. **Six pères sur dix éprouvent à travers leurs réponses une angoisse de castration** (les pères de Zita, Elisée, Stéphane, Pauline, Héloïse et Xavier) et **un seul**, le père de Charlotte, se montre particulièrement sensible à la symétrie de la planche, dévoilant ainsi **une angoisse de séparation** latente (comme nous l'observerons aussi à la planche VI à travers la thématique de jonction). **La difficulté réside une fois de plus dans le travail de symbolisation de la puissance phallique** qui se trouve ici dévalorisée (chez les pères de Zita et d'Héloïse), source d'angoisse massive (chez le père d'Elisée) ou dépressiogène (chez le père de Xavier). Malgré cela, et comme nous l'avons souligné précédemment, la richesse des réponses signe les bonnes capacités imaginatives et la possibilité d'établir sagement des liens entre réalité perceptive et imaginaire.

Les réponses fournies par les pères à la planche VI (cf. tableau 8-c, page précédente) révèlent chez la moitié d'entre eux (les pères de Laure, Zita, Jean et Xavier) une **difficulté à élaborer l'angoisse de castration** ou de séparation (chez le père de Charlotte). Cette incapacité est **à mettre en relation avec une impossibilité à régresser à la position passive**. En effet, nous remarquons que les pères qui ne parviennent pas à surmonter l'angoisse suscitée par la planche sont ceux qui ne peuvent projeter la réponse banale « peau », hormis le père de Jean.

L'analyse des réponses de ces pères aux trois planches permet d'estimer que **sept d'entre eux semblent ne pas pouvoir élaborer de manière satisfaisante l'angoisse de castration** (les pères de Laure, Zita, Elisée, Stéphane, Pauline, Héloïse et Xavier) et **un autre, le père de Charlotte, ne peut surmonter une angoisse plus archaïque de séparation**. Les pères de Zita et Xavier ne peuvent effectuer une symbolisation satisfaisante de la puissance phallique, de l'agressivité ou régresser à la position passive tant leur angoisse de castration est massive : les trois planches étudiées montrent l'incapacité à élaborer cette dernière. Les pères d'Elisée, Stéphane, Pauline et Héloïse possèdent également une difficulté dans l'élaboration de leur angoisse de castration à mettre en lien avec une représentation anxieuse, agressive ou dévalorisante de la puissance phallique. En revanche, ils peuvent régresser à la position passive de manière satisfaisante.

L'analyse des réponses des pères du groupe ANX aux planches II, IV et VI, réunies à travers les tableaux 8-d, 8-e et 8-f, est réalisée présentement.

A la lecture des réponses fournies par ces pères à la planche II (cf. tableau 8-d, page 205), il apparaît que **cinq d'entre eux ne peuvent surmonter l'angoisse de castration réactivée par la planche** : les pères d'Axèle, de David, d'Edouard, de Lucie et de Dimitri. Le premier met en place un mécanisme d'inhibition psychique tant la charge affective ressentie vis-à-vis de la représentation doit lui paraître angoissante. Les deux suivants se centrent sur une représentation du corps, plus régressive et surtout de mauvaise qualité formelle, ce qui signe la difficulté à effectuer des liens entre réalité perceptive et imaginaire. Le père de Lucie, en difficulté à cette planche dans la manipulation des pulsions agressives, évite d'associer sur la couleur rouge, ce qui serait peut-être trop anxiogène. Enfin, le père de Dimitri symbolise de manière inadéquate la castration par le biais d'une réponse cotée Defect (« un chameau sans patte »).

Les réponses recueillies à la planche IV (cf. tableau 8-e, page 206) montrent que **quasiment tous ces pères** (sauf le père de Cécile) **sont dans l'incapacité de symboliser efficacement la puissance phallique, ce qui s'accompagne d'une forte angoisse de castration**. Deux tendances que nous avons pressenties dans la planche II sont encore aperçues et de manière plus prononcées. Premièrement, les réponses sont concises chez la moitié des pères, signant ainsi une tendance à la restriction et surtout les **limites d'un espace imaginaire restreint**. Deuxièmement, cinq de ces pères projettent des **représentations de mauvaise qualité formelle (F-)** : « des insectes » pour le père d'Axèle, « un rachis » pour celui d'Edouard... Ces deux tendances retrouvées dans la planche de manière plus prégnante laissent supposer **une rigidité dans le fonctionnement psychique** de ces sujets.

L'analyse des réponses à la planche VI (cf. tableau 8-f, page 207) va dans le sens de ce qui est observé précédemment : **cinq pères sur huit sont sensibles à l'angoisse de castration** et ne peuvent l'élaborer de manière efficace. Surtout, nous remarquons la **brièveté des réponses et la mauvaise qualité formelle des projections (F-)**, notamment chez les pères d'Erwan, Lucas et Cécile.

Tableau 8-d.
Analyse des réponses des pères des enfants du groupe ANX
à la planche II du test de Rorschach
(hypothèse théorique H8).

	Projections formulées à la planche II	Analyse de la nature des angoisses projetées
Père de Axèle	- refus	Angoisse de castration, inhibition massive
Père de David	- 30'' ça me dit rien (éloigne la planche)... un animal quelque chose comme ça qui marche - un os du corps humain une vertèbre avec l'intérieur la moelle	Angoisse de castration, mise à distance de la représentation anxiogène (choc au rouge), centration sur le corps par le biais d'une projection de mauvaise qualité formelle (F-)
Père de Edouard	- le dessin de l'os iliaque de l'os du bassin en coupe - un semblant de masque	Angoisse de castration, centration sur le corps, double projection de mauvaise qualité formelle (F-), intellectualisation
Père de Lucie	- oh rien du tout... 15'' un animal avec son ombre dans l'eau peut-être un sanglier	Angoisse de castration, évitement du rouge aux planches II et III (choc au rouge), dénégation, précaution verbale
Père de Erwan	- la tête d'une bête avec les antennes	-
Père de Lucas	- un avion avec le réacteur	-
Père de Cécile	- un chat avec les yeux dans le blanc - deux sangliers face à face	-
Père de Dimitri	- un chameau sans patte - deux ours - la tache blanche un vaisseau spatial, c'est tout	Angoisse de castration (« un chameau sans patte », defect)

Tableau 8-e.
Analyse des réponses des pères des enfants du groupe ANX
à la planche IV du test de Rorschach
(hypothèse théorique H8).

	Projections formulées à la planche IV	Analyse de la nature des angoisses projetées
Père de Axèle	- toujours des insectes	Angoisse de castration, tendance à la restriction, projection de mauvaise qualité formelle (F-), absence de symbolisation de la puissance phallique
Père de David	- une tête de sanglier	Angoisse de castration, mauvaise symbolisation de la puissance phallique, tendance à la restriction et projection de mauvaise qualité formelle (F-)
Père de Edouard	- ben là...10'' un rachis	Angoisse de castration, tendance à la restriction, centration sur le corps par le biais d'une projection de mauvaise qualité formelle (F-)
Père de Lucie	- une grosse bestiole avec des grosses pattes - un oiseau d'y a vingt millions d'années	Angoisse de castration, insistance sur la dimension phallique (« grosse »), mise à distance temporelle de la représentation anxigène
Père de Erwan	- une tête de loup qu'on regarde d'en bas on est tout petit devant... avec les pieds en bas et les bras - la tête d'un scarabée... c'est tout	Angoisse de castration, insistance sur la dimension phallique de la représentation, mélange des règnes animal et humain
Père de Lucas	- une chauve-souris	Angoisse de castration, absence de symbolisation d'une puissance phallique trop anxigène, échec du refoulement, projection de mauvaise qualité formelle (F-)
Père de Cécile	- on dirait une chauve-souris - un ours sur ses deux pattes arrière	-
Père de Dimitri	- une feuille en train de sécher - une fleur - une espèce de monstre horrible	Angoisse de castration, double projection de mauvaise qualité (F-) concernant le monde végétal, tendance dépressive (« en train de sécher », dévit), symbolisation d'une puissance phallique agressive et anxigène

Tableau 8-f.
Analyse des réponses des pères des enfants du groupe ANX
à la planche VI du test de Rorschach
(hypothèse théorique H8).

	Projections formulées à la planche VI	Analyse de la nature des angoisses projetées
Père de Axèle	- une peau de bête par terre	-
Père de David	- une peau de bête avec différentes taches mais symétrique pas comme en vrai - un bélier pour défoncer les portes	Angoisse de castration, position passive avec insistance sur la symétrie, projection de mauvaise qualité formelle d'une représentation agressive (F-)
Père de Edouard	- une peau d'animal en guise de tapis qui ressemble à un ours	-
Père de Lucie	- rien du tout... 25'' une peau comme un cuir	Angoisse de castration, dénégation, tendance à la restriction (choc au noir), position passive
Père de Erwan	- 15'' pas grand-chose... peut-être une tête de fouine	Angoisse de castration, tendance à la restriction, précaution verbale, projection de mauvaise qualité formelle (F-)
Père de Lucas	- un tank - une croix	Angoisse de castration, double projection de mauvaise qualité formelle (F-), représentation d'une puissance phallique agressive (« tank »)
Père de Cécile	- un genre de castor... deux castors	Angoisse de castration, évitement de la dimension phallique, projection de mauvaise qualité formelle (F-)
Père de Dimitri	- un arbre - une feuille - une guitare - une peau tannée	-

Au final et sur l'ensemble de l'analyse effectuée auprès de ces huit pères à travers les trois planches, nous pouvons considérer que **sept d'entre eux ne parviennent pas à surmonter leur angoisse de castration** : les pères d'Axèle, de David, d'Edouard, de Lucie, d'Erwan, de Lucas et de Dimitri. Le père d'Axèle se montre très inhibé et les pères de David, Edouard et Lucas ne parviennent pas à effectuer des liens efficaces entre réalité perceptive et imaginaire et leurs projections sont quantitativement restreintes. Les pères de Lucie, Erwan et Dimitri apparaissent comme moins inhibés, ce qui laisse penser qu'ils possèdent peut-être un espace imaginaire plus étendu et un fonctionnement psychique plus souple. Mais ils demeurent tout de même très en difficulté dans le travail de symbolisation de la puissance phallique (évitement de la représentation phallique agressive, insistance sur la dimension phallique, symbolisation dépressiogène, mauvaise qualité formelle de la projection).

L'analyse des réponses des pères des enfants témoins aux planches II, IV et VI du test de Rorschach ne nous permet pas d'établir de solides conclusions tant l'échantillon des sujets est réduit dans ce groupe (quatre pères seulement). Nous discuterons des causes et des conséquences du faible nombre de pères témoins interrogés dans notre conclusion.

A la planche II (cf. tableau 8-g page suivante), **trois pères, ceux de Théo, Emilie et Igor montrent une difficulté à élaborer l'angoisse de castration**. Le premier ne parvient pas à se dégager de l'affect négatif et angoissant que semble lui évoquer la couleur rouge (« le rouge, la couleur du sang... sinon rien »). Le second évite toute projection anxiogène en déniait la différence des représentations suggérées par les planches et donc en passant à côté du contenu latent. Concernant le dernier, l'angoisse de castration est perceptible à travers la réponse cotée crit obj (critique de l'objet).

Les réponses données à la planche IV (cf. tableau 8-h, page 210) présentent des contenus variés chargés de symbolisation. **Seul le père d'Igor ne peut symboliser de manière satisfaisante la puissance phallique** du fait de l'angoisse de castration qui déborde toutes les défenses qu'il met en place : tendance à la restriction, dénégation et défense maniaque. Les multiples projections dont il fait part aboutissent à celle d'une « peau de bête » symbolisant la régression à la position passive, comme si sa reconnaissance avait réactivé l'angoisse présentée auparavant.

Tableau 8-g.
Analyse des réponses des pères des enfants du groupe TEM
à la planche II du test de Rorschach
(hypothèse théorique H8).

	Projections formulées à la planche II	Analyse de la nature des angoisses projetées
Père de Théo	- 15'' le rouge, la couleur du sang... sinon rien	Angoisse de castration, centration sur le rouge sans possibilité de s'en dégager, blocage associatif (choc au rouge)
Père de Achille	- deux nains qui dansent et qui se tapent dans les mains	-
Père de Emilie	- c'est un peu la même chose comme dirait l'autre... je pense à un papillon encore	Angoisse de castration, répétition de la projection, déni de la différence de contenu
Père de Igor	- un papillon parce qu'il y a des couleurs, c'est ridicule - la tête d'un papillon	Angoisse de castration, critique de l'objet (crit obj)

Cette interprétation rejoint celle effectuée pour la planche VI (cf. tableau 8-i, page suivante). **Seul le père d'Igor ne parvient pas sans angoisse à régresser à la position passive.** Le discours est labile mais tronqué du fait de la charge affective anxiogène portée par la représentation. Les trois autres pères se montrent sensibles au contenu latent de la planche, celui de Théo effectuant par exemple et de plus une bonne symbolisation de la dimension phallique (« un peu une raie avec la queue très allongée »).

L'analyse de l'ensemble des réponses des pères du groupe TEM montre que **seul le père d'Igor ne peut élaborer de manière satisfaisante l'angoisse de castration** réactivée par les planches II, IV et VI.

Tableau 8-h.
Analyse des réponses des pères des enfants du groupe TEM
à la planche IV du test de Rorschach
(hypothèse théorique H8).

	Projections formulées à la planche IV	Analyse de la nature des angoisses projetées
Père de Théo	- l'impression du motard, comme s'il était sur une Harley-Davidson	-
Père de Achille	- un insecte aussi une forme globale d'insecte, la tête avec les pattes... j'ai du mal pour celui-là	-
Père de Emilie	- une grosse chauve-souris ou alors... - une peau de bête étalée... la forme est harmonieuse	-
Père de Igor	30'' ça m'inspire pas (rire) je vois rien de spécial - un dessin de carte de France... il manque la Corse - des crochets c'est bizarre... je fais de mon mieux mais... - ah si une peau de bête qu'on aurait étalée	Angoisse de castration, long temps de latence, défense maniaque (rire), dénégation, auto-dévalorisation, position passive

Tableau 8-i.
Analyse des réponses des pères des enfants du groupe TEM
à la planche VI du test de Rorschach
(hypothèse théorique H8).

	Projections formulées à la planche VI	Analyse de la nature des angoisses projetées
Père de Théo	- une peau d'animal... étalée - un peu un raie avec la queue très allongée	-
Père de Achille	- une peau de tigre, de bête, la colonne avec le dégradé	-
Père de Emilie	- une peau de bête étalée	-
Père de Igor	- oh la belle bête, dépoilée mais à plat... toujours pareille... à quatre pattes avec des moustaches sur... ça a été replié - la carte de France côté Bretagne	Angoisse de castration, labilité du discours, insistance renouvelée sur la symétrie, tendance à la restriction, intellectualisation

L'analyse des réponses formulées par les pères des trois groupes aux planches II, IV et VI du test de Rorschach, nous permet d'énoncer les résultats comparatifs suivants.

Les **pères des enfants du groupe TDS** présentent très fréquemment une **angoisse de castration qu'ils ne parviennent pas à élaborer** de manière satisfaisante, et ceci malgré un **espace imaginaire relativement étendu et un fonctionnement psychique assez souple**. Tout comme les pères des enfants du groupe ANX, ils rencontrent une **difficulté dans le travail de symbolisation de la puissance phallique**. Mais ces derniers possèdent, quant à eux, un fonctionnement psychique plus rigide au regard, par exemple, de leur **tendance à l'inhibition et de la restriction de leur espace imaginaire**. Il est intéressant de relever que ce résultat comparatif est quasiment similaire à celui énoncé pour les mères des enfants des groupes TDS et ANX. Nous n'évoquerons pas de similarité parfaite du fait que **les pères d'enfants ANX semblent encore plus fréquemment confrontés à une angoisse de castration** qu'ils ne parviennent pas à surmonter (sept pères sur huit sont concernés contre six pères sur dix dans le groupe TDS, le père de Charlotte étant en proie à une forte angoisse de séparation).

Ces résultats sont soutenus par l'observation que les pères des enfants du groupe TEM, même s'ils sont peu nombreux, élaborent de manière satisfaisante l'angoisse de castration et effectuent de bonnes symbolisations de la puissance phallique. Nous avons tout de même retenu que le père d'Igor fait preuve dans son entretien d'un niveau élevé d'anxiété, ce qui est également retrouvé dans l'analyse de son protocole du test de Rorschach.

Les données issues du test de Rorschach concernant la capacité des pères à élaborer leurs angoisses sont réunies dans le tableau 8-j (page suivante) afin de faciliter l'analyse comparative. De même que pour les mères, les faibles effectifs des pères au sein des groupes ont exigé une comparaison de fréquences d'apparition des critères. Les **deux remarques** que nous formulons ci-après ne représentent donc que des **tendances générales** sur lesquelles il faudrait travailler à partir d'un échantillon plus important de sujets.

La première concerne le niveau d'anxiété qui transparaît à travers les critères discutés présentement. Il semble que globalement **les pères du groupe TDS expriment un niveau équivalent à ceux des pères du groupe ANX mais supérieur à ceux du groupe des enfants témoins**. Cette tendance est vraie pour tous les indicateurs hormis celui se rapportant au nombre de pères formulant au moins une réponse cotée choc (10 % des pères du groupe TDS contre 50 % des pères des deux autres groupes). Les pères des groupes TDS et ANX pourraient donc représenter une image paternelle moins contenante vis-à-vis de leur enfant car plus angoissée.

Tableau 8-j.
Récapitulatif des données issues du test de Rorschach concernant
la capacité des pères à élaborer leurs angoisses
(hypothèse théorique H8).

	Groupe troubles du sommeil N = 10 (TDS)	Groupe anxieux N = 8 (ANX)	Groupe témoins N = 4 (TEM)	Fréquence en % de la réponse dans le groupe troubles du sommeil (TDS)	Fréquence en % de la réponse dans le groupe anxieux (ANX)	Fréquence en % de la réponse dans le groupe témoin (TEM)
<i>Nombre de pères obtenant un Defect ≥ 1</i>	3	2	0	30	25	0
<i>Nombre de pères obtenant un Clob ≥ 1</i>	4	3	1	40	37	25
<i>Nombre de pères évoquant au moins une relation d'objet placée sous le primat de la jonction.</i>	3	1	0	30	12	0
<i>Nombre de pères projetant au moins une réponse à connotation orale passive ou agressive.</i>	3	3	0	30	37	0
<i>Nombre de pères évoquant au moins une réponse à connotation agressive et destructrice.</i>	2	0	0	20	0	0
<i>Nombre de pères exprimant une angoisse de morcellement à la planche X (choc M ou refus).</i>	2	2	0	20	25	0
<i>Nombre de pères formulant au moins une réponse cotée Choc au noir, au rouge et/ou au blanc.</i>	1	4	2	10	50	50
<i>Nombre de pères présentant au moins un refus sur l'ensemble de son protocole.</i>	4	3	1	40	37	25

La seconde observation nous oblige à revenir sur le tableau 7-j renvoyant aux données issues du test de Rorschach concernant la capacité des mères à élaborer leurs angoisses. Une **comparaison des résultats obtenus chez les mères et les pères du groupe TDS montre que ces derniers expriment dans leur protocole davantage de signes d'angoisse**. Cette tendance est notée pour tous les indicateurs sauf, encore une fois, pour celui qui concerne le nombre de choc relevé dans le protocole.

Au final, les analyses menées sur la base des données issues des entretiens et des protocoles du test de Rorschach permettent de **vérifier l'hypothèse théorique H8 concernant la capacité d'élaboration des angoisses chez les pères d'enfants anxieux en période de latence souffrant de troubles du sommeil**. Les effectifs réduits de pères interrogés, surtout dans le groupe TEM, doivent toutefois nous inciter à rester prudents dans nos conclusions. Les remarques suivantes, soutenant l'hypothèse que **ces pères n'ont fréquemment pas élaboré de manière satisfaisante leur angoisse de castration**, peuvent être formulées.

L'analyse des entretiens des pères des enfants du groupe TDS a montré qu'ils présentent souvent un niveau d'anxiété élevé au regard de l'accumulation de vécus angoissants qu'ils relatent, et ceci comparativement aux pères des enfants du groupe TEM. Aussi, ils souffrent fréquemment de troubles du sommeil présentent souvent une fragilité des assises narcissiques.

L'interprétation de leur protocole au test de Rorschach dévoile une non élaboration fréquente de l'angoisse de castration à mettre en rapport avec une incapacité à effectuer de manière satisfaisante un travail de symbolisation de la puissance phallique. Ils seraient tout de même moins affectés par cette angoisse que les pères du groupe ANX grâce, peut-être, à leur fonctionnement psychique plus souple et leur espace imaginaire plus riche. L'angoisse de mort n'a pas été repérée dans leur protocole et seul le père de Charlotte présente une difficulté d'élaboration de l'angoisse de séparation. Enfin, au regard des indicateurs relevés dans le tableau 8-j, nous avons noté que ces pères semblaient présenter une angoisse de castration plus vive que les mères.

6.2. Récapitulatif des résultats obtenus à partir des analyses.

Les résultats des analyses théoriques sont récapitulés ci-après sous forme d'un tableau (tableau 9, page suivante), et ceci dans un souci de clarté de l'exposé. La vérification ou non de chaque hypothèse théorique est rappelée. Dans un même temps et pour chacune d'entre elles nous évoquons les conclusions principales auxquelles nous avons abouties.

Pour rappel, TDS signifie « enfants anxieux souffrant de Troubles Du Sommeil », ANX, « enfants ANXieux » et TEM, « enfants TEMoins ».

Tableau 9.

**Récapitulatif des résultats obtenus à partir des analyses :
vérifications ou non des hypothèses théoriques et conclusions principales.**

Hypothèses théoriques	Vérifications ou non	Conclusions principales
Hypothèse théorique H1	Infirmée	Espace imaginaire des TDS fréquemment riche, de même que celui des TEM ; espace imaginaire des ANX plus souvent pauvre ce qui se répercute négativement sur leur capacité de mentalisation
Hypothèse théorique H2	Infirmée	TDS sont peu souvent dans l'excitation ou dans l'inhibition, de même que les TEM ; ANX sont souvent dans l'inhibition, ce qui entrave le travail d'élaboration des angoisses
Hypothèse théorique H3	Infirmée	Fréquence plus élevée d'agitation anxieuse diurne chez les ANX comparativement aux TDS où elle est quasi absente
Hypothèse théorique H4	Infirmée	TDS parviennent aussi fréquemment que les TEM à élaborer leurs angoisses ; ANX sont plus souvent en difficulté dans l'élaboration des angoisses
Hypothèse théorique H5-a	Infirmée	Fonction de pare-excitation maternelle satisfaisante, pour la plupart des TDS et TEM avec une mère perçue comme rassurante, et insatisfaisante pour la plupart des ANX
Hypothèse théorique H5-b	Infirmée	Fonction de pare-excitation paternelle peu sollicitée chez les TDS et TEM et davantage chez les ANX
Hypothèse théorique H5-c	Vérifiée	Mères TDS peu souvent rassurantes pour les pères TDS concernant les symptômes de l'enfant ; déni fréquent opéré par les pères TDS sur les difficultés rencontrées, eux et leur femme, vis-à-vis du symptôme
Hypothèse théorique H5-d	Vérifiée	En conséquence de ce déni des pères TDS, attitude de retrait qui n'aide pas les mères TDS vis-à-vis de la prise en charge du symptôme
Hypothèse théorique H6	Infirmée	Capacité de symbolisation du phallique des TDS plus souvent satisfaisante que celle des ANX mais moins que celle des TEM ; TDS ont fréquemment une image paternelle dévalorisée ; TDS ont parfois une sensibilité au dynamisme de PVI, signe de lutte contre la régression à la position passive ; TDS symbolisent de manière souvent régressive le sexuel féminin ; chez les TDS, comme chez les ANX, relation à l'image paternelle et phallique plus problématique que chez les TEM
Hypothèse théorique H7	Vérifiée	Mères TDS souvent anxieuses, de même que chez les ANX mais davantage que chez les TEM ; mères TDS et ANX ont fréquemment vécu précoce avec l'enfant anxiogène et accumulation d'événements angoissants ; difficulté fréquente des mères TDS à élaborer leur angoisse de castration, à symboliser le phallique et à régresser à la position passive malgré un fonctionnement psychique plus souple que les mères ANX ; mères ANX élaborent peu souvent leur angoisse de castration et ont un fonctionnement psychique rigide (inhibition, espace imaginaire restreint)
Hypothèse théorique H8	Vérifiée	Pères TDS souvent anxieux, de même que chez les ANX mais davantage que chez les TEM ; pères TDS ont ou ont eu souvent des troubles du sommeil, ce qui pose la question de l'identification au symptôme paternel ; pères TDS ont souvent une fragilité narcissique ; difficulté fréquente des pères TDS à élaborer leur angoisse de castration, à symboliser le phallique et à régresser à la position passive malgré un fonctionnement psychique plus souple que les pères ANX ; pères ANX n'élaborent pas leur angoisse de castration et ont un fonctionnement psychique rigide (inhibition, espace imaginaire restreint)

6.3. Vignettes illustratives à travers deux cas cliniques.

6.3.1. Etude du cas de Zita et ses parents (cf. Annexe C).

A. Présentation de Zita et analyses des données issues de l'entretien (cf. Annexe C.1.1.), de l'Echelle des Peurs pour Enfants (cf. Annexe C.1.2.), du test des contes (cf. Annexe C.1.3.) et du test de Rorschach (cf. Annexe C.1.4.).

Zita est une jeune fille âgée de **sept ans et neuf mois** que j'ai rencontré au décours d'une prise en charge en Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents. La consultation avait pour motif des **troubles de l'endormissement et des réveils nocturnes**. Ses parents, mariés, l'accompagnèrent tous les deux aux multiples rendez-vous proposés et acceptés, avec des objectifs de soins et de participation à la présente recherche. Zita est la **puînée d'une fratrie de deux enfants**, sa sœur étant âgée de quinze ans. Elle obtenait à l'époque de **très bons résultats scolaires en classe de CE1**. Son apparence physique et vestimentaire soignée et sa manière correcte de s'exprimer dévoilent son appartenance à un **milieu socioculturel stimulant**, ce qui sera confirmé par l'entretien avec ses parents.

Au cours de l'entretien avec Zita, qui sera effectué lors d'une deuxième rencontre, elle se montre **intimidée par la situation de face-à-face** avec un adulte inconnu, moi-même. Elle va demeurer immobile et attentive à mes questions, y répondant toujours de manière très concise.

Le premier groupe d'interrogations (questions n°1 à 3) montre que Zita est **bien intégrée socialement** dans un milieu scolaire où elle ne rencontre pas de difficultés majeures. Par la suite (question n° 5), elle évoque sa crainte de devoir quitter ses parents, ce qui dévoile la reconnaissance d'une angoisse de séparation. Ses réponses au groupe de questions n°6 vont dans le sens d'**interactions possibles et positives avec les différents membres de la cellule familiale**.

A propos de ses troubles du sommeil (questions n° 7 et 8), Zita rapporte effectivement des **troubles de l'endormissement et des réveils précoces**. Elle explique la présence de ces troubles par le fait d'avoir visionné avec sa sœur aînée, à Noël, un film qui lui aurait fait peur : « la Momie (...) j'ai regardé un passage qu'il fallait pas (...) depuis ça me fait peur (...) j'ai peur qu'il y ait quelque chose dans ma chambre (...) j'ai peur qu'il y ait une momie ». Les associations effectuées par Zita montrent que son angoisse de mort a trouvé un objet

imaginaire (imagé au départ par le biais de l'écran) sur lequel elle vient se « fixer », ce qui augure d'un **fonctionnement phobique**.

Puis, ses réponses aux questions n°12 et 13 montrent sa **tendance à trouver du réconfort auprès de sa mère** lorsqu'elle a peur de quelque chose et à lui en parler.

La rencontre avec Zita et les données issues de l'entretien dévoilent chez cette dernière une tendance à la restriction dans les réponses, **signes d'évitement des conflits voire d'inhibition** dans certaines situations (comme celle de l'entretien). Elle apparaît ainsi et au premier abord comme une **filles mal à l'aise, réservée, effectivement sujette à l'angoisse, mais qui peut retrouver un sentiment de sécurité auprès de parents** décrits consciemment comme rassurants et notamment, d'une manière plus privilégiée, auprès de sa mère.

Le score élevé de 111 points à l'Echelle des Peurs pour Enfants situe Zita à un **niveau général de peur et d'anxiété très élevé**. Cette donnée indique que Zita expose nettement ses peurs diverses et ne tente pas de les dissimuler dans un souci de désirabilité sociale. Enfin, ceci renforce notre impression d'une **jeune fille craintive face à l'environnement** et qui, en tout cas, se présente consciemment de cette façon face aux autres.

Lors d'une rencontre ultérieure, Zita va effectuer la passation du test des contes avec intérêt. Les histoires qu'elle imagine vont générer un protocole d'une richesse moyenne, ce qui augure d'un **espace imaginaire à l'étendue satisfaisante**.

Le nombre de temps de latence initiaux et intra-planches importants restent faibles mais Zita répond fréquemment « je ne sais pas » aux interrogations. Ces données vont dans le sens d'une **tendance à l'inhibition** que nous avons soulignée auparavant.

Du point de vue de l'interprétation des réponses, nous observons que Zita met en scène dans le conte du « poussin » des conditions prénatales et post-natales plutôt favorables ce qui, au regard des événements difficiles vécus précocement, nous amène à suggérer la mise en place de sa part d'un mécanisme inconscient de **déni de la réalité**. Dans le conte des « renards », ses réponses dénotent l'existence d'une **fonction de pare-excitation parentale précoce satisfaisante** : les renards vont dans le terrier et ils ont à manger. Nous noterons toutefois que la réactivation du vécu précoce lié à la satisfaction des besoins primaires de sécurité et d'alimentation suscite la mise en place d'un **mécanisme d'inhibition**. Zita ne peut justifier le choix de protéger et nourrir les petits renardeaux et le dénouement ne peut être imaginé. La résurgence des traces mnésiques laissées par les premières relations s'accompagne probablement d'angoisses qu'il lui est difficile d'élaborer. En conséquence, la

séparation représentée par le sevrage dans le « petit chien Tom » est mal vécue, ce qui se perçoit dans le choix régressif du « lait » à la première question. Dans le conte du « poulain », les parents semblent être protecteurs, stimulants et aidants : lorsque le poulain tombe, la jument « essaie de le rattraper » et le cheval « pareil ». Les projections effectuées par Zita au conte des « cerfs » nous semblent normatives en référence aux autres enfants de sa classe d'âge, ce qui est également remarqué dans le conte du « sexe préféré ». De fait, nous pouvons en conclure que **Zita parvient à se situer positivement en terme d'identification sexuelle inconsciente et consciente**. Les réponses au conte des « métamorphoses » dévoilent la **projection d'images parentales satisfaisantes et investies de manière positive même si l'image paternelle n'incarne pas pleinement la puissance phallique** : le père est transformé en « chat » et la mère en « jument ». Enfin, le conte des « lions » devient pour Zita l'occasion d'exposer une rivalité fraternelle et de mettre en scène un dénouement positif marquant l'entente familiale globale ressentie.

De même que pour le test des contes, Zita va participer volontiers à la passation du test de Rorschach au cours d'une autre rencontre.

L'analyse globale du protocole nous permet tout d'abord d'estimer que **l'espace imaginaire de Zita est luxuriant** : elle parvient à formuler 24 réponses ($R = 24$) sur l'ensemble du protocole. Son imagination est si débordante que les limites avec la réalité objective peuvent devenir un peu floues (contraste entre la faiblesse du $F\%$ (21 %) et l'augmentation du $F+\%$ (90 %)). La présence importante de grandes kinesthésies (3 K) et de kinesthésies animales (11 kan) signe tout particulièrement la possibilité de pouvoir se créer des représentations mentales actives et une tendance à l'introversion d'ailleurs retrouvée dans le calcul du TRI (3/2.5). Enfin, l'imagination de Zita ne l'empêche pas de conserver des capacités de socialisation satisfaisantes comme tend à le montrer le nombre de réponses animales ($A\% = 62$).

L'analyse de la planche VI selon les critères retenus dans l'opérationnalisation de l'hypothèse théorique H3 et l'absence de manifestations anxieuses lors de la passation du test pourraient nous permettre de conclure à une régression possible à la position passive. Mais, rappelons nous que la pertinence de ces critères n'est pas reconnue par notre étude et que cette hypothèse théorique n'a pas été vérifiée, l'unique donnée intéressante retenue ayant été l'absence fréquente d'agitation diurne présentée par les enfants souffrant de troubles du sommeil (comparativement aux enfants anxieux). Zita est d'ailleurs décrite par ses parents comme une **fillette plutôt active et capable de s'occuper seule**. L'interprétation du contenu des réponses formulées par Zita à la planche VI nous permet au contraire d'observer, certes une

bonne symbolisation de la puissance phallique, mais également une **sensibilité au « dynamisme » signe potentiel de lutte contre la régression à la position passive** : « un chat noir » (G, FC', A) suivi de « deux enfants qui se cognent en reculant sur un poteau » (G, K, H, scene).

L'élaboration des angoisses, ainsi que constaté dans l'analyse du test des contes, **apparaît comme satisfaisante**. En effet, la capacité de symbolisation de Zita et la qualité de ses défenses psychiques lui permettent de ne pas être débordée. Aucun « choc » ni contenu angoissant n'est relevé dans le protocole tandis que cinq banalités peuvent être formulées, soulignant ainsi le caractère opérant du refoulement.

Concernant justement ses capacités de symbolisation, nous recensons à travers son protocole de **bonnes symbolisations du phallique et du sexuel féminin, parfois connotées d'agressivité** : « une fleur » à P III, « un éléphant » et « un géant » à P IV, « deux lions » à P VIII ou encore « deux girafes qui mangent » à P X. Comme pour d'autres enfants de son groupe, une **symbolisation régressive est effectuée à la planche maternelle P VII** : « des petits chiens sur des rochers » et « deux phoques ». Nous retrouvons cette modalité régressive de la symbolisation à P X : « deux dauphins qui plongent » et « deux girafes qui mangent ».

Outre l'analyse de ces indicateurs qui nous permet de vérifier ou non, et pour le cas de Zita, les hypothèses théoriques posées, nous tenions à émettre deux remarques à propos du protocole de Zita.

Tout d'abord, si les mécanismes de défense mis en place sont globalement opérants, surgissent parfois des projections attestant de l'existence d'une **agressivité vive pas toujours bien symbolisée** : « un volcan... il explose » à P II, « un fusil » à P V et « un volcan en éruption » à P IX. Ces réponses surviennent à la suite de réponses plus banales guidées par un mécanisme de refoulement alors peu efficace.

Enfin, la **tendance à l'inhibition** que nous ne retrouvons pas dans l'analyse du protocole (absence de temps de latence important) se perçoit tout de même **dans le refus face aux choix des planches** (planches représentant le père, la mère et elle-même) **et dans le faible nombre d'associations** réalisées.

En conclusion et pour résumer, Zita est donc une jeune fille âgée de sept ans et neuf mois présentant une anxiété et des troubles du sommeil associés. Présentée par ses parents comme sociable, intelligente, calme et capable de jouer seule, elle profite d'un milieu familial stimulant et d'interactions vécues comme bénéfiques avec ses parents. Zita possède un espace imaginaire relativement vaste et d'une capacité d'élaboration des angoisses plutôt satisfaisante mais limitée. Cette limitation se perçoit dans le recours à des mécanismes de

défense rigides tels que l'inhibition, la restriction, l'évitement et le déni de la réalité. Mais aussi, l'angoisse mal élaborée se perçoit dans la difficulté à régresser pleinement à la position passive et un comportement souvent actif dans la réalité. Concernant justement la nature de ces angoisses, la « momie » renvoie à l'expression d'une angoisse de mort qui a trouvé là son objet, l'angoisse de séparation se perçoit dans la crainte de quitter les parents et l'angoisse de castration dans l'évitement, la restriction et l'inhibition constatées durant l'entretien et les tests. Les images parentales apparaissent comme globalement sécurisantes. Précisons toutefois que l'image paternelle perçue positivement n'est pas dans son cas forcément porteuse de la puissance phallique.

B. Présentation de la mère de Zita et analyses des données issues de l'entretien (cf. Annexe C.2.) et du test de Rorschach (cf. Annexe C.3.).

La mère de Zita semble être une femme d'un milieu socioculturel satisfaisant au regard de son aspect physique et de sa manière correcte de s'exprimer. Elle est très loquace, un peu agitée voire nerveuse à certains moments. Elle exerce sa profession à la pharmacie d'un hôpital de la région.

L'entretien n'a pu être réalisé individuellement auprès des parents, ce qui ne doit donc pas faire oublier que les réponses de chacun ont pu être orientées du fait de la présence du conjoint.

Les réponses fournies par la mère de Zita au cours de l'entretien mettent fréquemment en exergue la présence d'une anxiété massive notamment lorsqu'elle évoque ses angoisses liées aux difficultés de conception, à la grossesse et à la naissance de sa fille, ses propres troubles du sommeil, son stress au travail et son angoisse face à la mort. Souvent, et probablement afin de lutter contre un débordement des angoisses, elle adopte une **attitude de type maniaque à visée anti-dépressive (rire et/ou agitation)**.

Aussi, elle semble représenter une **figure centrale dans la famille** en termes de prise de décision et d'organisation, ce qui dévoile probablement un **désir de maîtrise** à mettre en lien avec une **revendication phallique**. La mère de Zita prétend que ses collègues de travail « comptent beaucoup » sur elle et que c'est elle qui « gère beaucoup de choses à la maison », avant d'ajouter : « j'ai peut-être hérité de ça de mon papa parce que il est pareil ». Nous percevons nettement, à travers ses dires, le mouvement identificatoire conscient réalisé à l'endroit de l'image paternelle et phallique.

Ainsi que nous l'avons souligné plus avant, **les circonstances difficiles de la grossesse, de la naissance et de la période post-natale de Zita ont facilité le maintien d'une vive angoisse de mort chez sa mère** : problème de fertilité culpabilisant, un fœtus antérieurement décédé in utero, une intoxication au monoxyde de carbone qui aurait pu être fatale à Zita, des complications médicales à l'accouchement (prématurité, réanimation, néonatalogie pendant un mois et demi. Concernant sa grossesse, la mère de Zita se rappelle : « on savait qu'à tout moment il y avait un risque... chaque jour de passé était un jour de plus ».

A d'autres moments de l'entretien, **le discours de la mère de Zita laisse transparaître des angoisses de séparation et de mort** : l'impossibilité de faire garder Zita par une assistante maternelle en raison de ses problèmes médicaux, le maintien d'une vigilance extrême durant le sommeil de sa fille et les nombreux événements de vie liés à la mort et à la maladie. Mais nous relevons aussi **une angoisse de castration** à mettre en lien avec l'investissement particulier d'une activité professionnelle liée à la santé (travail en pharmacie et plus précisément dans la préparation des chimiothérapies pour le service de cancérologie) : « je me fais beaucoup de soucis par rapport à mon travail (...) je sais que mon travail va complètement changer (...) ça va me créer des problèmes vis-à-vis des collègues... on comptait beaucoup sur moi (...) ».

La mère de Zita **rationalise les causes des troubles du sommeil de sa fille** : la tempête de l'hiver 1999 tout d'abord, puis « le vent » et « le bruit » depuis l'hiver de notre rencontre et le film de la sœur aînée regardé à la même période de Noël. Les troubles de sa fille l'angoisse à tel point que cela l'empêche elle-même de trouver le sommeil. Elle s'est de plus inquiétée sur le retentissement de ces symptômes sur le travail scolaire qui semble très investi : « au niveau scolaire il faut que ça marche il faut qu'elle travaille ».

Lorsqu'elle évoque les raisons de la peur du bruit chez sa fille, la mère de Zita établit un lien avec sa propre enfance, effectuant un **fantasme de transmission intergénérationnelle** d'une « hypersensibilité » au bruit. Cette **transmission est renforcée par celle, transgénérationnelle, de l'anxiété**, car la mère de Zita se juge anxieuse comme sa fille, tout comme l'étaient ses propres mère et grand-mère. Notons que lorsque la mère de Zita évoque le décès de sa grand-mère, Zita lui dit : « tu me donnes envie de pleurer », dans un mouvement d'identification aux affects dépressifs maternels. Sa mère ajoute que pour sa fille, cette personne aussi « était quelqu'un » d'important. Mais Zita précise de suite comme pour réfuter les projections maternelles, voire s'en défendre : « je la connais pas... je l'ai jamais vu ».

Concernant l'éducation de sa fille, la dénégation relevée (« je dis pas que je voudrais copier mes parents mais dans un autre... ») dans les dires de la mère de Zita nous laisse supposer que cette dernière est très ambivalente vis-à-vis de la propre éducation qu'elle a reçue, se décrivant à la fois comme « plus cool » que ses parents mais « exigeante par rapport à certaines choses » et « vieux jeu ».

Enfin, dans sa relation avec son conjoint, un **accord global semble exister du point de vue de l'éducation** de Zita. Il apparaît qu'il peut dédramatiser les situations rencontrées en les tournant en dérision. En revanche, elle rappelle peu après que son conjoint « se repose » souvent sur elle pour prendre « des grosses décisions ».

L'analyse du protocole du test de Rorschach de la mère de Zita met en avant **la présence d'angoisses de mort et de castration pas toujours élaborées de manière satisfaisante**. L'attitude de la mère de Zita durant la passation est d'ailleurs marquée du sceau de l'angoisse : plusieurs manifestations anxieuses sont observables aux planches IV (« pouh »), VII (sourire) et X (« ouh » accompagné d'un haussement de sourcils) et deux « choc » sont cotés (choc au rouge à P II et choc au morcellement à P X). Ensuite, l'utilisation de mécanismes de défense tels que la restriction (« je vois rien d'autre » aux planches I et IV) et l'inhibition (« il y a rien qui me vient à l'esprit » à la planche II) montre l'existence d'une lutte psychique intense face à la réactivation des angoisses. Les nombreuses réponses anatomiques et réponses cotées « devit » relevées dès la planche I puis aux planches III, IV et IX dévoilent les préoccupations morbides centrées sur le corps, suggérant le caractère massif de l'angoisse de mort sous-jacente. L'angoisse de castration peut se déceler à travers **l'absence de bonnes symbolisations de la puissance phallique** là où il serait habituel de les relever, c'est-à-dire aux planches II et IV. Dans la première, la réactivation des pulsions agressives mêlées à la reconnaissance de la puissance phallique génère une angoisse de castration insoutenable. Face à cette dernière, le seul dégagement possible semble être la régression permettant un non engagement dans une relation perçue comme dangereuse. A la planche IV, l'intensité de l'angoisse de castration oblige à un retour sur soi (référence personnelle) associé à la représentation d'une scène d'agressivité crue.

Concernant la qualité des imagos parentales intériorisées, l'association formulée à l'endroit de la planche III (planche la moins appréciée) décrivant une mise en relation d'objets sur un versant neutre suggère **l'existence d'une relation distante avec la mère** : « ma maman et moi... il y avait beaucoup de tensions pendant mon adolescence (...) ». A la planche maternelle P VII, la symbolisation régressive effectuée est associée à un père auprès de qui les relations semblent avoir été privilégiées. A la planche IX, qui favorise

habituellement la réactivation des relations précoces, nous notons l'apparition d'une figure humaine asexuée mais située généalogiquement qui sera associée à la grand-mère l'ayant élevée, véritable substitut maternel. Cette analyse des données issues du protocole et des associations nous permet de supposer que la relation à la mère a été vécue de manière insatisfaisante, ce qui suggère **la présence d'une image maternelle carencée**.

En définitive et pour conclure, la mère de Zita est une femme très anxieuse habitée par des angoisses de mort et de castration qu'elle ne parvient pas toujours à élaborer. Elle semble prendre une place particulière de « décideuse » au sein de la famille, faisant ainsi preuve d'une revendication phallique soutenue. L'existence d'une image maternelle carencée et d'une image paternelle surinvestie en tant qu'objet identificatoire (tout comme l'a peut-être été la grand-mère en tant que substitut maternel) ont probablement contribué aux difficultés d'accès à une maternité toujours vécue comme anxiogène.

C. Présentation du père de Zita et analyses des données issues de l'entretien (cf. Annexe C.2.) et du test de Rorschach (cf. Annexe C.4.).

L'étude du cas du père de Zita a été abordée dans une de nos publications afin d'illustrer notre approche de la transmission des angoisses paternelles dans un contexte de troubles du sommeil chez l'enfant (Hazotte, 2006).

Cet homme est issu d'un milieu socioculturel satisfaisant et exerce un métier similaire à son épouse. Faussement détendu au cours des entretiens et très ironique, il admet lui-même se comporter ainsi afin de masquer une anxiété tenace. Vis-à-vis de sa femme, il se place en retrait durant l'entretien, la laissant s'exprimer davantage. Il semble par conséquent un peu effacé même si, seul, il peut évoquer des épisodes dramatiques de son enfance.

Le père de Zita est, comme il l'affirme dans l'entretien, un **homme très anxieux qui présente des insomnies** notamment justifiées par un travail ressenti comme stressant.

Concernant la **période de grossesse et la naissance de Zita**, cet homme relate surtout l'épisode de l'intoxication au monoxyde de carbone au cours duquel il a cru perdre la vie : **l'angoisse de mort réactivée** alors a probablement été massive.

Son **angoisse de castration** se manifeste à travers des insomnies qu'il explique de par sa **crainte de l'échec dans les activités professionnelle et quotidienne**. Il se décrit de plus

comme un homme peu sûr de lui, hésitant et méticuleux. Ces dires suggèrent la présence d'une **fragilité narcissique importante**.

Il perçoit Zita comme une fille anxieuse rencontrant des problèmes relationnels à l'école. Les troubles du sommeil possèdent encore une fois des causes rationalisées : selon lui Zita a peur du bruit et du vent. Il établit un lien entre cette sensibilité auditive et le long séjour en néonatalogie où les machines faisaient beaucoup de bruits : sa fille aurait adopté une attitude d'écoute en entendant du jazz, style musical qui était passé pour couvrir justement les bruits des appareils du service.

Au cours de l'entretien, il affirme, en souriant, être issu d'une « longue lignée de personnes angoissées » et percevoir tout en « négatif ». Comme pour argumenter ses dires, il me confie, en l'absence de sa fille et de son épouse, qu'à l'âge de cinq ans, il a appris que son grand-père s'était suicidé par pendaison. Son propre père n'a jamais connu les raisons de cet acte. Depuis, il ne supporte pas d'avoir « quelque chose de noué autour du cou » et il présente parfois des « sensations de vertige ». Il a également eu un frère mort-né et un autre qu'il ne fréquente plus en raison de querelles générées par les attitudes maternelles : il prétend que sa mère, une personne fragile sur le plan somatique, préfère ce frère qu'elle soutient davantage, notamment financièrement. Le père de Zita s'est longtemps senti très dépendant de parents qu'il avait mis « sur un piédestal ». A présent, il se rend compte qu'ils ont parfois tort et il se repose davantage sur son épouse. Ces faits et ressentis révélés expliquent le **sentiment de transmission transgénérationnelle de l'anxiété** évoqué plus avant. Les figures masculines et paternelles apparaissent comme fragiles psychologiquement et la figure maternelle comme rejetante.

Le père de Zita estime vivre avec son épouse une relation satisfaisante, « renforcée », affirme-t-il, par toutes les péripéties qu'ils ont dû surmonter ensemble : les fausses-couches, l'intoxication au monoxyde de carbone... **Il la perçoit comme anxieuse mais comme possible source de réassurance** en cas de doutes ou d'angoisses : il évoque d'ailleurs un « besoin » qu'elle prenne les « grosses décisions ». Ce jugement porté sur la relation au conjoint renforce le **constat de l'existence d'une faille narcissique**, le père de Zita dévoilant de manière implicite son manque de confiance en lui. Concernant le domaine éducatif, il se juge plutôt en accord avec sa femme.

L'analyse du protocole du test de Rorschach du père de Zita révèle rapidement le **caractère massif de l'angoisse de castration**. Tout d'abord, il se montre sensible au contenu latent de la planche IV mais l'utilisation de mécanismes tels que la restriction ou la dénégation et l'évocation de contenus anxiogènes révèlent l'émergence de l'angoisse face à la

représentation phallique. De même, l'inhibition massive à la planche VI (refus de se projeter) montre l'impossibilité d'élaborer l'angoisse de castration et de régresser à la position passive. L'analyse des planches II et III va également dans ce sens. L'absence d'intégration de la couleur rouge dans la planche III montre une incapacité à gérer les pulsions agressives qu'elle réactive. La seconde réponse à la planche II, globale et vague, renvoyant à une réponse crue relative à l'organe sexuel féminin souligne une nouvelle fois l'importance de l'angoisse de castration et de l'agressivité projetée sur la fonction sexuelle féminine.

Rejoignant son histoire évoquée avec ses parents, le protocole du test de Rorschach du père de Zita dévoile une **intériorisation d'imagos parentales peu satisfaisantes**. Tout d'abord, on note l'absence de mise en relation à l'évocation de la figure maternelle. L'angoisse de castration est puissamment réactivée à la planche IX à travers une projection peu élaborée de l'anatomie féminine. La figure paternelle subit l'assaut des pulsions agressives (« un gros bonhomme pas très beau » à P IV), la représentation phallique habituellement dévolue, et présentement mal symbolisée, pouvant être considérée comme angoissante voire dangereuse. Nous pouvons formuler une interprétation similaire pour la réponse à P X : « un affreux bonhomme... un mélange de couleurs assez abominable ».

La **fragilité des assises narcissiques du père de Zita** est tout d'abord liée à une image du corps certes unitaire mais dégradée, ainsi que nous l'observons à P V : « une caricature de chauve-souris collée comme dans une collection ». Les nombreuses réponses anatomiques à des planches compactes et bilatérales attestent d'une préoccupation morbide pour le corps (P I, P II, PVII et PIX). Elles viennent souligner la présence d'une angoisse de mort latente. Mais la fragilité narcissique du père de Zita, et ceci n'est pas sans lien avec une image du corps dégradée, doit être mise en relation avec l'intériorisation d'imagos parentales peu satisfaisantes comme nous l'avons montré plus avant. Car ces images parentales représentent des modèles identificatoires féminins et masculins instables et suscitant la projection de pulsions agressives à peine refoulées, comme nous pouvons le remarquer aux planches IV, VII et X.

Pour résumer notre analyse du cas du père de Zita, nous avons relevé une difficulté à symboliser la puissance phallique et une angoisse de castration massive liée à la crainte de l'échec dans tous les domaines de la vie. L'angoisse de mort apparaît comme moins prononcée mais elle fut tout de même fortement réactivée lors de l'épisode de l'intoxication. Les insomnies attestent, dans son cas, de la présence d'une anxiété majeure. Nous avons également et à plusieurs reprises souligné la fragilité majeure des assises narcissiques du père de Zita : à travers son activité professionnelle, dans le besoin de prendre de l'assurance auprès

de son épouse pour les décisions importantes et dans l'analyse de son protocole de Rorschach. A travers cette dernière nous avons perçu le lien existant entre cette fragilité et l'intériorisation d'imagos parentales insatisfaisantes. L'entretien permet de mettre à jour l'existence de figures paternelles fragiles (dépressives) et anxiogènes et une figure maternelle très ambivalente. Un fantasme de transmission transgénérationnelle de l'angoisse est effectué par le père de Zita, ce qui lui fait affirmer son inscription dans une « longue lignée de personnes angoissées ».

D. Etude de la transmission des angoisses et des troubles du sommeil associés dans le cas de Zita et de ses parents.

L'analyse du cas de Zita et de ses parents illustre les conclusions auxquelles nous avons abouti concernant l'ensemble des hypothèses théoriques (cf. tableau 9). Vis-à-vis des hypothèses théoriques H2 et H6, précisons toutefois que Zita se situe davantage sur le versant de l'inhibition et que l'image paternelle représentée à travers les tests projectifs n'est pas dévalorisée mais vraisemblablement peu investie de la puissance phallique.

La constatation première que nous pouvons formuler à partir de notre analyse du cas de Zita est que **ses parents comme elle-même souffrent d'une anxiété associée à des troubles du sommeil**. Mais cette corrélation implique-t-elle *ipso facto* l'existence d'une quelconque transmission ? Plusieurs indices nous engagent à répondre à cette interrogation par l'affirmative.

Tout d'abord, nous observons une **identification massive et précoce aux angoisses parentales de mort, de séparation et de castration**. Chez Zita, la mort prend le visage terrifiant et imaginaire de la « Momie ». Pour sa mère, elle représente un leitmotiv manifeste dans son discours et pour son père elle devient une préoccupation plus sourde réactivée lors de l'épisode de l'intoxication. Zita n'a pas connu la séparation d'avec ses parents mais elle l'envisage comme un événement anxiogène. D'ailleurs, sa mère craignait de la confier naguère aux soins d'une assistante maternelle, du fait de ses problèmes médicaux. Enfin, l'acceptation des limites, de la finitude ou de l'impuissance qu'englobe la castration n'est pas chose acquise pour Zita. Ainsi, son travail scolaire doit être parfait, ce qui répond au mieux à ce qui est pressenti des exigences (on pourrait dire des angoisses) parentales. Sa mère occupe une place centrale dans l'organisation de la famille et surtout, elle prend les « grosses décisions » que ne peut (ou ne veut) pas prendre son mari, par crainte de l'échec. La revendication phallique qui habite ainsi la mère de Zita lui permet d'assouvir un désir de

maîtrise destiné probablement à calmer ses angoisses. Le père de Zita, quant à lui, fragilisé narcissiquement et peu sûr de lui dans son travail comme dans le quotidien, semble se réfugié dans un rôle « secondaire » qui lui évite des situations tant redoutées. Du coup, le couple parental paraît avoir trouvé un équilibre, chacun opérant pour l'autre un rôle de défense face à ses angoisses mais sans pouvoir l'en « guérir ».

L'autre indice nous orientant vers l'existence d'une transmission de l'anxiété concerne **le poids des projections maternelles anxiogènes** opérées à l'endroit de Zita et dont il serait difficile de s'extraire à son âge. Les événements pré et post-nataux ont lourdement contribué à créer et maintenir les angoisses que sa mère pouvait ressentir vis-à-vis de la survie et de la santé de sa fille. Zita représentait une « dernière chance » d'avoir un second enfant et elle souffrait de beaucoup de complications médicales à la naissance, ce qui a entraîné des attitudes maternelles sur-protectrices : l'impossibilité de pouvoir se séparer de l'enfant le jour et la nuit, durant laquelle cette mère garde encore aujourd'hui une oreille attentive sur la respiration de ses filles. Cette hypervigilance nocturne est, selon elle, à l'origine de troubles du sommeil à mettre ainsi en relation avec une angoisse de mort. Concernant le deuil difficile de sa propre grand-mère, la mère de Zita imagine que sa fille ressent une tristesse équivalente à la sienne, ce qui procure un exemple supplémentaire du caractère massif des projections maternelles. Zita s'identifie d'ailleurs aux affects dépressifs de sa mère mais dans un second temps, elle peut s'opposer en niant avoir rencontré cette grand-mère.

Le troisième indice renvoie à **la place particulière occupée par le père de Zita dans la configuration familiale**. Du fait de ses propres angoisses, de sa fragilité narcissique et de l'intériorisation d'imagos parentales insatisfaisantes, cet homme ne peut efficacement remplir une fonction de pare-excitation vis-à-vis de Zita et de son épouse. Probablement qu'en raison des fausses-couches multiples et des difficultés précoces de Zita, il est difficile pour lui, autrefois comme aujourd'hui, de s'immiscer dans la dyade mère-enfant et de juguler les angoisses qui y sont véhiculées.

Ainsi, notre cheminement nous amène à nous interroger sur la **qualité des fonctions de pare-excitation maternelle et paternelle** dans le cas de Zita. Cette dernière évoque manifestement des parents sécurisants et bienveillants, ce que nous avons également perçu à travers l'analyse de ses tests projectifs. Pourtant, et en conséquence de la transmission des angoisses, nous sommes tentés d'affirmer que les fonctions que nous évoquons sont défailtantes. La qualité mais aussi la rigidité des défenses psychiques de Zita expliquent peut-être l'apparente qualité des fonctions de pare-excitation. Ou encore, ses parents sont suffisamment souples psychiquement, réfléchis et intelligents pour ne pas laisser transparaître continuellement et manifestement leurs angoisses. Ces dernières seraient transmises par

l'intermédiaire de mécanismes échappant à leur conscience, principalement celui de l'identification projective.

Le quatrième et dernier indice a trait à **la transmission transgénérationnelle de l'anxiété fantasmée par les parents de Zita**. Sa mère décrit dans sa famille une lignée de femmes angoissées, Zita et elle-même n'y échappant pas au niveau intergénérationnel. Son père dit s'inscrire dans « une longue lignée de personnes angoissées », d'hommes tout particulièrement. La fragilité des images maternelles chez la mère et des images paternelles chez le père suggère des explications sur les problèmes liés à la maternité pour la première et sur la difficulté à représenter une puissance phallique pour le second. L'anxiété, reçue en « héritage », semble être devenue un véritable critère d'appartenance à la famille.

Enfin, concernant la **présence de troubles du sommeil chez les trois individus** de la triade mère-père-enfant, nous pouvons affirmer qu'ils représentent la manifestation symptomatique de leurs angoisses. Le sommeil semble être vécu par la mère de Zita comme une séparation dangereuse d'avec sa fille : elle dort mal du fait d'une hypervigilance qui doit probablement avoir elle-même un impact négatif sur la qualité du sommeil de Zita.

6.3.2. Etude du cas d'Erwan et de ses parents.

A. Présentation d'Erwan et analyses des données issues de l'entretien (cf. Annexe G'.1.1.), de l'Echelle des Peurs pour Enfants (G'.1.2.), du test des contes (G'.1.3.) et du test de Rorschach (G'.1.4.).

Erwan est un garçon âgé de **huit ans et dix mois** que j'ai rencontré au Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents. Accompagné par ses parents, ces derniers avaient pris la décision de venir consulter en raison d'un **mal-être, d'un manque de confiance en soi, d'une peur de l'échec et d'une tendance à l'inhibition** qu'ils ressentaient chez leur fils. Erwan est **l'aîné d'une fratrie de deux enfants**, son frère étant âgé de sept ans. Les **résultats scolaires** qu'il obtenait en classe de **CE2** s'avéraient **moyens**. Son apparence physique et vestimentaire et sa manière de s'exprimer indiquent l'appartenance à un **milieu socioculturel plutôt stimulant**. Notons qu'il présente une **légère surcharge pondérale**.

L'entretien auprès d'Erwan aura lieu lors d'une deuxième rencontre. Seul face à moi, il se montre très calme et réservé. La situation provoque chez lui une **inhibition** se percevant à travers la brièveté de ses réponses.

Nous apprenons par le biais des premières questions (n° 1 à 4) qu'Erwan entretient des **relations conflictuelles vis-à-vis de certains enfants** de l'école qui l'insulteraient selon ses dires. Malgré cela le milieu scolaire semble être investi à minima ainsi que les apprentissages, notamment sportifs.

L'évocation de la première séparation (question n°5) ne révèle pas d'angoisse de séparation majeure, Erwan ayant bien perçu une tristesse qu'il parvint à surmonter pendant une semaine et à l'âge de six ans.

Les réponses au groupe d'interrogations n°6 dévoilent un **investissement réduit des activités effectuées avec sa mère** : « pas grand chose... dès fois les courses avec elle et mon frère ». Les occupations menées avec son père ne semblent guère plus nombreuses mais peut-être davantage investies : devoirs et course pédestre.

Notre **hypothèse d'un rapprochement privilégié vers le père** est confortée par les réponses d'Erwan aux questions n° 12, 13 et 14. En effet, Erwan dit se rassurer davantage auprès de son père et parler avec lui de ses craintes. Il juge ce dernier « calme » au contraire de sa mère qui, selon ses propos, « parle tout le temps et court tout le temps ».

La concision des réponses d'Erwan et son attitude très réservée pendant l'entretien dévoilent d'emblée sa **tendance à l'inhibition** lorsqu'il est confronté à des situations potentiellement anxiogènes (celle de l'entretien en face-à-face avec un adulte quasiment inconnu). Ses dires indiquent une **intégration sociale perturbée** et **l'investissement privilégié d'un père** affublé d'une image plus sécurisante, comparativement à la mère.

A l'Echelle des Peurs pour Enfants, Erwan obtient un score total de 67, ce qui situe son **niveau général de peur et d'anxiété dans une zone normale forte**. Ce résultat, paraissant faible au regard de sa problématique, suggère qu'**Erwan tient à renvoyer à l'autre une image positive de lui**, comme il le fait lorsqu'au début de l'entretien il affirme, avec immaturité, avoir « plus de cent » copains. La diminution du score reflèterait donc la conséquence d'une **désirabilité sociale** importante.

Lors de la rencontre suivante, j'invite Erwan à effectuer la passation du test des contes, ce qu'il fait sans montrer d'enthousiasme particulier ni d'opposition active. La concision de nombreuses réponses **ne permettent pas d'affirmer l'existence d'un espace imaginaire riche** et le nombre de temps de latence initiaux et intra-contes relativement important dévoile une **tendance à l'inhibition**.

La brièveté des réponses formulées par Erwan dans le conte du « poussin », première des neuf histoires proposées, marque la mise en place du **mécanisme d'inhibition** destiné à lutter **contre les angoisses nées de l'entrée dans la relation**. Les histoires imaginées dans ce conte et dans le suivant, celui des « renards », ne mettent pas en exergue de difficultés particulières liées à la vie intra-utérine et précoce. Nous pourrions donc en conclure à une **satisfaction des besoins fondamentaux** de sécurité et d'alimentation à ce stade du développement libidinal. Toutefois, nous remarquons la réactivation déstabilisante de **l'angoisse de mort** à la fin de l'histoire des « renards » : le renardeau mange le fromage « sinon il va mourir » suivi d'un dénouement hésitant (« pas... euh... 5'' ils trouvent de la nourriture »). Les questions du conte de l'« oisillon » suscitent des réponses tout à fait normatives, ce qui augure d'une **possible élaboration de l'angoisse de séparation**. Nous noterons tout de même le retour du père oiseau avant celui de la mère oiseau (« il se dépêche pour aller voir son enfant »), rappelant le **caractère rassurant de la figure paternelle**. Mais cet investissement positif et privilégié de l'image paternelle n'est pas observé dans le conte du « poulain ». En effet, la mise en scène de cette histoire montre davantage une **défaillance de la fonction de pare-excitation parentale** : lorsque le poulain tombe la jument « lui disait rien elle le laissait » et le cheval « pareil ». Le conte des « cerfs » dévoile l'existence d'une **problématique oedipienne marquée** avec un investissement possible de l'image maternelle et une identification à l'endroit de l'image paternelle. La rivalité avec le père se perçoit dans le vœu formulé par Bambi d'« être plus grand » puis dans le dénouement où il devient « aussi grand que son père... ». Au conte du « sexe préféré », Erwan montre une acceptation consciente de son sexe mais un refus de se marier et d'avoir des enfants, ce qui traduit la perception anxigène qu'il possède des conflits opposant parfois ses parents et ce qui montre qu'il a une dynamique oedipienne particulièrement difficile à élaborer. Le premier refus est expliqué par sa crainte d'être entouré de « plein de monde », ce qu'il imagine probablement être une situation anxigène. Les **images parentales demeurent indifférenciées** dans le conte des « métamorphoses » où les transformations affectant les membres de la famille les changent tous en « cheval », ce qui traduit probablement une quête de puissance phallique. Le dénouement, dans lequel les animaux « restent comme ça », dévoile une **tendance immature à rester dans une position de toute-puissance**. Enfin, nous retiendrons des réponses d'Erwan au conte des « lions » une **anxiété liée aux disputes opposant parfois ses parents** : « ils se disputaient... les petits avaient peur alors ils partaient ».

La passation du test de Rorschach est effectuée lors d'une rencontre ultérieure. Erwan observe une attitude similaire à nos rencontres précédentes.

Les analyses du protocole et du psychogramme résumé indiquent l'existence d'un **espace imaginaire restreint**. Le nombre total de réponses formulées est peu élevé ($R = 12$) et ces dernières tiennent souvent en deux mots (article et nom). L'ancrage dans la réalité peut être considéré comme suffisant ($F\% = 83\%$ et $F+\% = 75$) mais la présence d'une unique grande kinesthésie ($K = 1$) et l'absence de petites kinesthésies animales ($kan = 0$) signent la difficulté à établir des liaisons entre représentations de relations et entre représentations et affects. La coartation du TRI (1/0) dévoile une forme d'insensibilité à l'environnement, ou au moins une incapacité à prendre en compte ce dernier dans l'élaboration des représentations. Malgré cela, les capacités de socialisation semblent être conservées au regard du nombre de réponses animales formulées ($A\% = 67$).

Les nombreux longs temps de latence initiaux et intra-panches relevés dans le protocole et la brièveté des quelques réponses formulées dévoilent certes le caractère restreint de l'espace imaginaire mais également **l'inhibition massive** mise en place face aux angoisses réactivées par le test. Le **travail de mentalisation semble être difficile à réaliser** du fait de l'utilisation de ce mécanisme rigide de défense.

L'absence de symbolisations satisfaisantes de la puissance phallique et d'une unique bonne symbolisation du sexuel féminin (« une dame » à la planche I, projection donnée avec beaucoup d'hésitations) signent d'ailleurs cette **difficulté globale d'élaboration**.

Enfin, nous tenions à souligner **l'évitement du rouge aux planches II et III** (choc au rouge) qui dans ce protocole suggère une **incapacité d'élaboration des pulsions agressives**. Ces dernières réactivent probablement chez Erwan une **angoisse de castration**, de même que lorsqu'il évoque, défensivement, son absence de « peur » devant certaines de ses projections : « un insecte » à la planche III, « il fait pas peur celui-là » (précisé dans les associations) et « un crabe » à la planche X, « alors ça pince mais ça fait pas peur » (précisé aussi dans les associations).

Afin de résumer les nombreuses données recueillies concernant Erwan, rappelons tout d'abord que ce garçon âgé de huit ans et dix mois est décrit par ses parents comme ayant un manque de confiance en lui et une peur de l'échec, effets probables d'une angoisse de castration non élaborée. L'inhibition représente le mécanisme de défense rigide et coûteux qu'Erwan met en place de manière privilégiée face aux angoisses qui l'habitent, ainsi que nous l'avons perçu dans l'entretien et dans les analyses des deux tests projectifs passés. Les conséquences sur la qualité de l'espace imaginaire et du travail de symbolisations sont fâcheuses. Socialement, Erwan, soucieux de l'image qu'il veut donner aux autres et réprimant

son agressivité, rencontre des difficultés vis-à-vis de ses pairs qui l'insultent à cause de son léger surpoids.

Afin de lutter contre ce qui peut représenter pour lui une atteinte au niveau narcissique, Erwan investit le sport. Dans un même temps, cette pratique sportive lui permet de s'identifier à son père et de répondre à ce qu'il croit être les exigences de ce dernier, ce qui situe la problématique d'Erwan à un niveau nettement oedipien. L'investissement privilégié du père qui apparaissait dans notre analyse et les qualités conférées à l'image paternelle semblent être liés à l'existence d'une vive angoisse de castration. Mais nous comprendrons davantage cette interprétation à l'issue de l'analyse du cas du père d'Erwan. Nous y découvrirons en effet que l'image paternelle à laquelle Erwan est confrontée, mais dont il ne peut pas reconnaître consciemment la rudesse, est probablement une image surmoïque, exigeante, peu compréhensive et anxiogène.

B. Présentation de la mère d'Erwan et analyses des données issues de l'entretien (G'.2.1.) et du test de Rorschach (G'.3.).

La mère d'Erwan apparaît telle une femme d'apparence physique plutôt frêle. Elle s'exprime dans un français correct mais avec, au début de l'entretien, beaucoup de retenue et de réserve.

Les entretiens menés auprès des parents d'Erwan ont pu être réalisés individuellement, ce qui a peut-être permis une plus grande liberté dans les réponses de chacun.

La mère d'Erwan évoque à travers l'entretien les événements anxiogènes qui ont ponctué les **débuts de la relation** avec son fils. Tout d'abord, les circonstances de la **naissance semblent avoir généré une angoisse de mort** ressentie en termes de difficulté et de stress : l'accouchement a été provoqué car « le cœur du bébé se fatiguait beaucoup et les contractions étaient très fortes ». Les complications rencontrées à la clinique lors de l'allaitement ont quant à elle pu affecter l'image que cette femme pouvait avoir d'elle en tant que mère incapable de nourrir son enfant.

Se percevant **consciemment comme anxieuse**, la mère d'Erwan décrit bien le **trouble de l'endormissement** qui peut parfois l'affecter : « je cogite en m'endormant je pense à plein de choses et... ». Elle souffre selon ses dires d'un « **manque de confiance** » dont l'origine serait, d'après ses associations, une mauvaise image d'elle lorsqu'elle était adolescente : « j'avais un problème de poids (...) j'ai fait une sorte de dépression vers quatorze quinze ans (...) à l'école et ben on part tous les matins avec la peur de se dire et ben qu'est-ce qu'ils vont

encore me dire aujourd'hui (...) ». L'une des origines de son anxiété semble ainsi résider dans une **fragilité de ses assises narcissiques**.

L'**angoisse de mort** que nous avons décelée dans ses propos rapportant la naissance revient à travers **l'évocation de sa maladie chronique et d'un risque accru de développement de cancer**. Elle raconte : « j'ai été opérée de la thyroïde (...) j'ai un traitement à vie ça me fait un peu peur (...) il y a déjà des nodules qui sont revenus de l'autre côté (...) ». Plus loin, elle ajoute : « j'ai une tante qui a eu un cancer de l'utérus et qui est décédée jeune et c'est vrai que maintenant... moi je me fais suivre depuis qu'il y a eu ça dans la famille (...) ».

Concernant l'éducation d'Erwan, elle juge son mari « très dur » comparativement à elle-même qui se perçoit comme « plus laxiste ». Par conséquent, ils n'auraient par exemple pas la même appréciation du travail scolaire de leur fils, ce qui perturberait ce dernier selon elle. Au **désaccord à propos des attitudes éducatives** à tenir, s'ajoute une **incapacité de son mari à la rassurer** car cet homme est, selon elle, anxieux et peu compréhensif. Ce dernier ne semble donc pas assurer une fonction de pare-excitation vis-à-vis de sa femme.

Enfin, nous tenions à souligner le **processus d'identification projective que cette mère opère à l'endroit de son fils** : « en Erwan je me revois quand j'étais jeune j'ai toujours été comme ça... un manque de confiance en soi je pense et Erwan je pense que c'est ça (...) » et « (...) Erwan il m'a dit j'en ai marre tout le monde me dit que je suis gros... alors moi je me suis mis à sa place parce que moi j'ai vécu ça dans mon enfance (...) ». Au final, il est intéressant de rappeler que le motif de la consultation d'Erwan est, pour ses parents, « le manque de confiance », ce que la mère pressent également et exactement (dans les mêmes termes) chez elle.

L'analyse du protocole du test de Rorschach de la mère d'Erwan met tout d'abord en lumière une **pauvreté de l'espace imaginaire** (16 réponses sur l'ensemble des planches) et une **capacité de mentalisation restreinte** (absence de grande kinesthésie et une seule petite kinesthésie par exemple). En lien avec ces observations, nous constatons que le fonctionnement psychique de cette femme est principalement régi par ce mécanisme de défense rigide et invalidant qu'est **l'inhibition**. En effet, nous relevons de nombreux temps de latence assez longs marquant la tendance à la restriction. Mais surtout, aucune projection ne peut être formulée aux planches VI et X, ces refus étant la marque de la présence d'angoisses peu élaborées. Aussi, son **blocage associatif**, fruit de l'inhibition dans son cas, se perçoit dans l'impossibilité d'imaginer des planches pouvant correspondre symboliquement à ses parents

et à elle-même, ce qui donne à son protocole de test de Rorschach une facture assez comparable à celle de celui fourni par son fils.

Une **angoisse de castration** difficilement élaborée semble être à l'origine du recours à l'inhibition psychique. A la planche II, cette angoisse se perçoit dans la centration sur le détail phallique axial sans pouvoir s'en dégager (« la pointe des plumes (Dd) où on écrivait... le reste rien »). L'évitement du rouge effectué aux planches II et III (choc au rouge), et ainsi que nous l'avons observé chez son fils, peut également être considéré comme une incapacité à symboliser l'agressivité, le conflit et la castration. Les deux réponses formulées à la planche IV apparaissent comme plus satisfaisantes comparativement à celles effectuées dans les autres planches. En effet, si la première réponse symbolise une dimension phallique agressive et dangereuse (« la forme d'un chardon la planche avec les pics »), la seconde renvoie à une image plus satisfaisante de la puissance phallique même si cette dernière possède une connotation régressive (« le bas d'un géant comme dans les bandes dessinées »). Enfin, le refus réalisé à la planche VI signe la présence probable d'une angoisse de castration massive dont l'élaboration est évitée par le biais de l'inhibition. Ce refus traduit également et peut-être des angoisses liées à la sexualité. L'absence et la mauvaise qualité des symbolisations de la puissance phallique là où elles sont habituellement attendues ainsi que l'absence de symbolisations du sexuel féminin démontrent **le caractère massif de l'angoisse de castration latente ainsi que la faiblesse de la capacité de mentalisation.**

En conclusion de nos analyses portant sur l'entretien et le test projectif réalisés auprès de la mère d'Erwan, nous pouvons affirmer que cette dernière est une femme anxieuse et très fragile au niveau de ses assises narcissiques. Cette anxiété et cette fragilité peuvent être directement mis en lien avec le caractère massif d'une angoisse de castration qui demeure encore peu élaborée. Ce défaut d'élaboration doit lui-même être relié à l'existence d'un fonctionnement psychique rigide qu'illustre bien le recours à l'inhibition. Retenons également que cette mère ne trouve pas toujours en son mari un soutien sécurisant et rassurant, notamment au niveau éducatif.

C. Présentation du père d'Erwan et analyses des données issues de l'entretien (G'.2.2.) et du test de Rorschach (G'.4.).

Le père d'Erwan a été rencontré à plusieurs reprises afin d'effectuer auprès de lui et individuellement l'entretien puis la passation du test de Rorschach. Il se présente tel un homme dynamique, plutôt à son aise en face à face, parlant sans retenue et un peu nerveux.

En présence de sa femme et de son fils, lors de la première consultation au Centre Médico-Psychologique, il se met facilement en avant tandis que les autres membres de la famille semblent demeurer en retrait.

Au cours de l'entretien, le père d'Erwan admet sans difficulté être un **homme anxieux**, ce qu'il justifie par les difficultés qu'il rencontre face aux prises de décision, ayant « peur de se tromper ». Quelques passages issus de son discours permettent de supposer l'existence d'une **angoisse de castration non élaborée** qui se perçoit globalement à travers le stress, la tension et la pression relatés. Cet homme, dans ce qu'il réalise au niveau du sport notamment, « cherche le résultat » avant tout, ce qui, nous le verrons, a d'ailleurs un impact sur sa relation avec son fils. Cette volonté de « faire mieux » pour « avancer » et « l'esprit de compétition » dénotent la puissance de cette angoisse mais également l'existence d'une **fragilité au niveau narcissique**.

A propos de la perception qu'il a de l'anxiété de son fils, cet homme pense être l'élément central justifiant cette dernière, en raison de la pression qu'il impose. Concernant la course à pieds, il affirme : « il a peur que je le dispute enfin il a peur de pas y arriver... il a peur de me décevoir (...) je suis peut-être trop exigeant (...) je lui mets peut-être trop la pression mais pas que dans le sport et pour l'école aussi... le problème c'est que moi j'ai pas trop réussi dans les écoles j'ai eu un BEP et pis on veut toujours mieux pour ses enfants et pis (...) ». Nous percevons encore une fois, à travers l'évocation de la scolarité considérée comme « pas trop réussie », une fragilité des assises narcissiques, Erwan ayant alors le rôle de réparer cet échec. Mais ce fils ne semble pas correspondre aux attentes paternelles. A propos du sport, il dit : « je me prends au jeu j'essaie de faire mieux j'ai l'esprit de compétition... alors que Erwan il part du principe qu'il a fait alors c'est bien moi je pense qu'il faut faire mieux qu'il faut avancer... moi je vois plus loin que lui... en fait il est comme moi stressé anxieux peut-être que je le stresse au sport parce que je lui mets la pression (...) moi ça m'énerve parce que je conçois pas qu'on fasse du sport comme ça sans chercher le résultat (...) ». Ce deuxième passage, très riche, dévoile plusieurs aspects de la relation père - fils telle qu'elle est perçue par le père. Autour de la course semble exister pour ce dernier un enjeu : celui de restaurer l'image qu'il possède de lui-même, plus important que celui d'éprouver un simple plaisir lié à l'activité. Cet homme paraît avoir une conscience légère de cet enjeu qu'il projette dans la relation avec son fils, celui-ci représentant, dans son imaginaire, ce qu'il redoute : le laisser-aller et le « plaisir » avant que d'obtenir un « résultat ». Du coup, nous pressentons les projections négatives adressées au fils et l'agressivité qui en résulte dans la relation à lui : « moi, ça m'énerve ». Nous avons noté également le **processus**

d'identification projective opéré par ce père à l'endroit de son fils : « il est comme moi stressé anxieux ».

Le père d'Erwan rapporte enfin les **divergences qui l'opposent à sa femme sur le terrain de l'éducation**. De la même manière qu'elle le juge, il reconnaît être plutôt sévère. « J'en fais peut-être trop mais elle en fait pas assez », dit-il, avant d'ajouter plus loin qu'il aimerait qu'elle prenne davantage de décisions sans se reposer sur lui, par peur qu'il « gueule ». La qualité des relations conjugales semblent avoir subies des modifications avec le temps. Concernant l'ambiance familiale (question n° 10), il prétend que c'était plus calme auparavant et que sa femme est anxieuse, « plus stressée », depuis la naissance du second enfant. Enfin, il ne trouve pas de réconfort auprès de sa femme étant donné qu'il ne se confie pas à elle en cas de difficultés personnelles. Par conséquent, et selon ses dires, nous observons que sa femme ne remplit pas vis-à-vis de lui une fonction de pare-excitation satisfaisante.

L'analyse du protocole du test de Rorschach du père d'Erwan dévoile la présence d'une **angoisse de castration** vive que nous avons pressentie lors de l'entretien. A travers le test, elle se perçoit tout d'abord dans les projections formulées à la planche IV, et notamment dans la première réponse (« une tête de loup qu'on regarde d'en bas on est tout petit devant... avec les pieds en bas et les bras ») : l'image globale est perçue à partir d'une insistance sur le détail phallique médian, l'impression d'écrasement face à la puissance phallique est tenace et enfin, la confusion des règnes humain et animal montre l'aspect déstabilisant de l'angoisse. Plus loin, l'unique réponse donnée avec incertitude et précaution à la planche VI évoque une **mauvaise symbolisation de la puissance phallique** (« pas grand chose peut-être une tête de d'animal », cotée F-), ce qui dévoile encore une fois la **difficulté d'élaboration** de l'angoisse de castration.

L'étendue peu satisfaisante de l'espace imaginaire et les difficultés de mentalisation qui en résultent s'observent à partir de plusieurs critères : un faible nombre total de réponses (R = 19), l'absence de grande kinesthésie (K = 0), la présence d'une unique kinesthésie mineure (kobC à la planche X), un Type de Résonance Intime coartatif (TRI = 0/1) et aucune association formulée à partir des réponses aux planches. Il semble que, dans le cas du père d'Erwan, nous pouvons prétendre à une certaine rigidité du fonctionnement psychique mais qui, cette fois, ne se caractérise pas essentiellement par l'utilisation massive du mécanisme d'inhibition psychique. Nous pouvons évoquer en revanche un **fonctionnement probablement défensif face à une investigation pouvant être vécue comme intrusive**. D'ailleurs, le père d'Erwan annonce à propos de la planche I (sa première réponse est « un masque avec les yeux dans le blanc genre Halloween ») que cette dernière

pourrait la représenter symboliquement : « peut-être celle-là pour le masque parce qu'on peut se cacher derrière parce que je montre pas trop mes sentiments ».

Enfin, nous tenions à évoquer la qualité **des imagos parentales intériorisées du fait que ces dernières apparaissent comme peu satisfaisantes**. Concernant l'imgo maternelle, les projections relevées aux planches VII et IX doivent être discutées. A la première d'entre elles, l'unique réponse (« la forme intérieure un ancien hachoir » ; Dbl, F+, obj, choc B) suggère une représentation anxigène et dangereuse de l'imgo maternelle associée à une thématique de castration. Dans la seconde, la première réponse (« peut-être le Roi Lion dans le cimetière d'éléphants les carcasses d'éléphants » ; D, F-, (A), devit) renvoie certes à une régression habituelle à cette planche (par l'évocation du dessin animé) mais également à une image relative à la mort et à une imago maternelle perçue sur un mode phallique destructeur. A la mère et associée la planche III dans laquelle nous retrouvons une symbolisation du féminin (« deux femmes qui regardent quelque chose »). Cette dernière survient dans le cadre d'une mise en relation d'objets sur un versant neutre et passif. Ainsi, la qualité de l'imgo maternelle intériorisée est interrogée, d'autant que le père d'Erwan justifie le choix de la planche III pour sa mère par ces mots : « c'est les femmes, la femme quoi ». L'imgo paternelle est quant à elle nantie d'un aura de puissance phallique probablement écrasante (« une tête de loup qu'on regarde d'en bas on est tout petit devant (...) » à la planche IV). L'intériorisation d'imagos parentales peu satisfaisantes pourraient fournir une explication de la fragilité narcissique que nous avons observée chez le père d'Erwan.

Du père d'Erwan, nous pouvons affirmer, pour résumer, qu'il s'agit d'un homme anxieux habité par une angoisse de castration peu élaborée et massive. A cette dernière s'adjoint une symbolisation difficile de la puissance phallique du fait d'un fonctionnement psychique plutôt rigide et défensif. Il s'agit pour cet homme de lutter contre les réactivations possibles de l'angoisse de castration et également les atteintes potentiellement blessantes pouvant affecter un narcissisme fragile. Par conséquent, le père d'Erwan se comporte de manière plutôt autoritaire vis-à-vis de sa femme et de ses enfants, permettant ainsi de maintenir l'illusion d'une maîtrise et d'une puissance qui lui serait dévolues et jouant peut-être par là quelque chose de vécu auparavant avec ses propres parents. Les divergences avec son épouse, sur le plan éducatif notamment, et l'absence de soutien qu'il voit en elle (il ne se confie jamais à elle) montrent que cette dernière ne remplit pas, pour lui, une fonction de pare-excitation satisfaisante. Mais peut-être craint-il de perdre quelque chose en se mettant dans une position qui engagerait sa femme à remplir cette fonction ?

D. Etude de la transmission des angoisses dans le cas d'Erwan et de ses parents.

L'étude approfondie du cas d'Erwan et de ses parents vient globalement illustrer les résultats obtenus au niveau de la vérification de nos hypothèses théoriques (cf. tableau 9). Nous voulions toutefois préciser que concernant l'hypothèse théorique H5-b, Erwan sollicite davantage son père que sa mère dans les activités, voyant en lui un homme calme et capable de le rassurer. Par déni des difficultés relationnelles avec son père ? Ce dernier remplit-il alors une réelle et satisfaisante fonction de pare-excitation auprès de son fils ? A propos de l'hypothèse théorique H7, la mère d'Erwan n'a pas connu, d'après ses dires, une accumulation d'événements très anxiogènes au cours de la relation précoce avec son fils (grossesse, naissance, allaitement), ce qui peut la différencier d'autres mères du groupe ANX. Enfin, et ceci renvoie à l'hypothèse théorique H8, si le père d'Erwan possède bien un fonctionnement psychique rigide et un espace imaginaire plutôt restreint, il ne semble pas avoir un recours aussi massif au mécanisme d'inhibition, ce qui le distingue d'autres pères du même groupe.

Etant donné notre intérêt particulier pour la transmission des angoisses et des troubles du sommeil associés, il nous semblait judicieux d'apporter un éclairage sur la transmission des angoisses en l'absence de ces troubles, et ceci afin d'en évaluer les différences potentielles (que nous aborderons dans la conclusion de notre recherche). Cette volonté justifie la présentation du cas clinique d'Erwan, enfant anxieux, plutôt inhibé mais ne présentant pas de troubles du sommeil avérés. Les propos suivants tentent donc de caractériser ce qui nous semble être une transmission intergénérationnelle des angoisses. Pourquoi parler de « transmission » dans le cas d'Erwan ?

En premier lieu, notre analyse a montré qu'**Erwan et ses parents présentent une anxiété** qui seule chez la mère est associée à un trouble de l'endormissement. En revanche, et pour les trois, l'anxiété qu'ils connaissent est sous-tendue par une vive **angoisse de castration et accompagnée d'une fragilité des assises narcissiques, ce qui nous laisse penser qu'il puisse exister une ressemblance dans leur fonctionnement psychique**. Des aspects de leur fonctionnement psychique apparaissent comme similaires. Nous avons relevé chez eux un **espace imaginaire restreint**, quoique de manière moindre chez le père, et des difficultés à effectuer un travail de symbolisation, notamment de la puissance phallique. Ces caractéristiques de leur fonctionnement psychique ne représentent pas des facteurs facilitateurs de l'élaboration de l'angoisse de castration qui les habite. Ensuite, Erwan met en

place un **mécanisme d'inhibition psychique** puissant face aux angoisses qu'il connaît, ce qui n'est pas sans rappeler la propension de sa mère à utiliser inconsciemment ce même mécanisme de défense. Il semble aussi partager avec elle un espace imaginaire restreint et un « manque de confiance » en ses capacités, ce qui existe chez le père mais de manière moins prononcée. De ces similarités, nous pouvons conclure à une action du **processus d'identification secondaire**, Erwan reprenant à son compte et massivement les traits de personnalité de ses parents. **L'action de ce processus, dans le cas d'Erwan, nous permet de suggérer l'existence d'une « transmission » de l'anxiété.**

En second lieu, un autre processus psychique semble également sous-tendre cette transmission : il s'agit de **l'identification projective chez les parents**. Nous avons déjà évoqué l'action de ce processus dans notre analyse. La mère d'Erwan projette à l'endroit de son fils un « manque de confiance » et un mal-être dû à la surcharge pondérale auxquels il semble s'identifier. Son père le perçoit, tout comme lui-même, tel un garçon « anxieux et stressé » (des « parties » de lui-même considérées peut-être comme « mauvaises »), Erwan paraissant encore une fois s'identifier à ce portrait. En réaction à l'image qu'ils possèdent de lui, ses parents manifestent des attitudes différentes à son égard. Sa mère a tendance à le « couvrir » tandis que son père tente de lui appliquer ce qu'il pense s'être appliqué à lui-même (« se mettre la pression », « aller chercher le résultat »...), espérant peut-être et d'ailleurs que son fils deviendra le « réparateur » de ses propres failles narcissiques. En conséquence, Erwan se retrouve face à un problème identitaire, ne pouvant agir simultanément de manière à satisfaire aux attentes différentes de ses parents. Concernant les attentes paternelles plus particulièrement, Erwan n'y répondant pas (pourtant il semble le vouloir par désir d'identification et du fait de la problématique oedipienne), il est vécu par ce père comme mauvais objet (d'où le discours paternel parfois très négatif et agressif émis à son encontre).

En troisième lieu, **la problématique particulière des parents d'Erwan, qui génère chez eux de l'angoisse et fragilise leurs assises narcissiques, ainsi que leur relation conjugale provoquent également de l'anxiété chez Erwan**. La mère d'Erwan semble être une femme inhibée, plutôt en retrait face à un mari qu'elle juge peu capable de la rassurer et de l'aider sur un plan éducatif. Le père d'Erwan est quant à lui un homme nerveux, dynamique, qui se met en avant afin de restaurer une image de lui-même vécue comme négative. Il ne cherche pas à être sécurisé ou rassuré par sa femme, par crainte d'y perdre quelque chose de cette image de lui-même déjà si fragile. Le couple, malgré les disputes qui inquiètent Erwan, parvient cahin-caha à trouver un équilibre relativement satisfaisant. Mais **les désaccords sur le plan éducatif sont également source d'anxiété pour Erwan** qui perçoit bien le « décalage » des exigences.

CONCLUSIONS
de la recherche.

1. Les résultats de la recherche sous l'éclairage théorique.

Pour rappel, nous formulons dans notre introduction la question suivante :

Quelles sont les spécificités de la transmission intergénérationnelle des angoisses et des troubles du sommeil associés chez l'enfant en période de latence ?

Les résultats obtenus grâce à notre double approche, génétique et intergénérationnelle, et également par le biais de l'étude comparative et des études cliniques de cas semblent avoir apporté des éléments de réponses. Nous pouvons en effet discuter à présent des particularités du fonctionnement psychique des enfants en période de latence souffrant de troubles du sommeil et de celles de leurs parents. Nous pouvons également contribuer à offrir une réflexion sur l'existence d'une spécificité des angoisses alors transmises. Nous sommes aussi dans la capacité d'aborder certains déterminants et mécanismes de la transmission des angoisses propres à générer et maintenir leur trouble. Enfin, nous pouvons fournir un avis sur la question du « choix » du symptôme, avec l'appui des analyses réalisées à partir des données obtenues sur le terrain.

A. Particularités du fonctionnement psychique des enfants en période de latence souffrant de troubles du sommeil.

Le fonctionnement psychique des enfants souffrant de troubles du sommeil diffère davantage de celui des enfants anxieux que de celui des enfants du groupe « témoin ».

En effet, nous avons estimé que **l'étendue de leur espace imaginaire est vaste**, voire débordante comme dans le cas de Zita, alors que celle des enfants anxieux s'avère souvent restreinte. Une « hypertrophie » de cet espace peut toutefois révéler la présence d'angoisses nées d'une réalité vécue comme décevante et insatisfaisante. Rappelons avec C. Arbisio-Lesourd (1997) que l'enfant de la période de latence doit habituellement développer un imaginaire qu'il va progressivement « nouer » à la réalité. Notre hypothèse H1 a été infirmée car nos propos théoriques prévoyaient que les angoisses connues par les enfants présentant des troubles du sommeil auraient un impact négatif sur le développement de leur espace imaginaire (insuffisant ou excessif) et la qualité de leur travail psychique de mentalisation. Or, il s'avère que leurs angoisses ne constituent finalement pas un « frein » à leur imaginaire, ce qui se montre en revanche plus fréquent chez les enfants anxieux ne présentant pas de tels troubles.

La richesse de l'imaginaire des enfants présentant des troubles du sommeil explique probablement (mais pas uniquement) leur **fréquente réussite scolaire**. Cette particularité

psychique pourrait avoir un **impact positif sur le développement de leurs capacités intellectuelles et cognitives**. *A contrario*, les enfants anxieux, carencés du point de vue de l'imaginaire, semblent souvent connaître des difficultés scolaires. Dans notre étude, tous les enfants souffrant de troubles du sommeil obtiennent des résultats très satisfaisants à l'école tandis que dans le groupe des enfants anxieux, trois connaissent des difficultés majeures, cinq effectuent une scolarité « moyenne » et deux, seulement, parviennent à suivre les apprentissages de manière adéquate.

En conséquence de cette richesse de l'imaginaire, les enfants présentant des troubles du sommeil peuvent aussi effectuer un **travail d'élaboration des angoisses plus efficace que les enfants anxieux**. Notre hypothèse théorique H4 n'a donc pas été validée alors que nous avons rappelé théoriquement que les troubles du sommeil peuvent représenter des révélateurs des angoisses de mort, de séparation et de castration à la période de latence. Le résultat de nos analyses doit être retenu mais pondéré par le fait qu'il repose sur un ensemble limité d'indicateurs précis issus du test de Rorschach (relevé du nombre de chocs, refus, banalités et contenus angoissants), du test des contes (dénouements) et de l'Echelle des Peurs pour Enfants. Ces derniers ne rendent certainement pas compte de l'ensemble des modalités projectives d'expression de l'angoisse.

Le recours à l'inhibition psychique en tant que mécanisme de défense face aux angoisses apparaît de manière peu fréquente chez les enfants présentant des troubles du sommeil comparativement aux enfants anxieux chez qui nous l'avons souvent observé (six enfants sur dix). De plus, l'inhibition mise en place par ces derniers semble « envahir » la totalité de leur fonctionnement psychique (avec un impact négatif sur la richesse de l'imaginaire, sur le travail d'élaboration des angoisses et de symbolisation et sur les capacités cognitives et intellectuelles), ce qui lui confère un caractère pathologique que nous ne retrouvons pas chez les enfants du groupe TDS. Dans la terminologie freudienne, nous pourrions affirmer qu'ils souffrent d'une inhibition globale (Freud, 1926), symptôme représentant d'ailleurs un motif de consultation fréquent chez les enfants âgés de 8 à 12 ans (de Ajuriaguerra et Marcelli, 1982). Les angoisses éprouvées par les enfants souffrant de troubles du sommeil n'occasionnent donc pas, comme nous l'avions anticipé théoriquement et à travers notre hypothèse H2, l'absence totale ou l'excès d'inhibition.

Enfin, et toujours pour différencier les enfants souffrant de troubles du sommeil des **enfants anxieux**, nous avons souligné que, d'un point de vue comportemental, ces derniers **présentent plus fréquemment une agitation diurne**. Nous pouvons interpréter cette donnée grâce aux résultats rappelés précédemment : les enfants anxieux, possédant souvent un espace imaginaire limité et une capacité d'élaboration psychique insatisfaisante, manifesteront

préférentiellement leurs angoisses par le biais de la voie comportementale. Notre hypothèse théorique H3 n'a pas été confirmée en raison des indicateurs que nous avons choisis pour son opérationnalisation. Ces derniers se sont révélés pertinents dans une recherche ayant montré que les adultes souffrant de troubles du sommeil présentaient des difficultés de régression à la position passive (Dollander et Lenoir, 2003). La validation de cette hypothèse portant sur une population d'enfants nécessiterait finalement l'utilisation d'autres indicateurs car il nous est apparu, à travers l'analyse de l'hypothèse théorique H6 (nous l'abordons ci-après), que **les enfants ayant des troubles du sommeil rencontrent, eux aussi, des difficultés de régression à la position passive.**

Les trois particularités du fonctionnement psychique des enfants souffrant de troubles du sommeil que nous discutons à présent les distinguent des enfants anxieux et des enfants du groupe « témoin ».

La première concerne leur **capacité de symbolisation de la dimension phallique** que nous avons éprouvée à travers leurs réponses au test de Rorschach. Cette dernière s'annonce comme globalement **plus satisfaisante que celle des enfants anxieux** mais, en revanche, comme **moins efficace que celle des enfants du groupe « témoin »**. En rapport avec cette difficulté de symbolisation, nous avons observé une fréquente dévalorisation de l'image paternelle au test des contes, ce qui peut être mis en relation avec la faille narcissique que nous avons repérée chez certains des pères d'enfant souffrant de troubles du sommeil (nous y reviendrons ultérieurement). Par conséquent, nous suggérons que, chez ces enfants, il existe une problématique marquée vis-à-vis d'une image paternelle et phallique potentiellement source d'angoisses.

La deuxième particularité différenciant les enfants souffrant de troubles du sommeil des enfants constituant les deux autres groupes réside dans leur **propension à effectuer une symbolisation régressive du sexuel féminin** à la planche VII du test de Rorschach. Deux propositions peuvent être formulées pour expliquer cette observation. Soit ces enfants cherchent à retrouver un **état régressif de dépendance** connu dans la relation anaclitique du tout début de la vie, soit **la régression représente pour eux un mécanisme de défense** ayant pour objectif de lutter contre les angoisses liées au conflit œdipien. Au seul regard de nos analyses, il nous est impossible, pour l'instant, de départager la pertinence de ces deux propositions.

L'analyse de l'hypothèse H6, que nous avons infirmée, a permis la mise en lumière des deux particularités citées précédemment. La vérification de cette hypothèse théorique, du fait des indicateurs choisis, n'a pu être réalisée : si les enfants souffrant de troubles du

sommeil semblent intérioriser des images parentales spécifiques (une image paternelle et phallique subissant l'agressivité et la dévalorisation du fait de l'angoisse de castration qu'elle génère et une image maternelle symbolisée de manière régressive), le mécanisme d'identification à ces mêmes images est malaisé à saisir.

L'analyse de cette même hypothèse H6 nous a conduit à vérifier, indirectement, l'hypothèse théorique H3 portant sur **la difficulté des enfants présentant des troubles du sommeil à régresser à la position passive**. Ce résultat imprévu s'explique par le choix des indicateurs retenus dans l'opérationnalisation. En effet, l'analyse qualitative de la capacité de symbolisation de ces enfants au test de Rorschach a montré qu'ils possédaient une sensibilité accrue à l'aspect « dynamique » et agressif de la planche VI. Nous en avons conclu que, parmi eux, certains étaient en difficulté pour régresser à une position passive, car cette dernière pouvait être imposée par une puissance phallique potentiellement source d'angoisse de castration. Ce résultat et cette interprétation entrent en résonance avec la position psychanalytique de M. Fain (1998) que nous avons évoquée dans la première partie de cette recherche. En effet, la régression à la position passive représente selon lui l'un des trois mécanismes psychiques nécessaires à l'endormissement. Elle implique une diminution de l'efficacité des mécanismes de défense rigides et, par conséquent, provoque le surgissement des angoisses massives et non élaborées lorsque ces dernières existent.

B. Particularités du fonctionnement psychique des parents d'enfants en période de latence souffrant de troubles du sommeil.

Aborder les spécificités d'une transmission intergénérationnelle des angoisses nous a tout d'abord contraint à mettre en évidence l'existence de ces dernières chez les enfants présentant des troubles du sommeil mais également chez leurs parents.

Concernant les mères de ces enfants, les analyses de leurs entretiens et de leurs protocoles de test de Rorschach ont montré que **la plupart de ces femmes sont anxieuses et rencontrent des difficultés dans l'élaboration de leur angoisse de castration**, ce qui ne les différencie pas des mères d'enfants anxieux. En conséquence, l'hypothèse théorique H7 a pu être confirmée. Nous avons également observé chez elles une **lutte fréquente face à la régression à la position passive** et une **capacité limitée à symboliser la dimension phallique**. Leur fonctionnement psychique relativement souple se distingue de celui des mères d'enfants anxieux qui, fréquemment, s'avère plus rigide du fait d'un espace imaginaire plus restreint et d'une mobilisation massive et envahissante de l'inhibition.

Les pères des enfants souffrant de troubles du sommeil, au regard des résultats des analyses de leurs entretiens et de leur protocoles de test de Rorschach, semblent souvent être **des hommes anxieux ayant des difficultés à élaborer leur angoisse de castration, à pouvoir régresser facilement à la position passive et à symboliser de manière satisfaisante la dimension phallique** (ce qui n'est pas sans rappeler nos conclusions portant sur les mères). Ces particularités de leur fonctionnement psychique ne les différencient pas des pères d'enfants anxieux, quoique ces derniers adoptent globalement un fonctionnement plus rigide du fait de l'inhibition symptomatique qu'ils peuvent connaître et d'un espace imaginaire plus restreint. En revanche, et ceci les distingue de ceux des deux autres groupes, **les pères des enfants présentant des troubles du sommeil présentent ou ont présenté fréquemment des troubles du sommeil**. Cette observation a suscité une interrogation sur l'existence d'une potentielle identification des enfants à l'endroit du symptôme paternel. Nous aborderons cette question à propos des pistes de recherche. Enfin, nous avons mis en évidence, plus facilement que chez les pères d'enfants anxieux dont l'inhibition fréquente s'oppose à une investigation approfondie, **l'existence possible d'une faille narcissique**, à l'image du père de Zita. Ainsi que nous l'avons évoqué dans un récent article (Hazotte, 2006), cette fragilité aurait un impact négatif sur leur capacité à occuper un rôle de tiers séparateur pare-excitant vis-à-vis de l'enfant, ce qui expliquerait que leurs angoisses non élaborées puissent se transmettre à la génération suivante.

C. Réflexion sur les angoisses favorisant l'apparition et le maintien des troubles du sommeil.

Le choix d'effectuer notre recherche sur une population d'enfants appartenant chronologiquement à la période de latence était en partie **motivé par l'approche génétique** de notre questionnement. En effet, nous avons soutenu que les enfants de cet âge avaient dû faire face (ou non) aux angoisses de mort, de séparation et de castration du fait de leur passage par les étapes successives du développement libidinal. Ainsi, nous espérions dégager chez les enfants de cet âge souffrant de troubles du sommeil une angoisse (de mort et/ou de séparation et/ou de castration) s'associant à leur symptôme et les spécifiant ainsi.

Enfin, nos analyses n'ont pas abouti à dégager chez ces enfants la nature d'une angoisse dominante qui les caractériserait vis-à-vis des autres enfants. En revanche, leurs parents sont souvent confrontés à une angoisse de castration qu'ils n'élaborent pas toujours de manière satisfaisante. Est-ce une donnée suffisante pour affirmer que ces enfants sont eux aussi confrontés à cette même angoisse de castration ? Existe-t-il un rapport

de similitude entre la nature des angoisses véhiculées d'une génération à l'autre ? Comme nous l'avons rappelé dans notre partie théorique, le sommeil est une fonction propice à réactiver les angoisses de mort, de séparation et de castration. Les enfants en période de latence souffrant de troubles du sommeil peuvent donc manifester à travers leur symptôme l'ensemble de ces angoisses alors même que leurs parents sont en proie à l'angoisse de castration. Les réponses aux questions que nous formulions seront également très dépendantes du point de vue théorique adopté. En effet, nous avons fait le choix de distinguer les angoisses en fonction de leur nature (mort, séparation et castration) en raison du choix de suivre une approche génétique. Mais, comme nous en discutons plus avant dans la première partie de cette recherche, une telle distinction des angoisses n'est pas facile à saisir.

D. A propos des déterminants et des mécanismes de la transmission intergénérationnelle des angoisses favorisant l'apparition et le maintien des troubles du sommeil.

Les analyses que nous avons menées ne sont pas en mesure de vérifier l'existence d'une transmission intergénérationnelle des angoisses qui garderait intacte la nature de ces dernières lors du passage d'une génération à l'autre. En revanche, nous pouvons estimer que **les parents d'enfants en période de latence souffrant de troubles du sommeil présentent très fréquemment une angoisse de castration insuffisamment élaborée**, ce qui est la condition d'une éventuelle transmission. Pour rappel et pour résumer nos résultats issus des entretiens et des protocoles de test de Rorschach, toutes les mères de ce groupe d'enfants, hormis peut-être la mère de Xavier, présentent une anxiété sous-tendue par une angoisse de castration plus ou moins massive. Concernant les pères, tous, excepté le père de Myriam, semblent également connaître une anxiété dont l'angoisse sous-jacente est aussi l'angoisse de castration. En conséquence, nous observons que **tous les enfants de notre recherche présentant des troubles du sommeil possèdent au moins un parent pouvant être décrit comme angoissé**, ce qui augure bien de l'existence d'une probable transmission dont il nous reste à éclaircir les déterminants et les mécanismes.

Les déterminants que nous avons choisis de mettre en lumière dans cette conclusion sont au nombre de quatre.

Tout d'abord, l'analyse des entretiens des mères d'enfants souffrant de troubles du sommeil a dévoilé qu'une **large majorité d'entre elles ont connu un vécu précoce angoissant autour de l'enfant à venir ou tout juste arrivé**. Rappelons-nous le cas très

illustratif de la mère de Zita qui fut alors en proie à de vives angoisses de mort. Ce déterminant sous-tend probablement la transmission des angoisses chez les enfants présentant des troubles du sommeil mais, plus largement, il semble occuper une place importante dans la transmission des angoisses. En effet, nous avons observé, de la même manière, un vécu précoce anxiogène autour de l'enfant chez les mères d'enfants anxieux. La révélation de ce déterminant entre en résonance avec les propos théoriques que nous avons tenus auparavant. Lorsqu'une mère connaît des événements anxiogènes, stressants, lors de la grossesse ou lors des premiers mois de vie de l'enfant, alors ses angoisses ont tendance à influencer la vie émotionnelle de ce dernier (Tisseron, 1995). Lors de la grossesse, les conséquences des angoisses maternelles sur l'enfant sont d'ordre psychophysiologique et après la naissance, elles ont un impact négatif sur la façon qu'à la mère de s'occuper de son enfant, c'est-à-dire sur ce qui va influencer le processus d'attachement. Dès la première année de vie, l'enfant pourrait s'identifier à un trait anxieux de l'objet d'attachement principal, et ceci sur les bases d'un « accordage affectif » décrit par R. Sterne (Jalenques, 1992).

Le deuxième déterminant concerne **la qualité discutable de la fonction de pare-excitation des mères d'enfants souffrant de troubles du sommeil**. L'hypothèse théorique H5-a a été infirmée par nos analyses mais probablement en raison des indicateurs que nous avons retenus et qui, en réalité, ne tiennent pas compte de tous les critères pouvant définir la qualité d'une fonction de pare-excitation plus globale. Ainsi, les réponses des enfants à l'entretien sont soumises à l'effet de désirabilité sociale et surtout, l'enfant en période de latence opère souvent une idéalisation des images parentales rendant leur critique très improbable. Les réponses fournies aux contes du « poussin », du « poulain » et des « renards » renvoient quant à elles à des moments trop spécifiques du développement de la personnalité : nous n'approchons la qualité de la fonction de pare-excitation maternelle que lors de la naissance, lors de la marche et concernant la satisfaction des besoins fondamentaux de sécurité et d'alimentation. Par conséquent, et l'analyse du cas de Zita sous-tend notre position théorique, **nous pensons que notre hypothèse H5-a est finalement soutenable**.

La qualité, elle aussi discutable, de la fonction de pare-excitation des pères d'enfants présentant des troubles du sommeil représente le troisième déterminant que nous voulions aborder. Notre hypothèse théorique H5-b n'a pas été confirmée par nos analyses car nous avons conclu au fait que les enfants ayant des troubles du sommeil, ainsi que les enfants du groupe « témoin », sollicitent peu cette fonction paternelle. Nous pensions qu'ils pouvaient trouver suffisamment de réassurance auprès de leurs mères pour finalement voir en leur père un soutien destiné à l'ouverture sur le monde. Mais, comme pour les mères, nous pouvons suggérer l'insuffisance des indicateurs retenus et ceci pour des raisons similaires

de désirabilité sociale et d'idéalisation. Finalement, nous pouvons penser que ces pères, décrits comme anxieux pour leur travail et leur famille et perçus inconsciemment comme tel par leur enfant (au regard de la dévalorisation de l'image paternelle et de la problématique avérée vis-à-vis de la puissance phallique), ne représentent pas un soutien suffisamment fiable. Maintenus dans une position de retrait vis-à-vis de la dyade mère-enfant, n'assurant pas toujours leur rôle de tiers séparateur et fragilisé narcissiquement, ils seraient en réalité dans l'incapacité de remplir une fonction de pare-excitation satisfaisante. Les résultats de l'analyse du cas du père de Zita viennent d'ailleurs soutenir nos propos. **Le choix d'autres indicateurs permettrait probablement de mettre en lumière cette défaillance paternelle et, par conséquent, de vérifier l'hypothèse théorique H5-b.**

Le quatrième et dernier déterminant renvoie à **la défaillance des fonctions de pare-excitation des parents l'un vis-à-vis de l'autre**. La vérification de nos hypothèses théoriques H5-c et H5-d a permis de préciser que les parents d'enfants souffrant de troubles du sommeil ne parviennent pas à se soutenir, précisément dans la prise en charge du symptôme de leur enfant. Les mères semblent souvent peu rassurantes pour les pères tandis que ces derniers opèrent fréquemment un déni à l'endroit des difficultés rencontrées par leur couple face aux troubles. En conséquence de ce déni, ces pères adoptent une attitude de retrait qui n'aide pas les mères à faire face au symptôme. La plupart des couples de cette recherche sont constitués de deux parents anxieux, en proie à leurs propres angoisses, et donc pas forcément disponibles pour donner du sens et verbaliser autour des angoisses de chacun. Selon leurs dires, l'entente conjugale semble souvent régner mais l'attitude de retrait des pères et leur fragilité narcissique laissent supposer qu'ils ne peuvent, face aux troubles de leur enfant et face aux angoisses qui les sous-tendent, représenter lors de la période vespérale un « second englobement » de la dyade mère-enfant (Debray, 1997).

Notre recherche a mis en lumière l'action principale de deux mécanismes dans la transmission intergénérationnelle des angoisses : **l'identification des enfants aux traits de personnalité de leurs parents et l'identification projective des parents à l'endroit de leur enfant**. Nos deux études cliniques de cas ont montré que ces mécanismes sous-tendent cette transmission des angoisses associées ou non à des troubles du sommeil.

Ainsi que nous l'avons précisé plus avant, l'hypothèse H6 concernant l'identification des enfants à des images parentales anxiogènes n'a pu être confirmée, probablement en raison des indicateurs choisis. Toutefois, l'analyse qualitative de toutes les données recueillies auprès des enfants et de leurs parents (comme nous l'avons effectuée dans les deux études

cliniques de cas) va dans le sens d'un rôle important de ces mécanismes dans la transmission des angoisses.

Comme nous l'avons rappelé précédemment, les mères d'enfants anxieux, souffrant ou non de troubles du sommeil, ont souvent connu une relation précoce douloureuse avec leur enfant en raison d'événements de vie difficiles à intégrer. De plus, et nous l'avons évoqué, leur fonction de pare-excitation a pu être défaillante dès cette époque. Ces données suggèrent que **les enfants anxieux n'ont pu réaliser l'introjection d'un objet interne suffisamment gratificateur et contenant car peu disponible psychiquement à cause des angoisses qui l'habitaient** (Ciccone et Lhopital, 1997). Finalement, le « terrain » anxieux de l'enfant, et cela même si les troubles du sommeil se révèlent à un âge plus avancé, se mettrait en place dès la vie *in utero* et dans les premiers mois de la vie (sans que cela ne détermine totalement la construction de sa personnalité future) par le biais de l'introjection.

Plus tard, l'enfant de la période de latence s'identifie massivement aux traits de personnalité de parents idéalisés dont les angoisses sont alors considérées comme plausibles et justifiées (Arbisio-Lesourd, 1997). **Cette observation théorique portant sur l'identification secondaire peut permettre de comprendre que les enfants anxieux sont, comme dans notre recherche, des enfants sensibles aux angoisses de leurs parents, n'hésitant pas à les reprendre à leur compte** (comme dans les cas de Zita ou d'Erwan).

Le mécanisme d'identification projective semble également détenir un rôle primordial dans la transmission intergénérationnelle des angoisses. Son action prendrait place dès le début de la vie de l'enfant, celui-ci pouvant être perçu comme fragile, anxieux ou craintif comme c'est le cas de Zita. Les parents d'enfants anxieux perçoivent leur enfant comme tel et établissent fréquemment, et avec culpabilité, des liens entre leurs propres angoisses et celles de leur enfant, comme si les premières étaient à l'origine des secondes. Nous percevons tout à fait l'activité de ce mécanisme chez les parents d'Erwan et de Zita. Le point de vue théorique exposé par F. Palacio-Espasa (2000) et mentionné dans la première partie de ce travail permet d'affirmer que les parents d'enfants anxieux exercent une identification « contraignante » vis-à-vis de leur enfant : ce dernier est « forcé » de s'identifier aux images projetées sur lui afin de pouvoir, à la période de latence, forger son identité.

La dernière remarque que nous voulions soulever a trait à l'observation suivante : **les enfants de cette recherche semblent détenir un fonctionnement psychique ressemblant à celui de leurs parents.** Globalement, les enfants présentant des troubles du sommeil possèdent, comme leurs parents, un espace imaginaire relativement vaste, utilisent des

mécanismes de défense variés (peu d'inhibition), rencontrent des difficultés dans la symbolisation de la dimension phallique et luttent contre la régression à la position passive. Les enfants anxieux, ainsi que leurs parents, présentent un espace imaginaire plutôt restreint, ont souvent recours à l'inhibition pour faire face aux angoisses et connaissent des difficultés dans le travail de symbolisation. Nous pouvons en conclure qu'il existe, au-delà d'une transmission intergénérationnelle des angoisses, une transmission plus globale de certains secteurs du fonctionnement psychique que nous ne pouvons aborder dans ce travail.

E. La question du « choix » du symptôme.

Notre interrogation vis-à-vis d'un éventuel « choix » du symptôme chez les enfants en période de latence souffrant des troubles du sommeil ne doit pas être entendu comme une volonté de leur part d'opter consciemment pour ce mode d'expression de leurs angoisses. Peut-être présentent-ils le symptôme qu'ils « peuvent » et non celui qu'ils voudraient ? Malgré tout, ce « **choix** » (**inconscient**) **semble être bénéfique sur le plan de l'économie psychique** car leurs angoisses vont se manifester sur une durée limitée et à l'occasion d'un événement particulier, celui de l'endormissement. Ils peuvent ainsi continuer à investir avec profit et intérêt leurs activités diurnes telles que leurs loisirs et leur scolarité. *A contrario*, les enfants anxieux ayant participé à notre recherche semblent souffrir davantage. Leurs angoisses, non élaborées, ont un impact négatif plus global sur le développement de leur personnalité et sur les relations qu'ils peuvent entretenir avec leurs entourages familial et extra-familial. Ils rencontrent par exemple, et de manière plus fréquente, des difficultés scolaires et des problèmes d'intégration sociale, du fait de leur inhibition globale ou de leur agitation motrice.

Le « choix » (inconscient) de présenter des troubles du sommeil semble reposer, pour ces enfants, sur de multiples déterminants (dont les particularités mises en évidence de leur fonctionnement psychique et de celui de leurs parents, le vécu précoce anxiogène, la défaillance possible des fonctions de pare-excitation parentales) et sur la transmission intergénérationnelle d'angoisses sous-jacentes par le biais de l'identification et de l'identification projective, des mécanismes échappant à leur fonctionnement conscient et à celle de leurs parents.

En définitive, il semble véritablement exister des spécificités dans la transmission intergénérationnelle des angoisses et des troubles du sommeil associés chez l'enfant en période de latence. Ces « spécificités » représentent des facteurs de risque de l'apparition et

du maintien des troubles à la période de latence, ce qui nous permettra, dans le troisième point de cette conclusion, de prolonger notre propos en abordant les aspects préventifs et thérapeutiques de notre recherche.

2. Remarques méthodologiques, critiques et propositions d'améliorations.

Nous tenions à exprimer plusieurs remarques concernant la méthodologie utilisée dans cette recherche. Dans « l'après coup », il nous semble en effet que des critiques peuvent être formulées afin de pouvoir apporter des améliorations lorsque ces dernières sont réalisables.

La première remarque concerne **la faiblesse du nombre de sujets constituant nos trois groupes expérimentaux**. Chaque groupe n'est constitué que de dix enfants, ce qui est **peu pour espérer obtenir des différences statistiques véritablement significatives**. Le nombre de parents ayant participé à cette recherche est encore plus faible : dix couples dans le groupe TDS, mais seulement sept mères et huit pères dans le groupe ANX et neuf mères et quatre pères (!) dans le groupe TEM. Notre proposition d'amélioration est de porter à vingt le nombre des enfants constituant chaque groupe tout en diminuant le nombre d'outils d'investigation utilisés et le nombre d'indicateurs retenus. Ainsi, la « quantité » de travail (car le nombre des données à traiter nous paraît important alors même que certaines ont été inutilisées ou peu pertinentes) pourrait être similaire à celle réalisée et des différences statistiques plus significatives pourraient être obtenues.

Notre deuxième remarque porte par conséquent sur **les outils et les indicateurs à partir desquels peu ou pas de données exploitables ont été recueillies**. Nous ne pouvions certes pas connaître, par avance, ceux qui seraient pertinents. En revanche, nous aurions pu réaliser une **phase exploratoire** plus longue et plus complète qui nous aurait probablement permis de faire les constats suivants.

Concernant l'entretien auprès des enfants, l'observation et l'enregistrement de leur comportement au cours de ce dernier n'ont pas été un outil d'investigation permettant d'obtenir des données comparatives exploitables sur l'état d'excitation ou d'inhibition des enfants de chaque groupe (hypothèse théorique H2). Le comportement plutôt calme et attentif des enfants au cours de cette recherche a probablement été induit par les situations particulières d'entretien et d'investigation par les tests en face à face avec un adulte inconnu. Enfin, les trois dernières questions de l'entretien semi-directif portant sur la perception par l'enfant de la qualité de la fonction parentale de pare-excitation ont suscité des réponses

orientées par la désirabilité sociale et l'existence d'images maternelle et paternelle souvent idéalisées à cet âge. Par conséquent, elles n'ont pu apporter des résultats comparatifs intéressants permettant de vérifier ou d'invalider les hypothèses théoriques H5-a et H5-b. Nos interrogations auraient pu, par exemple, être formulées de la manière suivante afin de réduire l'action de ces biais : « Es-tu parfois en désaccord avec ta mère et/ou ton père ? », « Trouves-tu ta mère et/ou ton père énervant parfois ? »...

Les résultats obtenus à partir de l'Echelle des Peurs pour Enfants (E. P. E.) de S. Rusinek (1998) n'ont pas abouti à fournir des différences significatives entre les groupes d'enfants. Les différences de sex-ratio entre ces derniers expliquent en partie ces résultats insatisfaisants (plus de filles dans le groupe TDS, or ces dernières expriment toujours et pour tout âge davantage de peurs que les garçons). Surtout, il apparaît que cette échelle questionne l'enfant sur les peurs dont il est conscient et qu'il veut bien partager. Les réponses sont très orientées par le transfert établi à l'endroit du psychologue et soumises à des mécanismes tels que le déni. Par conséquent, nous aurions pu éviter l'utilisation d'une telle échelle (ou même d'un autre questionnaire d'anxiété pour enfants) au regard de notre objectif premier qui était d'étudier les angoisses inconscientes.

Dans le test des contes (Royer, 1978), deux contes retenus pour la passation, « les cerfs » et « le sexe préféré », ont été exploités uniquement dans la vérification de l'hypothèse théorique H2 concernant la tendance à l'inhibition (nous n'avons tenu compte, dans ces histoires, que du nombre de temps de latence initiaux importants et du nombre de longs silences intra-contes...). Nous pensions utiliser les données issues de ces contes dans la mise à l'épreuve de l'hypothèse théorique H6 mais nous y avons renoncé au cours de la recherche. Les contes du « petit chien Tom », de « l'oisillon » et des « lions » n'ont été utilisés qu'à travers l'exploitation du caractère pessimiste ou non de leur dénouement. Or cet indicateur destiné à l'opérationnalisation de l'hypothèse théorique H4 ne s'est pas montré apte à différencier significativement les trois groupes expérimentaux. Enfin, les contes du « poussin », des « renards » et du « poulain » n'ont pas fourni de résultats pertinents concernant la qualité des fonctions parentales de pare-excitation (hypothèses théoriques H5-a et H5-b). Notre explication réside dans le constat que ces contes explorent la qualité des attitudes parentales à des moments précis du développement de la personnalité (le traumatisme de la naissance, la satisfaction des besoins précoces et fondamentaux de sécurité et d'alimentation et l'apprentissage de la marche). Finalement, au regard de ces critiques portées à l'endroit de l'utilisation du test des contes, nous restons dubitatifs sur la pertinence du recours à ce test projectif pour opérationnaliser ces hypothèses.

Le dernier constat que nous aurions pu établir à partir d'une phase exploratoire plus approfondie concerne l'utilisation d'indicateurs issus du test de Rorschach et entrant dans l'opérationnalisation de l'hypothèse théorique H3. Nous pensions pouvoir apprécier la capacité des enfants à régresser à la position passive à travers les réponses formulées à la planche VI et en utilisant des critères reconnus comme valides pour les adultes (Dollander et Lenoir, 2003), ce qui n'a pas été pertinent ainsi que nous l'avons déjà rappelé antérieurement.

La troisième remarque concerne **l'hétérogénéité du groupe constitué par les enfants anxieux** : six d'entre eux souffrent d'une inhibition globale tandis que les quatre autres connaissent une agitation anxieuse. Cette observation que nous avons faite « après-coup » (car il n'était pas possible de prévoir par avance le caractère inhibé ou agité des enfants) a probablement exercé une influence sur les résultats de cette recherche.

La quatrième remarque vient souligner **l'absence d'homogénéité complète concernant l'âge et le sexe des enfants ayant participé à cette étude**. Pour rappel, sept filles constituent le groupe TDS, contre trois dans le groupe ANX et cinq dans le groupe TEM. Nous avons déjà entrevu une des influences que cette répartition hétérogène a pu exercer (l'exploitation difficile des résultats obtenus à l'E. P. E.) et peut-être en existe-t-il d'autres. L'âge moyen des enfants composant chaque groupe est de 9 ans 3 mois pour le groupe TDS, 8 ans 2 mois pour le groupe ANX et 8 ans 10 mois pour le groupe TEM. L'âge supérieur des enfants du groupe TDS et le nombre élevé de filles qui le constituent représentent des facteurs ayant majoré l'impression d'un espace imaginaire plus riche et d'un fonctionnement psychique plus souple et plus mature, surtout vis-à-vis des enfants du groupe ANX constitué en majorité de garçons et avec une moyenne d'âge inférieure de plus d'une année.

La cinquième remarque renvoie à **la difficulté de dégager à travers les entretiens la nature des angoisses exprimées explicitement ou plus implicitement**. Nous pensions, au cours de notre recherche, exploiter les dires des parents en tant qu'indicateurs permettant de vérifier les hypothèses théoriques H7 et H8. Mais lors de la phase d'analyse des entretiens, nous avons reconnu toute la difficulté de discerner objectivement la nature d'une angoisse exprimée implicitement. Nous avons ainsi décidé d'abandonner totalement l'utilisation de ces données pourtant si riches dans le cadre d'une étude clinique de cas (comme nous l'avons réalisé pour les cas de Zita et Erwan).

Notre sixième et dernière remarque porte sur **l'incidence du transfert et du contre-transfert sur la qualité des données recueillies**. En effet, les enfants et parents des groupes TDS et ANX ont été rencontrés à l'occasion d'une première consultation effectuée en Centre Médico-Psychologique. Ils ont été revus à plusieurs reprises afin de réaliser les entretiens et les tests projectifs et sur un laps de temps pouvant être de quelques semaines. La relation entretenue avec eux a donc été moins « superficielle » que celle établie avec les enfants et parents du groupe TEM rencontrés dans une école, et ceci en raison de la nature spécifique des lieux, de la perception de la fonction de l'expérimentateur, de la durée et de la fréquence des rencontres (plus courte et plus rare à l'école) et de l'implication des enfants et des parents (peu de pères « témoins »). La conséquence majeure de l'action du transfert et du contre-transfert pour cette recherche est la qualité des entretiens qui, par exemple, s'avère médiocre pour ceux réalisés auprès des parents du groupe « témoin ». La brièveté de certains entretiens pourrait laisser croire qu'il s'agit d'une inhibition là où, en fait, il manque simplement la mise en place d'une relation de confiance.

3. Aspects préventifs et thérapeutiques.

A. Aspects préventifs.

Nous avons mis en avant l'existence d'une relation précoce angoissante entre les mères et leur enfant anxieux présentant (ou non) des troubles du sommeil, ce qui nous permet d'avancer une suggestion en terme de **prévention primaire**. Le **repérage d'une anxiété majeure chez les mères enceintes et les jeunes mères** ainsi que **l'observation d'un cumul d'événements de vie anxigènes pendant ces périodes clés** nous apparaissent comme primordiaux pour lutter contre la transmission des angoisses, notamment sous-jacentes à l'apparition des troubles du sommeil précoces et plus tardifs (au regard de leur continuité). Concrètement, il serait bénéfique d'offrir à ces mères en difficulté un espace où verbaliser leurs émotions et leurs ressentis vis-à-vis de leur enfant et de leur maternité fragile, ce qui pourrait améliorer la qualité de leur maternage.

Notre étude met également en avant **l'importance du rôle des pères** dans la mesure où ils peuvent eux aussi transmettre directement et indirectement des angoisses susceptibles de générer des troubles du sommeil. Il nous apparaît comme nécessaire de les impliquer davantage lorsque des difficultés sont pressenties dans les relations précoces mère-enfant, car **ils peuvent assumer une fonction de pare-excitation à l'endroit du petit d'homme, de**

leur conjointe et de la dyade mère-enfant. Susciter une rencontre avec eux pourrait leur permettre d'élaborer les angoisses dont ils semblent souvent souffrir et de travailler sur leur image de père et d'homme fréquemment fragilisée sur un plan narcissique et ne favorisant ainsi pas leur capacité à assumer un rôle de tiers séparateur.

Au niveau de la **prévention secondaire**, l'apparition précoce des troubles du sommeil ne devrait pas passer sous silence étant donné leur continuité et leur comorbidité. Les parents devraient pouvoir exprimer leur propres angoisses vis-à-vis de leur sommeil et vis-à-vis de celui de leur enfant dès que la qualité de cette fonction est affectée. Cette démarche pourrait éviter une exacerbation des troubles ainsi que leur persistance à un âge plus avancé (lors de la période de latence par exemple).

B. Aspects thérapeutiques.

Les résultats que nous avons obtenus dans notre recherche montrent que les enfants présentant des troubles du sommeil possèdent fréquemment un fonctionnement psychique caractérisé par un espace imaginaire vaste et des capacités cognitives et de mentalisation intéressantes. Par conséquent, il nous semble que **ces enfants peuvent tout à fait bénéficier d'un travail en psychothérapie individuelle** qui peut leur permettre d'élaborer leurs angoisses par la parole.

La constatation que les parents d'enfants souffrant de troubles du sommeil sont souvent des personnes anxieuses laisse penser que, comme pour la prévention primaire, leur donner la possibilité d'exprimer leurs émotions et leurs ressentis autour de leur vécu et de la relation à leur enfant pourrait leur permettre d'effectuer une réappropriation de leurs angoisses. Ainsi, ces dernières seraient moins massivement projetées à l'endroit de l'enfant qui s'y identifie lors de la période de latence.

4. Pistes de recherche à explorer.

Nos résultats laissent en suspens des interrogations n'ayant pu trouver dans cette recherche de réponses. Des études complémentaires pourraient tenter d'améliorer notre compréhension de la transmission intergénérationnelle des angoisses, associées ou non, à des troubles du sommeil.

Ainsi, nous avons observé qu'une majorité de pères du groupe TDS présentent eux-mêmes des troubles de l'endormissement. Nous nous sommes donc interrogés sur une éventuelle identification des enfants à l'endroit de ce symptôme paternel. Mais peut-être s'agit-il d'une coïncidence, nos échantillons de sujets étant trop restreints pour se permettre une généralisation ? Seule une étude menée à partir d'un nombre de sujets plus conséquent permettrait de mettre à jour une corrélation véritablement significative entre la présence de troubles du sommeil chez les enfants en période de latence et leur père. Et si cette corrélation était retrouvée, alors seulement nous pourrions mener une étude sur les déterminants et les mécanismes sous-jacents.

Concernant la fonction de pare-excitation parentale, précoce et plus tardive, nous pourrions apprécier sa qualité par l'utilisation d'autres indicateurs que ceux présentés dans cette recherche. Par exemple, un entretien semi-directif incluant des questions différentes pourraient être réalisé (nous avons discuté de ce point auparavant). Ainsi, nous pourrions approcher avec plus de certitude l'impact d'une fonction de pare-excitation parentale insatisfaisante ou non sur l'apparition et le maintien des troubles du sommeil.

Notre remarque sur la similitude des fonctionnements psychiques entre les enfants des groupes TDS et ANX et leurs parents suggère que la manière de lutter psychiquement contre les angoisses est en partie le fruit d'une transmission intergénérationnelle. Une recherche portant sur un nombre plus important de sujets permettrait, une fois encore, de préciser les mécanismes sous-jacents. Mais surtout, il nous semblerait particulièrement enrichissant de mener une recherche portant sur la nature des mécanismes mis en œuvre dans la transmission transgénérationnelle des angoisses.

Enfin, et puisque nous n'y sommes pas parvenus présentement, il serait nécessaire de recourir à d'autres outils d'investigation en vue d'identifier la nature des angoisses transmises, notamment lorsque les enfants souffrent de troubles du sommeil, mais pas exclusivement.

BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association. (1994). *DSM IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. trad. fr. 1996. Paris : Masson.
- AJURIAGUERRA, J. (de) et MARCELLI, D. (1982a). « Psychopathologie des conduites d'endormissement et du sommeil ». In *Psychopathologie de l'enfant*. Paris. Masson. pp. 77-86.
- AJURIAGUERRA, J. (de) et MARCELLI, D. (1982b). « Psychopathologie de la différence des sexes et des conduites sexuelles ». In *Psychopathologie de l'enfant*. Paris. Masson. pp. 201-216.
- AJURIAGUERRA, J. (de) et MARCELLI, D. (1982c). « Troubles et organisations d'apparence névrotique ». In *Psychopathologie de l'enfant*. Paris. Masson. pp. 290-314.
- ANCELIN-SCHÜTZENBERGER, A. (1993). *Aïe, mes aïeux !* Paris. Epi-La méridienne.
- ANDERSON, J. C. – WILLIAM, S. – Mc GEE, R. et coll. (1987). « DSM III disorders in preadolescent children. *Archives of General Psychiatry*. 44. pp. 69-76.
- ANZIEU, D. et CHABERT, C. (1961). *Les méthodes projectives*. Paris. PUF. 1997.
- ANZIEU, D. (1991). *Le Moi-Peau de Didier Anzieu*. Document vidéo réalisé par G. Bléandanu et D. Sorret. Centre National de Documentation Audiovisuelle de Lorquin. Association Aurora. France.
- ARBISIO-LESOURD, C. (1997). *L'enfant de la période de latence*. Paris. Dunod.
- ARBISIO-LESOURD, C. (2000). « Pendant la période de latence ». *Enfances & Psy*. 12. pp. 83-89.
- ASSOUN, P.-L. (1994). « Du sujet de la séparation à l'objet de la douleur ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance*. 42 (8-9). pp. 403-410.
- AURIACOMBE-CHIZOT, C. et AURIACOMBE, E. (2000). « Troubles du sommeil précoces chez l'enfant et les dysfonctionnements interactifs ». *Synapse*. 170. pp. 29-40.
- AZORIN, J.-M. (1995). « Angoisse et phénoménologie ». *Confrontations psychiatriques*. 36. pp. 309-333.
- BADOLATO, G. (1997). « Le père est-il compétent dans la compréhension des besoins du petit enfant ? ». *Enfance*. 3. pp. 401-410.
- BAILLY, D. – BLANDIN-CORNETTE, N. – YTHIER, H. – BEUSCART, R. et PARQUET, P.-J. (1993). « Rôle des événements de vie et des facteurs de stress psychosociaux dans l'angoisse de séparation ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance*. 41 (8-9). pp. 477-485.
- BAILLY et coll. (1995). *L'angoisse de séparation*. Paris. Masson.
- BARRACO, M. (2002). « Aide psychologique à la parentalité ». *Dialogue*. 3^{ème} trimestre. pp. 59-62.
- BECKER, T. (1974). « On latency ». *The psychoanalytic study of the child*. 29. pp. 3-11.
- BERGERET, J. (1974). *La personnalité normale et pathologique*. Paris. Dunod. 1996.

- BERGERET, J. (1972). *Psychologie pathologique*. Paris. Masson. 1995.
- BERNSTEIN, G. A. et BORCHARDT, C. M. (1991). « Anxiety disorders of childhood and adolescence: a critical review ». *American Academy Child Adolescence Psychiatry*. 30 (4). pp. 519-532.
- BION, W. R. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Paris. PUF. 1991.
- BLOMART, J. (1998). *Le Rorschach chez l'enfant et l'adolescent. Etude génétique et liste de cotation des formes*. Paris. Editions et Applications Psychologiques.
- BONASIA, E. (1992). « Séparation et angoisse de mort ». *Revue française de Psychanalyse*. 56. pp. 1651-1657.
- BONSACK, C. L. et GILLIERON, E. R. (1995). « Le niveau développemental de l'angoisse en psychiatrie psychodynamique ». *Confrontations psychiatriques*. 36. pp. 193-210.
- BORNSTEIN, B. (1951). « On latency ». *The psychoanalytic study of the child*. 6. pp. 279-285.
- BOULET, F.-X. (1997). « Un père attend un enfant ». *Spirale*. 6. pp. 87-92.
- BOUKOZBA, C. (2000). « Troubles du sommeil et capacité de rêver des tout-petits ». *Enfances et psy*. 10. pp. 59-64.
- BOURGUIGNON, O. et BYDLOWSKI, M. (1995). *La recherche clinique en psychopathologie*. Paris. PUF.
- BOWLBY, J. (1978). *Attachement et perte. Volume 2. La séparation. Angoisse et colère*. Paris. PUF. 1994.
- BRACONNIER, A. et MAZET, P. (1986). *Le sommeil de l'enfant et ses troubles*. Paris. PUF.
- BRACONNIER, A. (1995). *Les bleus de l'âme*. Paris. Calmann-Lévy.
- BRENOT, J.-L. (1989). « Le concept de Latence ». *Psychiatrie Française*. 20 (5). pp. 763-775.
- BRUNET, L. (2000). « L'identification projective et la fonction contenante : illusions nécessaires ou délire partagé ».
- BUZYN, E. (1998). « L'inscription du lien dans l'histoire des parents ». *Le Coq-héron*. 151. pp. 22-26.
- CAILLON, E. (1995). « Le sommeil, ce nocturne objet du désir ». *L'information psychiatrique*. 1. pp. 61-63.
- CANDILIS-HUISMAN, D. (1993). « Les gestes du père. Construction des liens entre le père et le jeune enfant ». *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*. 21. pp. 89-100.
- CHABERT, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte. Interprétation psychanalytique*. Paris. Dunod.
- CHABERT, C. (1987). *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*. Paris. Dunod.
- CHALLAMEL, M.-J. (1998). « Les difficultés de sommeil du petit enfant ». *Journal de puériculture*. 11 (5). pp. 313-314.
- CHALLAMEL, M.-J. et THIRION, M. (1988). *Le sommeil, le rêve et l'enfant*. Paris. Ramsay.

- CHILAND, C. (1971). *L'enfant de six ans et son avenir*. Paris. PUF. 1988.
- CICCONE, A. et LHOPITAL, M. (1997). *Naissance à la vie psychique*. Paris. Dunod.
- CICCONE, A. (2001). « Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques ». *Cahier de psychologie clinique*. 2 (17). pp. 81-102.
- COUDERT, A.-J. – JALENQUES, I. et GENESTE, J. (1991). « Problématique parentale et anxiété de l'enfant ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance*. 39 (11-12). pp. 588-591.
- CRAMER, B. (1985). « Le sommeil n'est pas de tout repos ». *Tant qu'il y aura des bébés...* Document vidéo proposé par B. Cramer, J. Cohen-Solal, M.-J. Challamel et B. Cyrulnik.
- CRAMER, B. (1996). *Secrets de femmes*. Paris. Calmann-Lévy.
- CRAMER, B. (1999). *Que deviendront nos bébés*. Paris. Odile Jacob.
- DAVID, C. (1969). « Remarques introductives à l'étude de la période de latence ». *Revue française de Psychanalyse*. 33 (4). pp. 697-706.
- DEBRAY, R. (1997). « L'objet en personne : la réalité paternelle ». *Revue française de Psychanalyse*. 61 (2). pp. 425-434.
- DEBRAY, R. (1999). « Aléas de l'accès à la position passive ». *Revue française de Psychanalyse*. 63 (5). pp. 1785-1788.
- DEBRE, R. et DOUMIC, A. (1969). *Le sommeil de l'enfant*. Paris. PUF.
- DECHERF, G. (2000). « La parentalité confuse ». *Le Journal des Psychologues*. 178. pp. 18-20.
- DELAISI DE PARSEVAL, G. (1981). *La part du père*. Paris. Seuil.
- DENIS, P. (1979). « Du traitement analytique à la période de latence ». *Psychiatrie de l'enfant*. 22 (2). pp. 281-334.
- DENIS, P. (1981). « « J'aime pas être un autre » : l'inquiétante étrangeté chez l'enfant ». *Revue française de Psychanalyse*. 3. pp. 501-511.
- DENIS, P. (1990). « Psychopathologie de tous les jours à la période de latence ». *Le Groupe familial*. 127. pp. 24-29.
- DIATKINE, R. (1979). « Réflexions sur les traitements à la période de latence ». *Psychiatrie de l'enfant*. 22 (2). pp. 363-380.
- DIATKINE, R. (1994). « Phase de latence : l'entre-deux crises ». In *L'enfant dans l'adulte ou l'éternelle capacité de rêverie*. Paris. Delachaux et Niestlé. pp. 201-222.
- DIATKINE, R. (1995). « Anxiété de l'enfance à l'adolescence, modèles et évaluations ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance*. 43 (4-5). pp. 197-200.
- Dictionnaire de philosophie. 1990. Paris. Nathan.
- Dictionnaire des auteurs et des thèmes de la philosophie. 1991. Paris. Hachette.
- DOLLANDER, M. et TYCHEY (de), C. (2002). *La santé psychologique de l'enfant*. Paris. Dunod.

- DOLLANDER, M. et LENOIR, A. (2003). « Insomnie et régression à la position passive : approche exploratoire ». *Psychologie clinique et projective*. 9. pp. 285-311.
- DOLTO, F. (1985). *La cause des enfants*. Paris. Laffont.
- DOLTO, F. (1988). *Quand les parents se séparent*. Paris. Seuil.
- DOR, J. (1998). *Le père et sa fonction en psychanalyse*. Paris. Erès.
- FAIN, M. (1998). Brève introduction à une discussion du système sommeil-rêve ». *Revue française de Psychanalyse*. 14. pp. 7-13.
- FAVEZ-BOUTONIER, J. (1963). *L'angoisse*. Paris. PUF.
- FONAGY, P. – STEELE, M. – STEELE, H. – MORAN, G. et HIGGIT, A. (1996). « Fantômes dans la chambre d'enfants »: étude de la répercussion des représentations mentales des parents sur la sécurité de l'attachement. *Psychiatrie de l'enfant*. 39 (1). pp. 63-83.
- FRAIBERG, S. – ADELSON, E. et SHAPIRO, V. (1983). Fantômes dans la chambre d'enfants. Une approche psychanalytique des problèmes qui entravent la relation mère-nourrisson. *Psychiatrie de l'enfant*. 26 (1). pp. 57-98.
- FRASCAROLO, F. (1997). « Les incidences de l'engagement paternel quotidien sur les modalités d'interaction ludique père-enfant et mère-enfant ». *Enfance*. 3. pp. 381-387.
- FREJAVILLE, A. (1990). « Jeux de fillettes au regard de la mixité ». *Le groupe familial*. 127. pp. 30-34.
- FREUD, A. (1946). *Le Moi et les mécanismes de défense*. Paris. PUF. 1993.
- FREUD, A. (1965). *Le normal et le pathologique chez l'enfant*. Paris. Gallimard. 1968.
- FREUD, S. (1898). « La sexualité dans l'étiologie des névroses ». In *Résultats, idées, problèmes. Tome I*. Paris. PUF. 2^{ème} éd. 1984. pp. 75-97.
- FREUD, S. (1899). « Sur les souvenirs-écrans ». In *Névrose, psychose et perversion*. Paris. PUF. 1995. pp. 113-132.
- FREUD, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris. Gallimard. 1987.
- FREUD, S. (1908). « Caractère et érotisme anal ». In *Névrose, psychose et perversion*. Paris. PUF. 1995. pp. 143-148.
- FREUD, S. (1909a). Analyse d'une phobie chez un petit garçon de 5 ans (le petit Hans). In *Cinq psychanalyses*. Paris. PUF. 1954. pp. 93-198.
- FREUD, S. (1909b). « Le roman familial des névrosés ». In *Névrose, psychose et perversion*, Paris. PUF. 1995. pp. 157-160.
- FREUD, S. (1915). *Vue d'ensemble des névroses de transfert*. Paris. Gallimard. 1986. pp. 17-46, pp. 165-210.
- FREUD, S. (1916-1917). « L'angoisse ». In *Introduction à la psychanalyse*. Paris. Payot. 1997. pp. 370-388.
- FREUD, S. (1923). « Psychanalyse » et « Théorie de la libido ». In *Résultats, idées, problèmes. Tome 2*. Paris. PUF. pp. 51-77.

- FREUD, S. (1925). *Sigmund Freud présenté par lui-même*. Paris. Gallimard. 1984.
- FREUD, S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris. PUF. 1995.
- FREUD, S. (1933). Angoisse et vie pulsionnelle (XXXIIe conférence). In *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*. Paris. Gallimard. Folio essais. 1999. pp. 111-149.
- GAILLARD, J.-M. (1990). *Le sommeil : ses mécanismes et ses troubles*. Paris. Doin.
- GARMA, L. (1998). « Aperçu sur les rêves et les activités mentales du dormeur dans la clinique du sommeil ». *Revue Française de Psychosomatique*. 14. pp. 15-32.
- GOLSE, B. (2000). « Les facteurs de risque des troubles du sommeil chez l'enfant ». *Intervention au 2^{ème} Colloque International sur la Prévention*. Université Nancy 2, janvier 2000.
- HAZOTTE, E et DOLLANDER, M. (2004). « Angoisses maternelles et troubles du sommeil chez l'enfant en période de latence ». *Bulletin de psychologie*. 57 (6). n° 474. nov.-déc. 2004.
- HAZOTTE, E. (2006). « Transmission de l'angoisse des pères et défaillance de leur fonction de pare-excitation dans un contexte de troubles du sommeil chez des enfants en période de latence ». *Bulletin de psychologie*. 59 (3). n° 483. mai-juin 2006.
- HERZOG, J. M. et LEOVICI, S. (1989). « Le père ». In *Psychopathologie du bébé*. Lebovici, S., Weil-Halpern, F., eds. Paris. PUF. pp. 73-80.
- HOUZEL, D. (1977). *Les troubles du sommeil chez l'enfant*. Paris. L'Expansion scientifique française.
- HOUZEL, D. (1999). « Les troubles du sommeil de l'enfant et de l'adolescent ». In *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Lebovici, S., Diatkine, R., Soulé, S., eds. Paris. PUF. pp. 1667-1692.
- HURSTEL, F. (1996). *La déchirure paternelle*. Paris. PUF. 1997.
- HURSTEL, F. (1997). « Identité masculine, inversion des rôles parentaux, fonction paternelle ». *Enfance*. 3. pp. 411-423.
- JALENQUES, I. – LACHAL, C. et COUDERT, J. (1992). *Les états anxieux de l'enfant*. Paris. Masson.
- JALENQUES, I. (1995). « Approches cliniques et psychopathologiques des états anxieux de l'enfance et de l'adolescence ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 43 (4-5). pp. 136-141.
- JEANNEAU, A. (1992). « La castration comme symbole et comme représentation à propos de l'angoisse de castration ». *Revue française de Psychanalyse*. 56 (spéc.). pp. 1628-1637.
- JOHNSON, E. O. – CHILCOAT, H. D. et BRESLAU, N. (2000). « Trouble sleeping and anxiety/depression in childhood ». *Psychiatry Research*. 94 (2). pp. 93-102.
- JOUVET, M. (1990). « Sommeil-rêve-éveil (cycle) ». In *Encyclopaedia Universalis. Corpus 21*. Paris. pp. 312-322.
- KAPLAN, E. B. (1965). « Reflections regarding psychomotor activities during the latency period ». *The psychoanalytic study of the child*. 20. pp. 220-238.
- KARDINER, A. (1969). *L'individu dans sa société : essai d'anthropologie psychanalytique*. Paris. Gallimard.

- KASHANI, J. H. et ORVASCHEL, H. (1990). « A community study of anxiety in children and adolescents ». *American Journal of Psychiatry*. 147. pp. 313-38.
- KIERKEGAARD, S. (1844). « Le concept de l'angoisse ». In *Miettes philosophiques, Le concept de l'angoisse, Traité du désespoir*. Paris. Gallimard. 1990. pp. 157-336.
- KLEIN, M. (1932). *La psychanalyse des enfants*. Paris. PUF. 1949.
- LAMB, M. E. (1997). « L'influence du père sur le développement de l'enfant ». *Enfance*. 3. pp. 337-349.
- LAMBOTTE, M.-C. (1995). « « L'angoisse de conscience » aux limites de la théologie et de la psychanalyse ». *Confrontations psychiatriques*. 36. pp. 297-307.
- LAPLANCHE, J. et PONTALIS J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris. PUF. 1997.
- LAPOUSE, R. et MONK, M. A. (1958). « An epidemiologic study of behavior characteristics in children ». *American Journal of Public Health*. 48. pp. 1134-1144.
- LAST, C. G. – HERSEN, M. – KAZDIN, A. E. et coll. (1987). « Psychiatric illness in the mothers of anxious children ». *American Journal of Psychiatry*. 144 (12). pp. 1580-1583.
- LAVIE, P. (1993). *Le monde du sommeil*. Paris. Odile Jacob. 1998.
- LEBOVICI, S. (1992). *En l'homme, le bébé*. Paris. Eshel.
- LE CAMUS, J. (1995). *Pères et bébés*. Paris. L'Harmattan.
- LE CAMUS, J. (2000). *Le vrai rôle du père*. Paris. Odile Jacob.
- LE CAMUS, J. (2002). « Le lien père-bébé ». *Devenir*. 14 (2). pp. 145-167.
- LEERSNYDER (de), H. (1999). « Les troubles du sommeil de l'enfant ». *Concours Médical*. 121 (12). pp. 885-890.
- LEERSNYDER (de), H. (2000). « L'endormissement du nourrisson ». *Enfances et psy*. 10. pp. 42-45.
- LE GALL, A. (1976). *L'anxiété et l'angoisse*. Paris. PUF. 2001.
- LOCARD, E. (1997). « Le sommeil, entre veille et éveil ». *La santé de l'homme*. 330. pp. 1-24.
- MAGNIN, P. (1990). *Le sommeil et le rêve*. Paris. PUF.
- MAHLER, M.-S. – PINE, F. et BERGMAN, A. (1980). *La naissance psychologique de l'être humain*. Paris. Payot.
- MARCELLI, D. et GAL, J.-M. (1995). « Du lien à la pensée : entre l'angoisse de séparation et l'angoisse de castration chez l'enfant ». *Confrontations psychiatriques*. 36. pp. 175-192.
- MARTIN, C. (1999). « Quand et comment rechercher un trouble anxieux chez l'enfant ? ». *La Revue du Praticien*. 14. suppl. pp. 14-18.
- MARTY, P. (1990). *La psychosomatique de l'adulte*. Paris. PUF. 1996.
- MAUFRAS DU CHATELLIER, A. (1998). « Réflexion sur l'importance de la fonction paternelle dans la relation mère-nourrisson ». *Journal de la psychanalyse de l'enfant*. 22. pp. 151-169.

- MAZET, P. et STOLERU, S. (1988). *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*. Paris. Masson. 1998.
- MIJOLLA, A. de (1999). « Histoire et préhistoire psychiques. L' « intergénérationnel » et ses fragments d'identité ». *Revue française de Psychanalyse*. 63 (4). pp. 1109-1126.
- MORIZOT-MARTINET, S. – BRENOT, M. – MARNIER, J.-P. – TRAPET, P. et GISSELMANN, A. (1996). « Angoisse d'abandon ou vie sans miroir ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 44 (9-10). pp. 423-428.
- MOUREN-SIMEONI, M. C. – VERA, L. et VILA, G. (1991). « L'angoisse de séparation : une nouvelle catégorie de troubles anxieux chez l'enfant ? ». *Annales Médico-Psychologiques*. 149 (10). pp. 755-766.
- MOUREN-SIMEONI, M. C. – VILA, G. et VERA, L. (1993). *Troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent*. Paris. Maloine.
- MULLENS, E. (1996). « Le sommeil des enfants de 2 à 12 ans ». *Le sommeil dans le département du Tarn*. Document Internet : www.svs81.org.
- MYQUEL, M. et COZZARI, S. (1990). « De la dépendance à l'indépendance, l'angoisse de séparation ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance* ». 38 (4-5). pp. 249-251.
- NASIO, J.-D. (1988). *Enseignement de 7 concepts cruciaux de la psychanalyse*. Paris. Payot.
- NEMET-PIER, L. (2000). *Moi, la nuit je ne fais jamais dodo*. Paris. Fleurus.
- PAAVONEN, E. J. – ARONEN, E. T. et MOILANEN, I. et coll. (2000). « Sleep problems of school-aged children : a complementary view ». *Acta Paediatrica*. 89 (2). pp. 223-228.
- PALACIO ESPASA, F. (2000). « La place de la parentalité dans les processus d'organisation et de désorganisation psychique chez l'enfant ». *Psychologie clinique et projective*. 6. pp. 15-29.
- PASCHE, F. (1996). « Peur de la mort, angoisse de mort, défense du Moi ». *Revue française de Psychanalyse*. 60 (1). p. 52.
- PATY, J. (1997). « Interpréter l'insomnie chez l'enfant et l'adolescent ». *Synapse*. 138. pp. 35-42.
- PELISSOLO, A. (1999). « Dépister et diagnostiquer l'anxiété ». *La revue du Praticien*. Suppl. 14. pp. 5-10.
- PERRON, R. et PERRON-BORELLI, M. (1994). *Le complexe d'Œdipe*. Paris. PUF.
- PIERREHUMBERT, B. (1992). La situation étrange. *Devenir*. 4 (4). pp. 69-93.
- POUSSIN, G. et MARTIN-LEBRUN, E. (1997). *Les enfants du divorce. Psychologie de la séparation parentale*. Paris. Dunod. 230 p.
- PRESS, J. (1998). « Brèves remarques sur l'activité du facteur traumatique dans le système sommeil-rêve ». *Revue Française de Psychosomatique*. 14. pp. 113-126.
- QUINODOZ, D. (1994). *Le vertige entre angoisse et plaisir*. Paris. PUF.
- RAUSCH DE TRAUBENBERG, N. (1970). *La pratique du Rorschach*. Paris. PUF. 1997.
- RAUSCH DE TRAUBENBERG, N. et BOIZOU, M.-F. (1977). *Le Rorschach en clinique infantile*. Paris. Dunod.

- REEVES, J. C. – WERRY, J. S. – EKLIND, G. S. et coll. (1987). « Attention deficit, conduct, oppositional and anxiety disorders in children : II Children characteristics. *Journal of American Academic Children and Adolescent Psychiatry*. 26 (2). pp. 144-155.
- RELIER, J.-P. (1993). *L'aimer avant qu'il naisse*. Paris. Robert Laffont.
- REVAULT D'ALLONNES, C. (1989). *La démarche clinique en sciences humaines*. Paris. Dunod.
- ROBIN, M. – LAVARDE, A.-M. et LE MANER IDRISSE, G. (1999). « L'anxiété maternelle de séparation et les troubles psycho-fonctionnels du jeune enfant ». *Devenir*. 11 (4). pp. 51-78.
- ROSSI J.-P. et coll. (1989). *La méthode expérimentale en psychologie*. Paris. Dunod.
- ROYER, J (1978). *Le test des contes*. Issy-lès-Moulineaux. Editions d'Applications Psychotechniques. 1980.
- RUSINEK, S. – HAUTEKEETE-SENCE, D. et HAUTEKEETE, M. (1998). « L'évolution des peurs à travers l'enfance à partir de l'Echelle des Peurs pour Enfants (E. P. E.) ». *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. 8 (1). pp. 17-25.
- SACCO, F. (1986). « Refoulement et période de latence ». *Revue française de Psychanalyse*. 50 (1). pp. 621-625.
- SACCO, F. (1987). « Le préconscient, la période de latence ». *Revue française de Psychanalyse*. 51 (2). pp. 793-798.
- SARNOFF, C. (1971). « Ego structure in latency ». *The psychoanalytic quarterly*. 40. pp. 387-414.
- SARTRE, J.-P. (1938). *Esquisse d'une théorie des émotions*. Paris. Hermann. 1995.
- SEGAL, H. (1969). *Introduction à l'oeuvre de Mélanie Klein*. Paris. PUF.
- SHAPIRO, T. et PERRY, R. (1976). « Latency revisited (The Age Plus or Minus 1) ». *The psychoanalytic study of the child*. 31. pp. 79-105.
- SOULAYROL, R. (1993). « Séparation et figures du manque dans le développement de l'enfant ». *Psychologie Médicale*. 25 (11). pp. 1055-1057.
- TEBOUL, R. (1994). *Neuf mois pour être père*. Paris. Calmann-Lévy.
- TISSERON, S. (1999). *Nos secrets de famille*. Paris. Ramsay.
- TISSERON, S. (1995). *Le psychisme à l'épreuve des générations*. Paris. Dunod. 1
- TYCHEY (de), C. (1986). « Les modes d'expression de l'angoisse au test de Rorschach dans les organisations « névrotiques », « limites » et « psychotiques » de la personnalité ». *Bulletin de Psychologie*. 39 (11-15). pp. 671-679.
- TYCHEY (de), C. (1993). *La personnalité de l'enfant normal et dysharmonique*. Issy-lès-Moulineaux. Etablissements d'Applications Psychotechniques.
- VECCHIERINI, M.-F. (1997). *Le guide du sommeil*. Paris. John Libbey Eurotext.
- VIAUX, J.-L. (1997). *L'enfant et le couple en crise*. Paris. Dunod.
- VIOLETTE, J. (1986). « Le jour où je t'avais tuée... Apparition et levée du refoulement : l'entrée en latence ». *Revue française de Psychanalyse*. 50 (1). pp. 631-635.

- WEISSMAN, M. M. – LECKMAN, J. F. – MERIKANGAS, K. R. et coll. (1984). « Depression and anxiety disorders in parents and children. Results from the Yale family study ». *Archives of General Psychiatry*. 41 (9). pp. 845-852.
- WIDLÖCHER, D. (1986). « Les modèles psychanalytiques de l'anxiété ». In *L'anxiété*. Paris. Masson. pp. 47-56.
- WINNICOTT, D. W. (1951). Objets et phénomènes transitionnels. In *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris. Gallimard. 1975. 1^{ère} éd. pp. 7-39.
- WINNICOTT, D. W. (1965). *Processus de maturation chez l'enfant*. Paris. Payot. 1970.
- YAZMAJIAN, R. (1967). « Biological aspects of infantile sexuality and the latency period ». *The psychoanalytic quarterly*. 36. pp. 203-229.
- ZUILI, N. (1981). « A propos de la période dite de latence ». *Revue française de Psychanalyse*. 45 (4). pp. 860-868.

TABLE DES MATIÈRES

<u>INTRODUCTION.</u>	5
1. Motivations personnelles justifiant le choix de la thématique de recherche.	5
2. L'intérêt scientifique de notre questionnement.	7
3. La double approche génétique et intergénérationnelle.	9
4. Présentation des chapitres.	10

Première partie.

CADRES DE RÉFÉRENCES THÉORIQUES.

Chapitre 1. L'anxiété et les troubles du sommeil associés chez l'enfant en période de latence.	14
1.1. La vulnérabilité et les indicateurs de la souffrance psychique de l'enfant en période de latence.	14
1.1.1. Définition, repérage et enjeux de la « période de latence ».	14
<i>A. Eléments définitoires et enjeux psychodynamiques.</i>	14
<i>B. Aperçu historique : S. Freud et les post-freudiens.</i>	17
<i>C. Entrée, extinction et repérage chronologique.</i>	18
<i>D. Situation de la période de latence au sein du développement libidinal.</i>	19
1.1.2. Les indicateurs psychodynamiques de la souffrance psychique.	20
<i>A. L'espace envahissant ou restreint de l'imaginaire.</i>	21
<i>B. Le refoulement inopérant.</i>	23
<i>C. L'inhibition excessive ou absente.</i>	24
<i>D. Le destin des autres mécanismes de défense.</i>	26
1.1.3. Valeur des manifestations symptomatiques et poids de l'anxiété.	28
1.2. L'anxiété.	29
1.2.1. Précisions terminologiques.	29
<i>A. Anxiété versus états thymiques banaux et angoisse(s).</i>	30
<i>B. Anxiété versus dépression.</i>	31
1.2.2. Fréquence et manifestations pendant la période de latence.	32
<i>A. Données épidémiologiques.</i>	32
<i>B. Les manifestations symptomatologiques de l'anxiété.</i>	32
1.2.3. Le poids des facteurs familiaux dans l'apparition de l'anxiété chez l'enfant.	34
1.3. Le sommeil et ses troubles : relations avec l'anxiété pendant la période de latence.	35

1.3.1. Aperçus physiologique et développemental.	35
<i>A. Les manifestations physiologiques du sommeil.</i>	36
<i>B. Considérations développementales et fonctions du sommeil.</i>	38
1.3.2. Les troubles du sommeil psychogènes pendant la période de latence.	39
<i>A. Les troubles du sommeil sous-tendus par un syndrome anxieux.</i>	39
<i>B. Données épidémiologiques.</i>	40
<i>C. Les troubles du sommeil sous l'éclairage psychanalytique.</i>	41
1.3.3. Les troubles du sommeil en lien avec l'anxiété de l'enfant et de ses parents.	44
<i>A. La confirmation du lien entre l'anxiété de l'enfant et les troubles du sommeil.</i>	44
<i>B. Relation entre anxiété parentale et troubles du sommeil de l'enfant.</i>	45
<i>C. Les troubles du sommeil : des révélateurs d'angoisses spécifiques ?</i>	46
Chapitre 2. Approche génétique des angoisses sous-jacentes à l'apparition de l'anxiété et des troubles du sommeil associés.	48
2.1. Encart philosophique, psychanalytique et génétique.	48
2.1.1. La position existentialiste : S. Kierkegaard et J.-P. Sartre.	49
2.1.2. Les théories freudiennes de l'angoisse (1905, 1926).	50
2.1.3. Approche structurelle et génétique des angoisses : J. Bergeret (1972, 1996).	52
2.2. L'angoisse de mort.	54
2.2.1. Points de vue psychanalytiques.	54
<i>A. S. Freud : l'angoisse de mort comme analogon de l'angoisse de castration.</i>	54
<i>B. M. Klein : la peur de mourir comme cause première de l'angoisse.</i>	54
<i>C. L'apport des contemporains.</i>	55
2.2.2. Perspective génétique de l'angoisse de mort.	56
2.2.3. Le sommeil et l'anéantissement.	56
2.3. L'angoisse de séparation.	58
2.3.1. Points de vue développemental et psychanalytiques.	58
<i>A. L'angoisse de séparation normale dite développementale.</i>	58
<i>B. L'angoisse de séparation pathologique.</i>	59
<i>C. S. Freud : la toile de fond de l'angoisse névrotique.</i>	61
<i>D. M. Klein : angoisse de séparation et position dépressive.</i>	62
<i>E. D. W. Winnicott : l'espace transitionnel.</i>	63
<i>F. M. Mahler et les contemporains.</i>	64
2.3.2. Perspective génétique de l'angoisse de séparation.	65
2.3.3. Le sommeil : une séparation réelle et symbolique	67

2.4. L'angoisse de castration.	68
2.4.1. Eléments définitoires et psychanalytiques.	68
<i>A. S. Freud : au cœur du complexe oedipien.</i>	68
<i>B. Les positions kleinienne et contemporaine.</i>	69
<i>C. Ses rapports avec l'angoisse de séparation.</i>	70
2.4.2. Perspective génétique de l'angoisse de castration.	71
2.4.3. Le sommeil et la résurgence des fantasmes oedipiens.	71
Chapitre 3. Les déterminants de la transmission intergénérationnelle des angoisses sous-jacentes aux troubles du sommeil.	74
3.1. Généralités concernant la transmission intergénérationnelle.	74
3.1.1. Présentation du concept de transmission intergénérationnelle.	74
3.1.2. Les temps forts de la transmission psychique inconsciente.	76
3.1.3. L'impact des secrets de famille sur les capacités de symbolisation.	79
3.2. Les interactions éducatives néfastes et les événements de vie anxiogènes.	80
3.2.1. Les interactions éducatives néfastes.	80
3.2.2. Les événements de vie anxiogènes.	82
<i>A. La mésentente et la séparation parentale.</i>	82
<i>B. La perte d'un être cher.</i>	83
3.3. Impact de la faillite des fonctions de pare-excitation parentales.	84
3.3.1. Faillite de la fonction de pare-excitation maternelle.	84
3.3.2. Faillite de la fonction de pare-excitation paternelle.	89
3.3.3. L'entente conjugale et sa fonction pare-excitante.	92
3.4. Les mécanismes de la transmission : l'identification et l'identification projective.	96
3.4.1. Les processus d'identification.	96
<i>A. L'identification primaire et l'introjection.</i>	97
<i>B. L'identification secondaire.</i>	100
3.4.2. Le mécanisme d'identification projective.	101

Deuxième partie.

CADRES MÉTHODOLOGIQUES

Chapitre 4. Justification de la méthodologie envisagée, critères de sélection des sujets et choix des outils.	105
4.1. L'étude de cas, la méthodologie de convergence et l'étude comparative	106
4.2. Critères de sélection et constitution des trois groupes.	108

4.3. Justification du choix des outils d'investigations.	110
4.3.1. Les entretiens cliniques menés auprès des enfants et des parents.	110
4.3.2. L'Echelle des Peurs pour Enfants (E. P. E.) de S. Rusinek (1998).	111
4.3.3. Les tests projectifs.	111
A. <i>Le test de Rorschach.</i>	112
B. <i>Le test des contes de J. Royer (1978).</i>	112

Chapitre 5. Opérationnalisation des hypothèses. **114**

5.1. Opérationnalisation de l'hypothèse théorique H1.	114
5.2. Opérationnalisation de l'hypothèse théorique H2.	117
5.3. Opérationnalisation de l'hypothèse théorique H3.	118
5.4. Opérationnalisation de l'hypothèse théorique H4.	119
5.5. Opérationnalisation de l'hypothèse théorique H5 (a, b, c et d)	121
5.6. Opérationnalisation de l'hypothèse théorique H6.	123
5.7. Opérationnalisation des hypothèses théoriques H7 et H8.	124

Troisième partie.

MISE A L'EPREUVE DES HYPOTHÈSES ET ANALYSES CLINIQUES

Chapitre 6. Analyse des hypothèses et discussions. **128**

6.1. Analyses des données pour chaque hypothèse.	128
6.1.1. Analyse de l'hypothèse théorique H1.	128
6.1.2. Analyse de l'hypothèse théorique H2.	132
6.1.3. Analyse de l'hypothèse théorique H3.	135
6.1.4. Analyse de l'hypothèse théorique H4.	138
6.1.5. Analyse de l'hypothèse théorique H5.	142
6.1.6. Analyse de l'hypothèse théorique H6.	151
6.1.7. Analyse de l'hypothèse théorique H7.	168
6.1.8. Analyse de l'hypothèse théorique H8.	193
6.2. Récapitulatif des résultats obtenus à partir des analyses.	214
6.3. Vignettes illustratives à travers deux cas cliniques.	216
6.3.1. Etude du cas de Zita et ses parents.	216
A. <i>Présentation de Zita et analyses des données issues de l'entretien, de l'Echelle des Peurs pour Enfants, du test des contes et du test de Rorschach.</i>	216
B. <i>Présentation de la mère de Zita et analyses des données issues de l'entretien et du test de Rorschach.</i>	220

<i>C. Présentation du père de Zita et analyses des données issues de l'entretien et du test de Rorschach.</i>	223
<i>D. Etude de la transmission des angoisses et des troubles du sommeil associés dans le cas de Zita et de ses parents.</i>	226
6.3.2. Etude du cas d'Erwan et de ses parents.	228
<i>A. Présentation d'Erwan et analyses des données issues de l'entretien, de l'Echelle des Peurs pour Enfants, du test des contes et du test de Rorschach.</i>	228
<i>B. Présentation de la mère d'Erwan et analyses des données issues de l'entretien et du test de Rorschach.</i>	232
<i>C. Présentation du père d'Erwan et analyses des données issues de l'entretien et du test de Rorschach.</i>	234
<i>D. Etude de la transmission des angoisses dans le cas d'Erwan et de ses parents.</i>	238

CONCLUSIONS de la recherche.

1. Les résultats de la recherche sous l'éclairage théorique.	241
<i>A. Particularités du fonctionnement psychique des enfants en période de latence souffrant de troubles du sommeil.</i>	241
<i>B. Particularités du fonctionnement psychique des parents d'enfants en période de latence souffrant de troubles du sommeil.</i>	244
<i>C. Réflexion sur les angoisses favorisant l'apparition et le Maintien des troubles du sommeil.</i>	245
<i>D. A propos des déterminants et des mécanismes de la transmission intergénérationnelle des angoisses favorisant l'apparition et le maintien des troubles du sommeil.</i>	246
<i>E. La question du « choix » du symptôme.</i>	250
2. Remarques méthodologiques, critiques et propositions d'améliorations.	251
3. Aspects préventifs et thérapeutiques.	254
<i>A. Aspects préventifs.</i>	254
<i>B. Aspects thérapeutiques.</i>	255
4. Pistes de recherche à explorer.	255

<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	257
-----------------------------	------------

<u>TABLE DES MATIÈRES</u>	266
----------------------------------	------------

ANNEXES (cf. second volume séparé)