Devenir, volume 23, numéro 1, 2011, pp. 7-32

Clinique

Troubles de l'angoisse de séparation et de l'attachement : un groupe thérapeutique parents-jeunes enfants

Anxiety and separation disorders : a therapeutic parent-infant group setting

Jaqueline Wendland[1], Laurence Camon-Sénéchal[2], Lyphea Khun-Franck[3], Cécilia Maronne[4], Didier Rabain[5] et Elisabeth Aidane[6]

Introduction

L'émergence de l'angoisse ou de l'anxiété de séparation coïncide avec la construction d'éléments essentiels du développement psychologique : l'établissement d'un lien d'attachement et la construction d'un Soi distinct et séparé de l'autre, l'individuation. Allant d'une réaction développementale normale et attendue jusqu'au trouble psychopathologique, les manifestations de l'angoisse de séparation sont assez exemplaires des difficultés d'ordre diagnostique, étiologique et thérapeutique que peuvent poser certaines expressions symptomatiques chez l'enfant et l'adolescent (Bailly et Bailly-Lambin, 1995). Ces manifestations consistent principalement en une réaction de détresse et une inhibition des activités lorsque le bébé, l'enfant ou l'adolescent est séparé de sa (ou ses) figure(s) principale(s) d'attachement. Les réactions de l'enfant à la séparation et à la réunion avec le parent sont naturellement illustratives de la qualité du lien d'attachement parent-enfant. Si l'hypothèse d'une continuité entre l'angoisse de séparation développementale et le trouble de l'angoisse de séparation est retenue, des critères d'ordre chronologique et d'intensité peuvent distinguer le normal du pathologique (Vila et Mouren-Siméoni, 1992). Egger et Angold (2006) mettent l'accent sur les notions de détresse ou limitation *(impairment)* engendrés par les symptômes anxieux pour fixer les limites de la pathologie, en accord avec les critères diagnostiques des classifications internationales (DSM-IV, CID-10, DC- 0-3 R). Ainsi, ces auteurs observent que la prévalence du trouble anxiété de séparation

[1] Maître de Conférences en Psychopathologie du Nourrisson et de la Périnatalité à l'Université Paris Descartes (Paris V), Laboratoire de Psychopathologie et de Neuropsychologie Cliniques, et Psychothérapeute à l'Unité Petite Enfance et Parentalité Vivaldi, Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris.
Adresse : 28, Allée Vivaldi. 75012, Paris.
E-mail : jaqueline.wendland@parisdescartes.fr.

[2] Infirmière-Puéricultrice à l'Unité Petite Enfance et Parentalité Vivaldi.

[3] Educatrice de Jeunes Enfants à l'Unité Petite Enfance et Parentalité Vivaldi.

[4] Educatrice de Jeunes Enfants, stagiaire à l'Unité Petite Enfance et Parentalité Vivaldi lors de la rédaction de ce manuscrit.

[5] Pédopsychiatre, médecin responsable de l'Unité Petite Enfance et Parentalité Vivaldi.

[6] Pédopsychiatre à l'Unité Petite Enfance et Parentalité Vivaldi.

Devenir, volume 23, numéro 1, 2011, pp. 7-32

pendant l'enfance pourrait varier de 9,4% (sans le critère de limitation) à 2,2%, en prenant en compte ce critère, dans un échantillon représentatif d'enfants américains d'âge scolaire.

Après avoir fait l'objet d'études pionnières célèbres, comme celles de Spitz (1965), Bowlby (1973) et Ainsworth (Ainsworth, *et al.*, 1978), l'angoisse de séparation n'a pas suscité depuis un intérêt scientifique significatif. En effet, si le trouble de l'angoisse de séparation a été décrit pour la première fois en 1956 par Estes, Haylett et Johnson, ce n'est qu'à partir de 1980, avec la parution du DSM-III (APA, 1980), qu'il a été identifié en tant que trouble individualisé et distinct de la phobie scolaire. Une revue de la littérature permet de constater que, depuis les années 1980, les recherches dans la petite enfance ont consacré davantage leur intérêt au versant parental du phénomène, en particulier l'anxiété maternelle de séparation (Fein, Gariboldi et Boni, 1993 ; Hock et Lutz, 1998 ; Hsu et Sung, 2008 ; McBride et Belsky, 1988 ; Scher, 2008). Par ailleurs, peu d'études concernent des bébés et des jeunes enfants, la plupart des recherches se focalisant sur les enfants d'âge scolaire. Il en est de même pour les approches thérapeutiques, rarement décrites pour des enfants non encore scolarisés.

Dans cet article, après avoir décrit l'angoisse de séparation dans ses formes développementale et pathologique, ainsi que ses liens avec les troubles de l'attachement chez le jeune enfant, nous nous proposons de présenter le cadre de fonctionnement d'un groupe thérapeutique parents-jeunes enfants. Proposé depuis une quinzaine d'années à l'Unité Petite Enfance et Parentalité Vivaldi (Paris), ce groupe est destiné spécifiquement à la prise en charge des troubles de l'angoisse de séparation et de l'attachement. Deux vignettes cliniques viendront illustrer les problématiques qui y sont traitées.

L'angoisse de séparation chez le bébé et le jeune enfant

L'angoisse de séparation est une manifestation psychologique anxieuse normale, attendue et supposée universelle au cours du développement humain, en particulier pendant l'enfance. Chez le bébé et le jeune enfant, elle consiste en une réaction de détresse observable lorsqu'il est séparé physiquement de sa (ou ses) figure(s) principale(s) d'attachement, généralement dès l'âge de 6 mois (Bailly, 2005). Les réactions marquent à la fois un refus de contact avec l'autre et une anxiété vis-à-vis du départ du

parent. Elles peuvent varier d'un enfant à l'autre et selon les âges : certains baissent les yeux timidement, d'autres cachent leur visage, ou se réfugient derrière le parent, tandis que d'autres manifestent des pleurs intenses, un agrippement anxieux et la poursuite du parent. En absence du parent, l'enfant peut présenter des pleurs durables, des geignements, des protestations, des comportements de recherche du parent, ainsi qu'une inhibition dans ses comportements de jeux et d'exploration (Spitz, 1965).

D'un point de vie phylogénétique, la peur et l'anxiété associées à la solitude sont normales et nécessaires à l'adaptation et à la survie. L'apparition de l'angoisse de séparation marque également une étape-clé du développement psychologique affectif et cognitif de l'enfant : elle authentifie la réalité de l'attachement à une ou plusieurs figures spécifiques et témoigne de la capacité de discrimination entre les personnes (mère/non-mère ; familier/non familier ; plus familier/moins familier) (Bailly et Bailly-Lambin, 1995). L'angoisse de séparation serait la preuve que l'enfant commence à concevoir les autres personnes comme des objets permanents (stade objectal), existant en dehors de lui, et auxquelles il est attaché (Mazet et Stoléru, 1993). De ce fait, il craint de les perdre et de s'en séparer. Cette angoisse de séparation dite « développementale » a tendance à diminuer avec l'âge et avec l'autonomie croissante de l'enfant. L'expérience accumulée de situations de séparation permet à l'enfant d'en connaître l'issue et d'être ainsi rassuré de retrouver son parent. Par ailleurs, à partir de 9-12 mois jusqu'à 18-24 mois, l'acquisition progressive de la permanence de l'objet, au sens piagétien, permet à l'enfant de se détacher du besoin de perception de l'objet pour pouvoir se le représenter mentalement. Le développement des capacités cognitives pour comprendre les circonstances de la séparation tend à baisser le niveau de l'anxiété de l'enfant (Jacobson et Wille, 1984 ; Weinraub et Lewis, 1977). Ainsi, il est notable que des enfants présentant un attachement sécure, et donc de moindres difficultés de séparation, possèdent un niveau plus élevé de jeux symboliques et de capacités représentationnelles (Bretherton, *et al.*, 1979).

En parallèle, à partir de 6 mois, les capacités d'exploration se développent de manière exponentielle. L'enfant devient capable de se déplacer en rampant, à 4 pattes, puis en marchant. Il prend conscience de la distance et apprend à gérer l'équilibre entre ses besoins d'exploration et de proximité de la « base de sécurité » représentée par sa ou ses figure(s) d'attachement. Il passera peu à peu du besoin de proximité à celui de disponibilité, puis d'accessibilité en cas de détresse ou de danger. La qualité

Devenir, volume 23, numéro 1, 2011, pp. 7-32

de son exploration est liée à celle de l'attachement. La peur de l'étranger et l'angoisse de séparation interfèrent dans les activités d'exploration. L'enfant aura alors tendance à utiliser sa (ou ses) figure(s) d'attachement comme « base de sécurité » de manière efficace s'il a fait des expériences relationnelles de qualité (attachement sécure). Dans le cas contraire, il pourra soit inhiber ses comportements d'attachement (attachement insécure évitant), soit les hyperactiver (attachement insécure ambivalent) (Bowlby, 1973).

Depuis la célèbre description par Freud (1925) du jeu de la bobine, de nombreux auteurs ont étudié le chemin parcouru par l'enfant pour maîtriser la séparation et l'absence de la figure d'attachement et accéder à une autonomie physique et affective. Pour Spitz (1965), l'angoisse du huitième mois ou angoisse face à l'étranger serait le deuxième organisateur psychique et témoin d'une relation d'objet établie avec une figure stable, généralement entre 6 et 8 mois. L'enfant ne répond plus avec un sourire à n'importe quelle personne, il distingue le familier de l'étranger et face à ce dernier, il montre des signes de refus de contact ou de peur. Pour Spitz, ces comportements ne reflètent pas véritablement une peur de l'étranger, mais plutôt une angoisse liée à l'absence de la mère.

Robertson et Bowlby (1952), quant à eux, ont décrit les réactions des jeunes enfants séparés de leur mère en trois phases successives : protestation, désespoir et détachement. Alors qu'aucun bébé de moins de 3 mois ne présente ces réactions, celles-ci débutent vers 6/7 mois et sont présentes chez tous les bébés de 7 à 12 mois (Bailly, 2005). Entre 12 et 24 mois, cette angoisse serait présente chez la plupart des enfants pour ensuite diminuer progressivement. Des nouvelles compétences se manifestent alors (notamment le langage verbal), ainsi que de nouveaux intérêts (pairs du même âge, autres adultes, animaux) et participent à la socialisation et à l'autonomie de l'enfant (Vila et Mouren-Siméoni, 1992). Ces étapes correspondent à la trajectoire développementale typique de l'émergence de l'angoisse de séparation.

Winnicott (1971), à son tour, a observé que l'objet transitionnel jouait un rôle dans la gestion de l'angoisse de séparation par l'enfant. Cet objet, connu dans le langage courant comme le « doudou », ne peut véritablement assumer son rôle sécurisant que si l'enfant a pu au préalable introjecter le « bon objet », construit à partir de relations stables et satisfaisantes avec une personne sensible à ses besoins. Seule la certitude du retour et de la disponibilité de sa figure d'attachement peut permettre à l'enfant

d'investir un objet transitionnel. Cette certitude émerge progressivement, dès le plus jeune âge, avec l'expérience de soins adaptés et réguliers.

Le processus de séparation-individuation décrit par Mahler, Pine et Bergman (1975) contribue également à la compréhension de la problématique de la séparation. D'après cette conception, si la coupure du cordon ombilical amène une distanciation physique nette du bébé par rapport à sa mère, le sentiment d'être séparé d'elle et de constituer ainsi une entité individualisée n'apparaîtrait qu'au bout de longs mois. Le processus de séparation-individuation s'étend de 4-5 mois à 36 mois et plus, comprenant différentes phases de distanciation et de rapprochement vis-à-vis du parent avant l'ajustement d'une distance optimale, puis la consolidation de l'individuation. Bien que distincte de la théorie de l'attachement, cette conception rappelle à certains égards la notion de base de sécurité développée par Bowlby (1973).

Lorsque l'angoisse de séparation devient pathologique

S'il est normal que l'enfant proteste lors d'une séparation de la personne qui prend soin de lui habituellement, on admet que l'angoisse de séparation devient pathologique lorsque la détresse de l'enfant, au moment de la séparation, est extrême et persistante, pouvant atteindre un état de panique et de sidération dans des cas sévères. L'enfant manifeste une peur excessive d'être séparé des personnes auxquelles il est attaché, ce qui finit par entraver son développement social. Il est notable que ce trouble retentit également sur le fonctionnement familial global : les parents évitent toute sortie ou voyage sans l'enfant ; chaque séparation demande un long temps de négociation et des compromis parfois aux dépens des autres enfants ; les troubles du sommeil sont fréquents et durables ; des difficultés à instaurer un mode de garde retardent la reprise du travail par la mère, etc.

Il n'y pas de différence de nature entre les manifestations normales de l'angoisse de séparation et l'angoisse de séparation pathologique. Sur le plan chronologique, la persistance anormalement prolongée de ces manifestations ou la résurgence de ces réactions à un âge où elles devraient être plus faibles ou absentes caractérisent une angoisse de séparation pathologique (Vila et Mouren-Siméoni, 1992). Il en est de même lorsque l'intensité des réactions entrave significativement le développement de l'enfant (APA, 1994). Enfin, l'absence apparente d'angoisse de séparation peut être signe d'un trouble psychopathologique grave (notamment

Devenir, volume 23, numéro 1, 2011, pp. 7-32

de troubles envahissants du développement) (Vila et Mouren-Siméoni, 1992) et de troubles de l'attachement (Boris et Zeanah, 1999).

Parmi les troubles anxieux de l'enfance, l'angoisse de séparation pathologique serait le plus fréquent, touchant entre 6% et 9% des enfants entre 2 et 3 ans et de 3% à 7% des enfants entre 5 et 6 ans, avec une prédominance féminine (Bailly, 2005; Egger et Angold, 2006). Des études montrent aussi une persistance des troubles anxieux de l'enfance allant jusqu'à l'adolescence et l'âge adulte, d'où l'importance d'une intervention thérapeutique précoce (Bittner, *et al.*, 2007; De Ruiter et Van Ijzendoorn, 1992; Gittelman et Klein, 1984; Lipsitz, *et al.*, 1994; Silove et Manicavasagar, 1993). Enfin, l'angoisse de séparation pathologique pourrait être prédictive d'autres troubles tels que la dépression (Foley, *et al.*, 2004).

Bien que des difficultés soient souvent présentes dès la première enfance et que la nécessité de prévention soit soulignée (Bailly, 2005), les approches thérapeutiques pour des enfants non scolarisés sont rarement décrites. Par ailleurs, l'utilisation de systèmes diagnostiques rendant compte des spécificités développementales de la symptomatologie au cours de la petite enfance et de l'enfance, tels que le PAPA (Egger et Angold, 2004) et la Classification Diagnostique 0-3 ans (DC 0-3 R, 2007), paraît indispensable.

La Classification Diagnostique 0-3 ans révisée (DC 0-3 R, 2007) prévoit désormais des critères spécifiques pour le Trouble Anxiété de Séparation le distinguant des autres troubles anxieux de la première et de la petite enfance. Ce trouble peut être diagnostiqué lorsque l'enfant est âgé de 2 ans ou plus. Le diagnostic d'anxiété de séparation implique la présence des cinq critères suivants:

1. L'enfant manifeste une anxiété excessive et inadaptée d'un point de vue développemental concernant l'éloignement de sa maison ou des personnes auxquelles il s'est attaché. Au moins parfois, l'enfant ne parvient pas à contrôler cette anxiété. Elle se traduit par trois (ou plus) des phénomènes suivants:
   (a) Une détresse récurrente et excessive (pleurs inconsolables, refus d'être apaisé par une autre personne, comportements auto-agressifs ou hétéro-agressifs) lorsqu'une séparation de la maison ou des figures d'attachement intervient ou est seulement envisagée.
   (b) Une inquiétude persistante concernant un événement imprévu qui pourrait le séparer d'une figure d'attachement (comme se perdre ou être kidnappé).

(c) Un refus ou une difficulté persistante pour aller à la crèche ou à l'école par peur de la séparation.

(d) Une peur ou une appréhension persistante à être seul ou sans ses figures d'attachement à la maison, ou sans adultes de confiance dans d'autres contextes.

(e) Refus ou appréhension persistante d'aller au lit sans la présence d'une figure d'attachement.

(f) Cauchemars répétés sur le thème de la séparation

(g) Plaintes ou expressions somatiques répétées (nausées, vomissements, maux de tête) en cas de séparation des figures d'attachement ou lorsque celle-ci est seulement anticipée.

2. Ce problème induit une détresse significative pour l'enfant ou le conduit à éviter les activités ou les contextes associés avec l'anxiété ou la peur.

3. Le problème affecte le fonctionnement de l'enfant ou de sa famille et/ou affecte le développement normal de l'enfant.

4. Le problème ne s'inscrit pas dans le cadre d'un Trouble Envahissant du Développement.

5. Le problème dure depuis au moins 1 mois.

Lorsqu'ils sont séparés, les enfants souffrant d'angoisse de séparation sont malheureux et ce jusqu'au moment des retrouvailles, contrairement aux autres enfants qui protestent mais s'en remettent par la suite. Ces enfants restent souvent à l'écart, parfois en silence, grognent, pleurent et refusent d'être consolés. Ils ont aussi du mal à s'intégrer dans le groupe d'enfants et à se laisser absorber par les activités proposées. Bien qu'ils soient plus rassurés à la maison, ils y présentent aussi des difficultés. Les plus jeunes sont souvent « collants », suivent les parents d'une pièce à l'autre et ne peuvent pas être laissés seuls un moment. Les plus grands sont incapables de s'occuper seuls et recherchent souvent le conseil ou l'approbation de leurs parents. Au moment du coucher, ces enfants prennent souvent un temps considérable pour aller au lit et refusent de s'endormir seuls. La nuit, ils font des cauchemars dont le contenu est lié à leur symptomatologie et se lèvent pour aller se coucher avec leurs parents. Ce sont souvent ces difficultés de sommeil qui sont le motif initial de consultation, plutôt que le trouble anxieux de l'enfant en tant que tel. Enfin, soulignons que certains parents peuvent comprendre ces manifestations

Devenir, volume 23, numéro 1, 2011, pp. 7-32

comme des manifestations d'opposition ou des « caprices » et ignorer par-là le caractère angoissant de la situation pour l'enfant, notamment s'il est en bas âge.

Il est intéressant de noter que l'angoisse de séparation apparaît au moment même où l'enfant commence à pouvoir s'éloigner physiquement des parents (8-9 mois), en rampant ou à quatre pattes, ce qui témoigne de l'évolution conjointe de la séparation physique et psychique. Il faut aussi remarquer que le processus d'acquisition de l'autonomie de l'enfant déclenche souvent une angoisse de séparation chez les parents (Mazet et Stoléru, 1993). L'autonomie et la distance physique et psychique qui s'instaure progressivement entre le parent et l'enfant réactivent chez le parent ses propres angoisses face à la séparation. Le parent revit en quelque sorte son propre processus de séparation-individuation. Si le parent peut vivre sans angoisse excessive le développement de l'autonomie de son enfant, celui-ci pourra à son tour élaborer dans des bonnes conditions sa propre angoisse de séparation. A l'inverse, si le parent ne tolère pas la séparation que lui impose l'enfant, il risque de nuire à son autonomie et de le maintenir dans un état de dépendance anxieuse vis-à-vis de lui. Certaines mères souhaitent ainsi perpétuer la relation fusionnelle et de dépendance avec leur bébé et peuvent induire l'apparition de symptômes chez leur enfant. Par exemple, l'anxiété de séparation maternelle serait positivement corrélée à la fréquence de réveils nocturnes pendant la première année (Scher et Blumberg, 1999 ; Scher, 2008) et à une qualité perturbée du sommeil de l'enfant (sommeil fragmenté au cours de la nuit, mesuré par un moniteur d'activité motrice, Scher, 2008).

Angoisse de séparation et attachement

Les réactions de l'enfant à la séparation et la réunion avec le parent sont également le reflet de la qualité du lien d'attachement parent-enfant. Les enfants dont l'attachement est sécure supportent et gèrent mieux la séparation (Jacobson et Willlle, 1984). Bowlby (1973) avait observé que l'angoisse de séparation pathologique serait liée à un attachement insécure ambivalent chez l'enfant. Dans ce type d'attachement, l'enfant n'est pas sûr que son parent sera disponible et lui répondra s'il fait appel à lui. L'enfant est ainsi sujet à l'angoisse de séparation, tend à s'accrocher à la personne qui le garde et inhibe ses comportements d'exploration. Des études longitudinales récentes, allant parfois jusqu'à l'adolescence, confirment que l'insécurité de l'attachement, et notamment un pattern d'atta-

chement insécure-évitant, serait hautement prédictive des troubles anxieux ultérieurs, en particulier de l'angoisse de séparation, et ce indépendamment de l'anxiété maternelle ou du tempérament de l'enfant (Dallaire et Weinraub, 2005 ; Warren, *et al.*, 1997).

Zeanah et Boris (2000) ont proposé une catégorisation des troubles de l'attachement qui peut contribuer à la compréhension des troubles de l'angoisse de séparation. Ils distinguent a) les troubles liés à l'absence d'attachement ; b) les troubles de la base de sécurité ; et c) les troubles engendrés par la rupture du lien d'attachement (séparation brutale, décès de la figure d'attachement provoquant les réactions décrites par Robertson et Bowlby, 1952). Notre intérêt porte sur la deuxième catégorie qui concerne des enfants ayant construit une relation d'attachement et dont les troubles sont spécifiques à cette relation. Cette catégorie inclut les troubles de l'attachement : 1) avec mise en danger (l'enfant s'éloigne sans vérifier la présence de la figure d'attachement et s'engage dans des situations dangereuses) ; 2) avec accrochage et exploration inhibée (inhibition importante dans des situations inhabituelles et en présence du parent) ; 3) avec vigilance et compliance excessives (hypervigilance, inhibition émotionnelle et compliance face aux demandes du parent) ; 4) avec renversement de rôles (l'enfant exerce le contrôle du parent par sa sollicitude excessive ou un mode punitif de relation). Cette catégorisation demeure néanmoins récente et sa validité clinique et diagnostique manque encore d'études plus nombreuses (Guédeney, 2006). Aucune étude à ce jour n'a exploré le lien entre cette catégorisation et les manifestations normales et pathologiques de l'angoisse de séparation.

Ainsi, il émerge que l'angoisse de séparation est un trouble de la relation : l'enfant a du mal à se séparer de quelqu'un, et ce quelqu'un a bien souvent également plus ou moins des difficultés autour de la séparation. De nombreuses études attestent de la présence fréquente d'un trouble anxieux chez les parents d'enfants ayant un trouble anxieux et donc du caractère familial de ces désordres (Cooper, *et al.*, 2006 ; Creswell et Cartwright-Hatton, 2007 ; McClure, *et al.*, 2001). Il ne s'agit donc pas de considérer l'angoisse de séparation pathologique isolément comme un trouble de l'enfant. Une perspective dyadique serait nécessaire pour comprendre les difficultés de séparation (Dallaire et Weinraub, 2005). Allant dans ce sens, Boris et Zeanah (1999) soulignent que les troubles de l'attachement ne relèvent pas de troubles individuels de l'enfant mais d'une relation spécifique. Dans leur article princeps, Estes, Hayllet et Johnson (1956) considéraient déjà que l'angoisse de séparation pathologique était

Devenir, volume 23, numéro 1, 2011, pp. 7-32

un état de dépendance mutuelle excessive entre la mère et un de ses enfants, et non un trouble affectant spécifiquement l'enfant.

La prise en charge de ces troubles pendant la petite enfance a été jusqu'à présent rarement décrite (Vignau, 1995), en dehors des études de cas de psychothérapies, des observations mère-bébé (Barone, 2006) ou des approches cognitivo-comportementales. Ces dernières présentent des limites et sont difficilement applicables aux nourrissons et jeunes enfants (Clément et Cardot, 2006). Ainsi, nous avons voulu décrire ici le cadre de fonctionnement d'un groupe thérapeutique consacré à la prise en charge de ces troubles pendant la petite enfance.

Un groupe thérapeutique parents-jeunes enfants

En 1995, un groupe thérapeutique a été créé à l'Unité Petite Enfance et Parentalité Vivaldi (Paris) pour répondre aux demandes de soins spécifiques aux troubles de l'angoisse de séparation et de l'attachement. Cette unité accueille des parents, des futurs parents et leurs enfants âgés de zéro à trois ans. Le groupe « séparation-individuation » est proposé aux enfants et aux parents dont la symptomatologie se situe autour du lien d'attachement et de la séparation. Leurs difficultés peuvent être aussi bien transitoires et liées à l'angoisse de séparation développementale que plus sévères et durablement installées. Il s'agit d'un groupe hebdomadaire vers lequel les familles sont adressées par un consultant pédopsychiatre, après une à trois consultations diagnostiques.

Les indications les plus fréquentes incluent, selon l'âge de l'enfant et le contexte familial : des difficultés accrues de sevrage en cas d'allaitement prolongé ; la plupart des troubles du sommeil (*co-sleeping* prolongé et conflictuel, difficultés importantes d'endormissement, rituels du coucher prolongés, réveils nocturnes, enfant qui rejoint le lit parental en cours de nuit, ou qui s'endort avec les parents avant de pouvoir être déposé dans son lit, endormissement conditionné par la prise d'un biberon ou du sein, etc.) ; problèmes d'adaptation à un mode de garde ; lien parent-enfant fusionnel, ambivalent, conflictuel et parfois érotisé (notamment en cas de famille monoparentale ou de défaillance d'un des parents à remplir son rôle parental) ; absence de signes observables d'attachement entre le(s) parent(s) et l'enfant (indifférence de part et d'autre lors de la séparation, attachement indiscriminé) ; tristesse, inhibition et exploration limitée lorsque l'enfant est séparé des parents.

Le groupe accueille jusqu'à 7 enfants, avec une moyenne de 4 enfants. Les enfants y viennent habituellement accompagnés de leur mère ou de leur père, parfois de leurs deux parents. Le groupe a lieu toutes les semaines, pour une séance d'une heure. Le temps moyen de prise en charge est d'environ 5 mois pour chaque enfant, ce qui correspond à une vingtaine de séances. Ce groupe est réservé aux enfants ayant acquis la marche. Jusqu'à présent, aucun enfant âgé de moins de 14 mois n'y a été admis. Ce choix repose sur deux principes :

- à partir de 12 mois, âge où beaucoup d'enfants accèdent à la marche, l'attachement à une (ou plusieurs) figure(s) principale(s) d'attachement s'est généralement établi ; il n'y aurait donc pas de véritables difficultés d'attachement et de séparation préalables au développement d'un lien affectif stable et discriminé ;
- l'enfant doit pouvoir être « acteur » de la séparation : la séparation psychique et la diminution de la dépendance se développent en parallèle à l'acquisition de l'autonomie physique et des capacités d'exploration et de régulation d'une distance optimale vis-à-vis de la base de sécurité (Marvin et Brittner, 1999). Un enfant ne pouvant pas encore s'éloigner physiquement ni suivre son parent en se déplaçant efficacement (par exemple, ne pouvant pas ouvrir une porte et donc être en station débout) ne présenterait pas une maturité physique et psychique comparable à celle d'un enfant pleinement indépendant du point de vue moteur.

L'équipe du groupe est constituée d'une infirmière-puéricultrice (deuxième auteur) et d'une éducatrice de jeunes enfants (troisième auteur), encadrées par une psychologue (premier auteur). Un stagiaire psychologue ou éducateur de jeunes enfants peut également y participer en tant qu'observateur.

Le travail thérapeutique débute dès l'accueil des familles en salle d'attente. Du point de vue architectural, l'Unité Vivaldi est composée de deux espaces distincts unis par une passerelle : l'espace accueil et l'espace consultation. Le groupe a lieu dans l'espace accueil, alors que la salle d'attente se situe du côté de la consultation. L'équipe vient chercher parents et enfants et les accompagne vers les locaux du groupe. Ce passage par la passerelle, avec les difficultés qui peuvent s'y manifester (refus et pleurs des enfants, réticence des parents), est souvent significatif de la problématique de séparation dont souffrent ces dyades.

Devenir, volume 23, numéro 1, 2011, pp. 7-32

A son tour, le cadre du groupe s'organise autour de deux espaces : une grande salle, l'atrium, et une salle plus petite, séparées par un couloir. Le groupe se déroule en quatre moments : (1) dans un premier temps, dans l'atrium, parents, enfants et professionnels échangent et communiquent autour de jeux pendant 30 minutes ; (2) puis les enfants accompagnent leurs parents dans une autre pièce où se déroulera un groupe de paroles des parents avec la psychologue ; (3) les enfants retournent ensuite à l'atrium et reprennent les jeux avec l'infirmière-puéricultrice et l'éducatrice de jeunes enfants alors qu'en parallèle a lieu le groupe de paroles pendant 30 minutes ; (4) enfin, les enfants viennent rejoindre leurs parents et des retrouvailles ont lieu dans la salle du groupe de paroles.

Le cadre de ce groupe s'est inspiré en partie du paradigme de la Situation Etrange, qui comporte des épisodes successifs de présence conjointe, séparation et retrouvailles (Ainsworth, *et al.*, 1978). Toutefois, afin d'accorder une place plus active à l'enfant, nous avons volontairement inversé les rôles habituels : l'enfant accompagne son parent et le « laisse » à la psychologue lors de la séparation ; ce sera également lui qui viendra « chercher » son parent à la fin du groupe de paroles. Ce groupe s'inspire également des conceptions du processus de séparation-individuation (Mahler, Pine et Bergman, 1975) et de la théorie de l'attachement (Bowlby, 1973).

En arrivant dans l'espace du groupe, les enfants et les parents déposent leurs affaires et vêtements personnels dans des casiers individualisés. Les enfants retirent leurs chaussures assis sur des petites chaises disposées en demi-cercle à l'entrée de l'espace du groupe. Ce moment, qui devient peu à peu un rituel, constitue déjà un moment préparatoire pour la suite du déroulement du groupe. En effet, nous pouvons assister alors à des difficultés de séparation exprimées par le refus de quitter son manteau, ses chaussures, etc. Ce moment présente une similitude évidente avec l'arrivée dans un mode de garde collectif, à la différence que les parents laissent aussi leurs affaires et restent sur place. Un travail de réassurance de l'enfant se fait souvent dès ce moment, à qui il sera dit que son parent restera avec lui pendant le groupe.

L'espace de jeu du groupe bénéficie d'un aménagement du cadre spécifique à ce groupe, comprenant toujours les mêmes jeux et jouets mis à disposition ainsi qu'un espace physique délimité et contenant. Ceci part du principe que la permanence du cadre, comprenant les personnes, l'espace physique et les jouets, participe au travail de sécurisation et à la contenance psychique et physique de l'angoisse ressentie par les dyades parent-enfant.

Les jeux et jouets mis à disposition sont adaptés au niveau de développement du groupe d'enfants. Nous décrivons ici le cadre usuel proposé pour ce groupe. Des tapis sont disposés au sol, ainsi qu'un module de motricité qui permet souvent un travail autour des limites et de la sécurité de l'enfant. Plusieurs jouets permettant la mise en place de jeux symboliques sont également mis à disposition : poupées, dînette, voitures, mallette de docteur. Les autres jeux et jouets comprennent : des jeux de construction (briques), des livres, une fresque musicale, une boîte à clés, des jouets roulants à tirer (camions, chien à roulette, qui permettent à l'enfant de se déplacer en entraînant avec lui son jouet, la ficelle pouvant représenter le lien à l'objet, séparé de son corps, mais dont il a l'entière maîtrise), des jeux de cache-cache et un tunnel (jeux autour de la maîtrise de l'absence et de la présence), ainsi que des poupées à habiller et déshabiller (différents types de boutons et de fermetures). Enfin, le groupe dispose également d'un point d'eau qui permet des jeux apaisants de transvasement et de « contenant-contenu ». Ce point d'eau est accessible lorsque les enfants sont séparés de leur parent en deuxième partie du groupe.

Cette première partie du groupe nous permet d'observer les patterns interactifs parents-enfants, enfant-enfant et enfants-professionnels, de repérer les difficultés et de faciliter un meilleur accordage parent-enfant, afin de soutenir le processus de différenciation et d'acquisition de l'autonomie de l'enfant. Nous favorisons les interactions parent-enfant par la médiation du jeu, ce qui peut aider certaines dyades à quitter un mode de relation qui privilégie le corps à corps. Le jeu peut alors exercer une fonction de tiers. Nous soutenons également les initiatives et l'autonomie de l'enfant, tout en encourageant les parents à accompagner les jeux de leur enfant. Bien « nourri » de ce temps de jeu partagé avec le parent, l'enfant devrait pouvoir s'en séparer plus facilement. Nous veillons à ce que chaque parent s'occupe de son propre enfant. Nous encourageons, en parallèle, les interactions de chaque enfant avec les autres enfants du groupe (partage de jouets, tours de rôle), soulignant le plaisir que l'enfant peut retirer des interactions en dehors de la dyade parent-enfant. A leur tour, les parents sont aussi incités à adopter des comportements sécurisants vis-à-vis de l'enfant (poser des limites, empêcher que l'enfant ne se mette en danger, répondre aux demandes d'aide et de réconfort), pour que le jeu et l'exploration se fassent dans la sécurité et le plaisir. Toutes marques d'attachement réciproques entre parent et enfant sont également soulignées. Ceci permet à certains parents la reconnaissance et la prise de

Devenir, volume 23, numéro 1, 2011, pp. 7-32

conscience des comportements d'attachement que leur enfant exprime envers eux (recherche de réconfort, regards, câlins, appels), mais aussi de leurs propres conduites vis-à-vis de ses comportements (réponse différée ou paradoxale, ambivalence, évitement). Ainsi, nous soutenons la sensibilité et la « responsivité » *(responsiveness)* des parents aux signaux de leur enfant. Dans leurs travaux princeps autour de la séparation et de l'attachement, Stayton et Ainsworth (1973) avaient montré que les enfants dont la mère était sensible et « responsive » à leurs signaux montraient moins de comportements de protestation lors de la séparation.

Vers la fin de la première partie du groupe, un travail d'anticipation et de préparation doit souvent se faire avec l'aide des professionnels, lorsque les parents montrent des difficultés à annoncer la séparation à leur enfant. Plusieurs manifestations peuvent alors s'observer. Certains parents semblent ne pas entendre notre signal d'approche du moment de séparation, alors que d'autres l'entendent mais ne le transmettent pas à leur enfant, souvent craignant sa réaction et se protégeant eux-mêmes de leur angoisse. Les professionnels doivent alors assumer le rôle de « séparateurs ». D'autres parents se dirigent vers l'autre pièce du groupe en laissant derrière eux leur enfant seul. A leur tour, certains enfants partent vers l'autre pièce sans aucune hésitation et aucun signe d'attachement apparent vis-à-vis de leur parent. A l'inverse, d'autres enfants montreront une grande angoisse, des pleurs et des comportements d'agrippement au parent, ne pouvant parfois pas marcher vers la deuxième pièce. Pour certains, la séparation sera insupportable et impossible, ils resteront dans les bras des parents, ce qui n'est pas rare lors des premières séances de groupe. Le refus de la séparation peut aller jusqu'à un endormissement brutal et profond dans les bras du parent. Les parents sont aussi encouragés à reconnaître les signes de détresse de leur enfant, à éviter de les ignorer ou de les banaliser, tout en soutenant les comportements d'autonomie montrés par l'enfant.

Ce moment peut comprendre également un travail autour de la notion d'objet transitionnel. Pour les enfants qui possèdent un objet transitionnel, nous sollicitons que les parents le leur proposent lors de ce moment de séparation, si l'objet est resté dans le casier. Pour les enfants qui n'en ont pas, nous proposons au parent d'apporter et de lui laisser un objet ou jouet de la maison que l'enfant affectionne. Il est notable que certains parents oublient, et ce parfois plusieurs fois de suite, d'apporter le « doudou » et/ou la tétine de leur enfant. D'autres enfants possèdent de nombreux « doudous », différents et interchangeables, et qui, à l'évidence, ne

jouent pas un rôle véritable d'objet transitionnel. Enfin, il n'est pas surprenant que plusieurs parents rapportent que leur enfant les utilise eux-mêmes comme « doudou » (besoin de présence /contact physique pour s'endormir, aucun apaisement possible sans les bras du parent).

Un couloir sécurisant par sa taille et sa longueur matérialise le passage entre l'espace de jeu et la salle où a lieu le groupe de paroles. Ce couloir représente aussi le lien entre l'enfant et son parent durant le temps de la séparation. Ce lien concret, l'enfant peut choisir de le reprendre à sa guise si la séparation devient trop insupportable et rejoindre le parent. En effet, l'accessibilité du parent et la possibilité de régulation de la distance par l'enfant tendent à réduire progressivement l'angoisse de séparation et aident à son élaboration (Bowlby, 1973 ; Rinkoff et Corter, 1980).

Le passage vers la deuxième salle constitue un moment-clé fortement accompagné par les professionnels. Ceux-ci sont à la fois des tiers séparateurs mais aussi des personnes relais stables et fiables. Les professionnels garantissent aussi le lien entre l'enfant et son parent par la parole (« Vous allez vous retrouver après… »). Par ailleurs, de par leur présence physique, ils permettent à l'enfant de transférer sur eux la relation qu'ils ont avec leur parent. Les professionnels jouent ainsi un rôle facilitateur. Lorsque l'agrippement entre parent et enfant rend la séparation très difficile, nous pouvons proposer de prendre l'enfant dans les bras, ce qui évite l'effondrement physique de celui-ci tout en lui permettant une expérience de séparation, même très courte. Pour les enfants qui peuvent « rester debout » au moment de la séparation, nous leur proposons de retourner d'eux-mêmes dans l'espace de jeu. Parfois la proposition de pousser une poussette, d'explorer un nouveau jeu ou l'idée de jouer à l'eau aide l'enfant à revenir dans l'espace de jeu. Il est démontré que l'intérêt pour un nouveau jeu ou un jeu apprécié retarde les pleurs et peut aider l'enfant à mieux gérer la séparation (Corter et Bow, 1976 ; Corter, Rheingold et Eckerman, 1972). Ces activités donnent à l'enfant l'occasion de ressentir que se séparer n'est pas « tout perdre » et qu'il peut trouver ou retrouver des expériences de plaisir en étant séparé de son parent.

Le temps de jeu durant la séparation est organisé et ritualisé. Les jeux à disposition sont identiques à ceux décrits pour la première partie du groupe, seuls les jeux d'eau sont proposés en plus. Pour certains, les premières séparations sont des temps difficiles, ils restent inconsolables et refusent de quitter les bras sécurisants et protecteurs du professionnel. D'autres acceptent, dans un premier temps, trop facilement la séparation, pressés parfois de reprendre un jeu interrompu en première partie.

Devenir, volume 23, numéro 1, 2011, pp. 7-32

Une prise de conscience de l'absence du parent intervient alors quelques minutes après la séparation, marquée par des pleurs, un silence, un regard ailleurs, des mots évoquant le parent et l'envie de le retrouver.

Un apaisement se fait sentir de plus en plus tôt au fil des séances, permettant ainsi à l'enfant de regarder les autres, de s'intéresser aux jeux et de répondre aux propositions de jeu des professionnels. Par la suite, l'enfant s'autorisera des initiatives de jeu, alors que plus tard il pourra jouer et partager des temps de jeux avec les autres enfants. Plus nous avançons dans les séances, plus les enfants intègrent les différents temps du groupe et les anticipent. Les enfants interagissent aussi davantage entre eux. Par ailleurs, ils font preuve d'empathie à l'égard des enfants en détresse et adoptent des comportements de soutien (donner le « doudou », faire des câlins, proposer un jeu). Stayton, Ainsworth et Main (1973) avaient remarqué que les enfants montraient moins de détresse lors de la séparation lorsqu'ils étaient laissés avec des pairs, ce qui peut soutenir l'intérêt d'une prise en charge groupale.

Après un temps de jeu libre, les enfants participent au rangement des jouets, puis se regroupent autour d'un des professionnels pour la lecture d'un livre choisi par l'un des enfants. Ce temps calme est pour certains l'occasion de reprendre les « doudous » et de penser aux retrouvailles avec le parent.

Dans le groupe de paroles animé par la psychologue, les parents sont invités à échanger et à réfléchir autour de leurs réactions et celles de leurs enfants face à la séparation, ainsi qu'à leurs interactions lors de la première partie du groupe. Ces réflexions entraînent souvent des associations en lien avec leurs difficultés quotidiennes au domicile et à l'extérieur. La plupart des parents montrent des signes d'angoisse lors des premières séparations et restent à l'écoute des pleurs et protestations de leur enfant. Lorsque ceux-ci ne sont pas durables, ne se manifestent pas ou tendent à diminuer, les parents dont l'enfant présente un attachement sécure se rassurent et souvent en félicitent leur enfant lors des retrouvailles. A l'inverse, des comportements plus ambivalents, contradictoires et anxieux s'observent chez les parents d'enfants présentant un pattern d'attachement insécure ambivalent. Ces parents peuvent se sentir peu aimés et délaissés lors de la séparation et montrer tantôt un refus de contact physique, tantôt un agrippement anxieux à leur enfant lors des retrouvailles. L'enfant n'est pas soutenu dans ses efforts d'autonomie. Enfin, les parents dont les enfants présentent un attachement insécure évitant prennent conscience peu à peu que leur enfant n'est pas si

autonome qu'il le paraît et qu'il devrait montrer des signes plus clairs d'attachement. Ces enfants ne cherchent pas le contact physique avec leur parent lors des retrouvailles et peuvent même se diriger vers d'autres parents ou simplement vers un coin de la pièce. Culpabilité et tristesse peuvent alors se ressentir chez les parents. Tous ces comportements sont remarqués par les professionnels et discutés lors des retrouvailles.

Alors que dans les premières séances les échanges se font le plus souvent entre la psychologue et chaque parent, au bout de quelques séances, une dynamique de groupe se crée amenant les parents à échanger, puis progressivement à se soutenir. Le travail thérapeutique comprend également le soutien à la parentalité et au sentiment de compétence parentale. Hsu et Sung (2008) ont montré qu'une angoisse de séparation maternelle élevée était fortement associée à un sentiment de compétence parentale faible. Ce temps de groupe laisse aussi place à des moments de silence et d'élaboration ainsi qu'à une certaine guidance parentale de la part du psychologue autour des troubles présentés par les enfants. Il est à noter que dans cette pièce, aucun jeu n'est mis à disposition. Ceci souligne clairement qu'il s'agit là d'un espace de parole pour les adultes. Ceci réduit également l'intérêt de cet espace pour les enfants, notamment pour ceux qui y restent avec leur parent lors des séances initiales lorsque la séparation n'a pas pu encore se faire.

Au moment des retrouvailles, riches de renseignements et d'émotions, les professionnels soulignent les marques d'attachement et de plaisir observées, encouragent parents et enfants à se retrouver chaleureusement et échangent avec les parents à propos des activités et comportements de chaque enfant pendant la séparation. Une dernière séparation aura lieu en fin de groupe, lorsque les dyades s'apprêtent à quitter l'Unité. Là encore, les hésitations et ambivalences autour de la séparation (retour vers les jeux, réticence ou refus de se rhabiller ou à partir), tant des parents que des enfants, peuvent se manifester et nécessitent l'accompagnement des professionnels.

Ainsi, à travers le partage et la régulation de moments de présence conjointe et de prise de distance, ce groupe permet progressivement aux parents et aux enfants de vivre et de penser l'absence et la séparation, vécues jusqu'alors sur un mode douloureux et angoissant, comme constructives pour les relations parent-enfant et structurantes pour le développement de l'enfant. L'approche groupale présente certaines caractéristiques qui favorisent le travail thérapeutique autour de la séparation. La dynamique de groupe permet bien souvent que la séparation se fasse plus

Devenir, volume 23, numéro 1, 2011, pp. 7-32

facilement, aussi bien pour l'enfant que pour le parent, car l'un et l'autre sont soutenus par la présence des autres membres du groupe et des professionnels, et les possibilités d'identification offertes. Comme nous l'avons signalé, il s'agit d'un cadre où l'enfant devient acteur de cette séparation et peut réguler la distance et ses émotions en fonction de ses ressentis. En effet, parmi les différentes approches proposées à l'Unité Vivaldi, il s'agit du seul cadre thérapeutique au cours duquel une séparation entre parents et enfants a lieu. Toutefois, le travail autour de la séparation ne pourra se faire que lorsqu'une relation d'attachement fiable et satisfaisante aura pu s'instaurer entre le(s) parent(s) et l'enfant. Enfin, lorsque l'histoire parentale demande une élaboration plus approfondie ou quand le développement de l'enfant appelle à un travail plus intensif, les approches individuelles seront préconisées (thérapie conjointe, cothérapie, psychomotricité, accueil par une éducatrice de jeunes enfants ou une puéricultrice), parfois en amont, en aval ou en parallèle du travail réalisé dans le groupe autour du lien parent-enfant.

Vignettes cliniques

Nous avons souhaité illustrer nos propos à partir de deux vignettes cliniques qui permettent de présenter les problématiques traitées dans ce groupe.

Dounia

Dounia est une petite fille de 22 mois. Elle vient accompagnée de sa mère pour des problèmes de sommeil et de séparation, adressée par le médecin de PMI. Elle est allaitée à la demande depuis sa naissance, de jour comme de nuit. Elle se réveille plusieurs fois par nuit, demande le sein et n'a pas de rythmes réguliers de sommeil : se couche vers 23 heures et se réveille vers 11 heures du matin, la sieste est aléatoire. L'enfant partage le lit de sa mère depuis la naissance, alors que le père dort sur le canapé du salon. Ce dernier ne semble pas concerné et n'est jamais venu à l'Unité malgré nos différentes propositions de rencontre. Le sein semble être le seul moyen de la consoler, tout refus donne lieu à des colères violentes au cours desquelles elle peut se faire vomir. La famille est marocaine. La mère s'adresse à sa fille dans son dialecte. Selon la mère, Dounia est capable de dire quelques mots dans ce dialecte. Nous entendons aussi quelques mots en français. La mère ne nous traduit pas ses propres dires, ni ceux de sa fille. Ce dialecte maternel semble être un moyen de conserver une relation exclusive mère-enfant. La mère n'a pas de demande explicite en début de prise en charge, la situation semble lui convenir. Sa fille est très accrochée à elle et les deux semblent vivre

une relation très fusionnelle et parfois érotisée. L'enfant n'est pas socialisée et passe ses journées avec sa mère, elle-même très isolée. La mère rapporte que Dounia n'a aucun « doudou » et qu'elle a besoin de son corps, de son sein, pour s'apaiser et s'endormir. L'alimentation est aussi problématique : la diversification alimentaire n'est pas réellement faite, l'enfant se nourrit plutôt de lait maternel et n'a aucun rythme. L'enfant présente, en effet, un léger retard staturo-pondéral qui a inquiété le médecin de PMI. Par ailleurs, l'enfant a deux prénoms que la mère emploie à tour de rôle, Dounia et Mélania, ainsi que plusieurs surnoms. Ceci nous avait inquiétés par rapport à la construction de l'identité de l'enfant. Dounia et sa mère ont ainsi été adressées au groupe par le pédopsychiatre consultant qui les recevait à un rythme d'une séance toutes les six semaines environ.

Pendant les trois premiers mois de prise en charge, les séparations dans le groupe sont impossibles, Dounia pleure et proteste violemment et reste accrochée à sa mère. Sa mère semble gratifiée par ces démonstrations de dépendance et résiste à nos interventions pour aider sa fille. Dounia a néanmoins un bon niveau de jeu et interagit avec les autres enfants du groupe. Progressivement, nous avons pu avoir accès à une relation directe avec l'enfant lorsqu'une alliance thérapeutique a pu se nouer avec la mère. Une des professionnelles (la puéricultrice) a été, semble-t-il, investie d'un rôle maternel par la mère, notamment par le biais de conseils pratiques à propos de l'alimentation. Ceci a contribué à ce qu'une relation de confiance et de relais s'instaure entre la mère et la puéricultrice. La mère s'est autorisée désormais à confier sa fille pour la deuxième partie du groupe, malgré ses pleurs. En parallèle, un transfert plus négatif s'est instauré à l'égard de la psychologue, vécue comme tiers-séparateur par la mère et la petite fille. Par ailleurs, les échanges dans le groupe de paroles et l'observation du comportement des autres enfants ont également contribué à enclencher les premiers changements dans la relation mère-enfant.

Après une période de vacances d'un mois, la mère nous a appris qu'elle avait sevré sa fille brutalement par le biais d'un récit étrange : le sein aurait été sali par un chien, la mère aurait mis du sel et du miel sur son mamelon pour dégoûter Dounia. Depuis, le sommeil s'était amélioré mais l'enfant se réveillait encore une fois par nuit et demandait à être bercée. Le langage avait aussi bien progressé pendant les vacances, aussi bien le français que le dialecte maternel. La mère avait alors inscrit Dounia en halte-garderie, en suivant nos conseils, et l'adaptation était démarrée. A la halte-garderie, Dounia y demande souvent les bras mais après quelques semaines, les séparations et le temps d'accueil se passent bien. Les séparations dans le groupe restent difficiles, mais Dounia finit par choisir elle-même le moment de quitter sa mère. Elle fait plusieurs allers-retours entre les deux espaces du groupe. Séparée de sa mère, Dounia pleure parfois lorsqu'elle semble penser à elle, mais

Devenir, volume 23, numéro 1, 2011, pp. 7-32

elle peut jouer et rester avec les autres enfants pendant des moments de plus en plus longs. Elle demande par moments à avoir une relation exclusive avec une des professionnelles. Dounia reste sensible aux comportements de détresse des autres enfants, pleure par contagion et retourne vers sa mère sans que l'on puisse la consoler. La mère montre des signes clairs d'angoisse de séparation lors du groupe de paroles. Elle ne peut pas participer aux discussions, reste à l'écoute des bruits émanant de l'autre pièce et est très réconfortée lorsque sa fille revient en pleurs vers elle. Quelques absences de la dyade sont notées à ce moment, alors qu'auparavant la présence était très régulière. La mère semble vivre difficilement le fait que sa fille puisse volontairement se séparer d'elle pendant le groupe et à la halte-garderie. Par ailleurs, Dounia a noué des liens avec une autre enfant du groupe, ce qui a sans doute facilité les séparations. Lors de la réunion, mère et enfant se retrouvaient dans une proximité physique intense et anxieuse.

La mère a pu progressivement élaborer ses difficultés de séparation dans le groupe de paroles qui s'inscrivaient dans une problématique transgénérationnelle (elle-même était très dépendante à l'égard de sa propre mère). Elle a pu également bénéficier du partage d'expériences avec les autres parents, ce qui a retenti positivement sur le comportement de sa fille. La barrière du langage n'était plus à l'œuvre, mère et enfant communiquaient aisément avec les professionnels et les autres participants. Le transfert négatif envers la psychologue a aussi laissé place à une relation positive de confiance. La mère a pu développer des projets d'activités pour elle sans sa fille qui, à son tour, pouvait être laissée à son père sans que cela provoque de détresse. En même temps, Dounia montrait de plus en plus de facilité à se séparer de sa mère, d'autant plus que celle-ci a pu lui proposer un objet transitionnel. Les retrouvailles se font alors dans la joie. Les troubles du sommeil ont disparu et Dounia a désormais des rythmes réguliers de sommeil et d'alimentation, ce qui a permis d'envisager la fin de la prise en charge.

Dounia semblait présenter un trouble de l'attachement avec accrochage et exploration inhibée selon la catégorisation proposée par Zeanah et Boris (2000). La nature dyadique de l'angoisse de séparation, de la dépendance mutuelle excessive, et du trouble de l'attachement insécure-ambivalent étaient au premier plan dans cette situation (Dallaire et Weinraub, 2005 ; Estes, Hayllet et Johnson, 1956 ; Boris et Zeanah, 1999). Ainsi, le désir maternel de perpétuer une relation fusionnelle et de dépendance a induit l'apparition de symptômes de sommeil et d'angoisse de séparation pathologique chez l'enfant (Scher et Blumberg, 1999 ; Scher, 2008). La difficulté de nouer une alliance thérapeutique, l'absence de demande et l'installation des troubles dans la durée ont prolongé de quelques mois le temps de prise en charge habituel dans le groupe (dans le cas présent, 9 mois). De même, cette vignette illustre la nature familiale et transgénérationnelle des troubles anxieux, en parti-

culier de l'angoisse de séparation (Cooper, *et al.*, 2006 ; Creswell et Cartwright-Hatton, 2007 ; McClure, *et al.*, 2001).

Lucile

Lucile est une enfant de 25 mois. Elle fréquente depuis peu une halte-garderie où elle présente un comportement très dispersé, ne respecte pas les règles et les limites du cadre. Les parents sont très démunis et la mère a tendance à réagir de façon violente face au comportement de sa fille. Ils ont été convoqués par la directrice de la halte-garderie, puis adressés à l'Unité Vivaldi. Le pédopsychiatre consultant constate, outre les difficultés d'adaptation au mode de garde rapportées par la mère, que la relation mère-fille est très tendue et que le lien d'attachement est marqué par l'ambivalence et le conflit.

Nos premières observations montrent une enfant qui passe rapidement d'une activité à l'autre, bouge beaucoup et marche souvent sur la pointe des pieds. Elle présente une motricité particulière : ses membres montrent une grande laxité et semblent presque désarticulés ; elle semble « dégouliner » comme un liquide lorsqu'elle est prise dans les bras, aussi bien par sa mère que par les professionnelles. Nous observons aussi des troubles du regard, mère et enfant se regardent très peu et nous avons du mal à capter le regard de Lucile. Elle a des difficultés à fixer son attention sur une activité, mais peut aussi rester, à l'inverse, fixée sur un jeu répétitif. Elle a peu d'initiatives de jeu et tend à imiter les activités des autres enfants du groupe. Elle s'exprime dans un jargon incompréhensible. La mère a souvent des attitudes rigides et sévères, y compris physiquement. Elle s'adresse peu à Lucile et quand elle le fait, elle utilise un ton menaçant. La mère a des exigences au-delà du niveau de développement de son enfant. Nous avons le sentiment que Lucile ne correspond pas à l'enfant idéal imaginé par sa mère. A son tour, Lucile sollicite beaucoup sa mère qui réagit alors avec agacement. La mère se plaint essentiellement du comportement de Lucile : colères, désobéissance, exigences. Les séparations dans le groupe se passent dans l'indifférence pour toutes les deux. Au moment des retrouvailles, Lucile ne se dirige pas franchement vers sa mère, mais en faisant des détours teintés d'ambivalence. A l'évidence, Lucile n'utilise pas sa mère comme une figure d'attachement. Elle se met souvent en danger, en grimpant sur des chaises et en testant les limites. Lucile n'avait pas d'objet transitionnel. Il est à noter que Lucile a été sevrée brutalement peu avant le début du groupe. Le père, quant à lui, était très en retrait vis-à-vis des problèmes de Lucile et n'est jamais venu groupe malgré nos propositions répétées.

La prise en charge s'engage dans une bonne alliance et nous observons rapidement une amélioration sensible au niveau des attitudes maternelles qui s'assouplissent. Nos interventions se centrent, dans un premier temps, sur le développement de

Devenir, volume 23, numéro 1, 2011, pp. 7-32

l'empathie de la mère envers son enfant, l'anticipation des comportements de mise en danger et l'adaptation de son niveau d'exigence aux possibilités de l'enfant. Du côté de l'enfant, nous notons davantage de manifestations d'attachement au moment des retrouvailles, ce que nous faisons remarquer à la mère. Lors des séparations, Lucile commence à embrasser sa mère et accepte de l'accompagner. Nous encourageons des interactions plus affectueuses et des moments de plaisir partagé entre mère et enfant. Après une période de vacances, les accueils en halte-garderie se passent sans difficulté particulière et Lucile devient, par ailleurs, propre de jour. Le langage a aussi rapidement progressé. Lucile se concentre davantage dans les activités, mais cela devient possible en particulier dans la deuxième partie du groupe, donc en absence de sa mère. Au cours de la prise en charge, la mère a présenté un état dépressif, le comportement de Lucile s'est à nouveau désorganisé : tantôt elle va vers sa mère, tantôt elle saute, s'agite et évite sa mère. Ce moment correspond à la prise de conscience par la mère d'aspects conflictuels de la relation avec sa propre mère qui l'a maltraitée, ainsi que de l'individualité de Lucile qui s'affirmait et s'éloignait de l'idéal maternel. La mère a reçu un traitement antidépresseur par le médecin consultant qui s'est avéré très bénéfique. Dans le groupe de paroles, la mère a souvent évoqué sa difficulté de contenir ses affects négatifs et a pu comprendre comment ses propres débordements retentissaient sur le comportement agité de Lucile.

Lucile est devenue de plus en plus autonome et a atteint un bon niveau de développement global, lui permettant d'intégrer sans difficulté l'école maternelle. Lucile et sa mère ont pu tisser un lien d'attachement et leur relation est devenue nettement moins tendue en fin de prise en charge.

Lucile présentait un pattern d'attachement évitant avec mise en danger d'après Zeanah et Boris (2000). L'absence manifeste de signes d'angoisse de séparation, ainsi que les comportements d'attachement à la fois évitants et ambivalents nous ont amené à réaliser un travail intensif autour de la construction d'un lien d'attachement sécurisant et stable entre mère et enfant. Là encore, un travail thérapeutique centré sur la dyade nous est apparu indispensable. La nature transgénérationnelle des troubles de l'attachement a également été mise en évidence dans le cas présent.

Considérations finales

Peu d'études ont jusqu'à présent abordé le traitement des troubles de l'angoisse de séparation et de l'attachement chez des jeunes enfants. L'approche thérapeutique décrite dans cet article témoigne de l'intérêt de leur prise en charge groupale et conjointe parent-enfant. D'après la litté-

Résumé

L'angoisse de séparation pathologique est le trouble anxieux de l'enfance le plus fréquent. Toutefois, très peu d'études dans ce domaine concernent les bébés et les jeunes enfants, ainsi que son approche thérapeutique. Les réactions de l'enfant à la séparation et aux retrouvailles avec le parent sont naturellement illustratives de la qualité du lien d'attachement parent-enfant. Dans cet article, après avoir décrit l'angoisse de séparation dans ces formes développementale et pathologique ainsi que ses liens avec les troubles de l'attachement chez le jeune enfant, nous présentons le cadre de fonctionnement d'un groupe thérapeutique parents-jeunes enfants. Institué depuis une quinzaine d'années à l'Unité

rature, le trouble de l'angoisse de séparation concerne largement la relation mère-enfant. Quasiment aucun cas n'est décrit concernant les pères. Toutefois, il nous semble que le père peut participer à l'instauration de ce trouble et y jouer même un rôle important. En effet, le père est souvent décrit comme jouant un rôle de « séparateur » de la dyade mère-enfant et encourageant l'acquisition de l'autonomie et la socialisation de l'enfant, et ce dès les premiers jours de vie (Le Camus, 1995 ; Lamb, 1997 ; Hurstel, 1997). Il est alors surprenant qu'il soit si peu évoqué à propos du trouble de l'angoisse de séparation. Le manque d'une présence effective du père et de son investissement auprès de l'enfant pourrait contribuer largement au maintien d'une dépendance excessive de l'enfant vis-à-vis de sa mère et à l'installation d'une angoisse de séparation pathologique. Nous pourrions alors soutenir l'idée que ce trouble concerne en fait la triade mère-père-enfant. Les deux vignettes cliniques présentées illustrent à la fois comment un lien trop exclusif mère-enfant et l'investissement faible du père auprès de l'enfant contribuent à l'émergence de troubles relationnels précoces, en particulier l'angoisse de séparation pathologique et les troubles de l'attachement.

D'autre part, nous pouvons remarquer que les parents sensibles aux besoins affectifs de leur enfant lui fournissent naturellement des expériences et des jeux qui l'assurent de la continuité de leur présence (jeux de cache-cache, « coucou-voilà ») et contribuent à la maturation du sentiment de sécurité de l'enfant. Ces jeux sont habituellement initiés par les parents. L'enfant se permet ensuite d'y prendre un rôle plus actif, en faisant des expériences de cacher ou de se cacher, de faire apparaître ou d'être retrouvé, avec les risques que cela comporte. Ceci faisait remarquer à Winnicott (1963) : *« It is a joy to be hidden but disaster not to be found »* [c'est une joie d'être caché mais un désastre de ne pas être retrouvé] (p.186). Seule la certitude d'un lien fiable et de la disponibilité de la figure d'attachement permettent à l'enfant de maîtriser progressivement la séparation. De même, l'objet transitionnel n'est pas obligatoire ni peut être « artificiellement » institué dans la relation parent-enfant, comme le souhaiteraient certains parents, en tant que facilitateur de la séparation. Il est investi là où une relation affective stable et sécurisante a pu se construire au préalable. Apprendre à vivre avec « l'objet absent » ne peut se faire que lorsque « l'objet présent » a pu être représenté à l'intérieur de soi.

Petite Enfance et Parentalité Vivaldi (Paris), ce groupe est destiné spécifiquement à la prise en charge des troubles de l'angoisse de séparation et de l'attachement. Deux vignettes cliniques illustrent les problématiques qui y sont traitées. Les auteurs soutiennent la nature dyadique et familiale de ces troubles et l'intérêt de leur prise en charge groupale et conjointe parent-enfant. De même, il apparaît que le travail autour de la séparation ne peut se faire que lorsqu'une relation d'attachement fiable et satisfaisante aura pu s'instaurer entre le(s) parent(s) et l'enfant.

Mots-clés
Angoisse de séparation.
Troubles de l'attachement.
Groupe thérapeutique.

Devenir, volume 23, numéro 1, 2011, pp. 7-32

Références

[1] AINSWORTH M.D., BLEHAR M.C., WATERS E., WALL, S. : *Patterns of attachment : A psychological study of the strange situation*, Laurence Earlbaum Associates, Hillsdale, 1978.

[2] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III), 3rd edition. Washington, DC, USA, 1980.

[3] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), 4th edition. Washington, DC, USA, 1994.

[4] BAILLY D. : *La peur de la séparation de l'enfance à l'âge adulte*, Odile Jacob, Paris, 2005.

[5] BAILLY D., BAILLY-LAMBIN I. : « Aspects cliniques ». *In* BAILLY D. (dir.) : *L'angoisse de séparation* (p. 3-25), Masson, Paris, 1995.

[6] BARONE K.C. : « On not being torn apart : Coping with separateness », *Psychodynamic Practice,* 2006 ; *12* : 419-434.

[7] BITTNER A., EGGER H.L., ERKANLI A., COSTELLO E.J., FOLEY D.L., ANGOLD A. : « What do anxiety disorders predict ? », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2007 ; *48* : 1174-1183.

[8] BORIS N.W., ZEANAH C.H. : « Disturbances and disorders of attachment in infancy : an overview », *Infant Mental Health Journal*, 1999 ; *20* : 1-9.

[9] BOWLBY J. : *Attachment and loss*, Vol II. *Separation*, a*nxiety and danger*, Basic Books, New York, 1973.

[10] BRETHERTON I., BATES E., BENIGNI L., CAMAIONI L., VOLTERRA V. : « Relationships between cognition, communication, and quality of attachment ». *In* BATES E. (ed) : *The emergence of symbols. Cognition and communication in infancy* (pp. 223-269), Academic Press, New York, 1979.

[11] CLÉMENT C., CARDOT O. : « Analyse fonctionnelle d'un cas d'anxiété de séparation : apports et limites d'une intervention *in situ* », *Journal de Thérapie Cognitive et Comportementale*, 2006 ; *16* : 119-123.

[12] COOPER P.J., FEARN V., WILETTES L., SEABROOK H., PARKINSON M. : « Affective disorder in the parents of a clinic of children with anxiety disorders », *Journal of Affective Disorders*, 2006 ; *93* : 205-212

[13] CORTER C., BOW J. : « The mother's response to separation as a function of her infant's sex and vocal distress », *Child Development*, 1976 ; *47* : 372-376.

[14] CORTER C., RHEINGOLD H., ECKERMAN C. : « Toys delay the infant's following of his mother », *Child Development*, 1972 ; *6* : 138-145.

[15] CRESWELL C., CARTWRIGHT-HATTON S. : « Family treatment of child anxiety : Outcomes, limitations, and future directions », *Clinical Child and Family Psychology*, 2007 ; *10* : 232-252.

[16] DALLAIRE D.H., WEINRAUB M. : « Predicting children's separation anxiety at age 6 : The contributions of infant-mother attachment security, maternal sensitivity, and maternal separation anxiety », *Attachment and Human Development*, 2005 ; *7* : 393-408.

[17] DE RUITER C., VAN IJZENDOORN M. : « Agoraphobia and anxious-ambivalent attachment : An integrative review », *Journal of Anxiety Disorders*, 1992 ; *6* : 365-381.

[18] EGGER H.L., ANGOLD A. : « The Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA) : A Structured Parent Interview for Diagnosing Psychiatric Disorders in Preschool Children ». *In* DELCARMEN-WIGGINS R., CARTER A. (eds.) : *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment* (p. 223-243). Oxford University Press, New York, 2004.

[19] EGGER H.L., ANGOLD A. : « Common emotional and behavioural disorders in preschool children : presentation, nosology, and epidemiology », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2006 ; *47* : 313-337.

[20] EGGER H.L., ERKANLI A., KEELER G., POTTS E., WALTER B. K., ANGOLD A. : « Test-retest reliability of the Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA) », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2006 ; 45, 538-549.

[21] ESTES H.R., HAYLETT C.H., JOHNSON A.M. : « Separation anxiety », *American Journal of Psychotherapy*, 1956 ; 10, 682-695.

Summary

Pathological separation anxiety is the most frequent anxious disorder during childhood. However, only a few studies on this issue have dealt with infants and young children, as well as with its therapeutic approach. The reactions of the child to separation and reunion with the parent reflect the quality of the parent-child attachment bond. In this paper, after a description of separation anxiety in its developmental and pathological forms and of its links with attachment disorders in young children, the setting of a parent-toddler therapeutic group is described. This group, specifically designed to treat separation anxiety

[22] FEIN G., GARIBOLDI A., BONI R. : « Antecedents of maternal separation anxiety », *Merrill-Palmer Quarterly*, 1993 ; *39* : 481-495.
[23] FOLEY D.L., PICKLES A., MAES H.M., SILBERG J.L., EAVES L.J. : « Course and short-term outcomes of separation anxiety disorder in a community sample of twins », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2004 ; *43* : 1107-1114.
[24] FREUD S. (1925) : *Inhibition, symptôme et angoisse*, PUF, Paris.
[25] GITTELMAN R., KLEIN D.F. : « Relationship between separation anxiety and panic and agoraphobic disorders », *Psychopathology*, 1984 ; *17* : 56-65.
[26] GUÉDENEY A. : « Troubles de l'attachement chez le jeune enfant ». *In* GUÉDENEY N. et A. (eds) : *L'attachement. Concepts et Applications*, (pp. 159-168), Masson, 2e édition, Paris, 2006.
[27] HOCK E., LUTZ W.J. : « Psychological meaning of separation anxiety in mothers and fathers », *Journal of Family Psychology*, 1998 ; *12 :* 41-55.
[28] HSU H-C., SUNG J. : « Separation anxiety in first-time mothers : Infant behavioral reactivity and maternal self-efficacy as contributors », *Infant Behavior and Development*, 2008 ; *31* : 294-301.
[29] HURSTEL F. : « Identité masculine, inversion des rôles parentaux, fonction paternelle », *Enfance*, 1997 ; *3* : 411-423.
[30] JACOBSON J.L., WILLE D.E. : « Influence of attachment and separation experience on separation distress at 18 months », *Developmental Psychology*, 1984 ; *20* : 477-484.
[31] LAMB M. : « L'influence du père sur le développement de l'enfant », *Enfance*, 1997 ; *3* : 337-349.
[32] LE CAMUS J. : *Pères et bébés*, L'Harmattan, Paris, 1995.
[33] LIPSITZ J.D., MARTIN L.Y., MANNUZZA S., CHAPMAN T. : « Childhood separation anxiety disorder in patients with adult anxiety disorders », *American Journal of Psychiatry*, 1994 ; *151* : 927-929.
[34] MAHLER M.S., PINE F., BERGMAN A. : *The psychological birth of the human infant*, Basic Books, New York, 1975.
[35] MARVIN R.S., BRITTNER P.A. : « Normative development. The ontogeny of attachment ». *In* CASSIDY J., SHAVERS P.R. (eds) : *Handbook of attachment. Theory, research and clinical implications*, (pp. 44-67), Guilford Press, New York, 1999.
[36] MAZET P., STOLÉRU S. : *Psychopathologie du bébé et du jeune enfant*, Masson, Paris, 1993.
[37] MCBRIDE, BELSKY J. : « Characteristics, determinants, and consequences of maternal separation anxiety », *Developmental Psychology*, 1988 ; *24* : 407-414.
[38] MCCLUDE E.B., BRENNAN P.A., HAMMEN C., LE BROCQUE R.M. : « Parental anxiety disorders, child anxiety disorders, and the perceived parent relationship in an Australian high-risk sample », *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2001 ; *29* : 1-10.
[39] RINKOFF R.F., CORTER C.M. : « Effects of setting and maternal accessibility on the infant's response to brief separation », *Child Development*, 1980 ; *51* : 603-606.
[40] ROBERTSON J., BOWLBY J. : « Responses of young children to separation from their mothers », *Courrier du Centre International de l'Enfance*, 1952 ; *2* : 131-142.
[41] SCHER A. : « Maternal separation anxiety as a regulator of infant's sleep », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2008 ; *49* : 618-625.
[42] SCHER A., BLUMBERG O. : « Night waking among 1-year olds : a study of maternal separation anxiety », *Child : Care, Health, and Development*, 1999 ; *25* : 323-334.
[43] SILOVE D., MANICAVASAGAR V. : « Adults who feared school : is early separation anxiety specific to the pathogenesis of panic disorder ? », *Acta Psychiatrica Scandinava*, 1993 ; *88* : 385-390.
[44] SPITZ R.A. : *The first year of life. A psychoanalytic study of normal and deviant development of object relations*, International Universities Press, New York, 1965.
[45] STAYTON D., AINSWORTH M.D.S. : « Individual differences in infant responses to brief, everyday separations as related to other infant and maternal behaviors », *Developmental Psychology*, 1973 ; *9* : 226-235.
[46] STAYTON D., AINSWORTH M.D.S., MAIN M. : « Development of separation behavior in the first year of life : Protest, following, and greeting », *Developmental Psychology*, 1973 ; *9* : 213-225.

and attachment disorders, has been in activity at the Unité Petite Enfance et Parentalité Vivaldi (Paris) for fifteen years. Two clinical vignettes illustrate the kind of situations treated in this setting. The authors stress the dyadic and familial nature of these disorders, as well as the benefits of a group and joint parent-toddler therapeutic approach. In the same way, it appears that the therapeutic work around separation can only be done when a reliable and satisfactory attachment relationship has been established between the parent(s) and the child.

Keywords
Separation anxiety.
Attachment disorders.
Therapeutic group.

[47] VIGNAU J. : « Principes du traitement ». *In* BAILLY D. (dir.) : *L'angoisse de séparation* (pp. 118-131), Masson, Paris, 1995.

[48] VILA G., MOUREN-SIMÉONI M.-C. : « Angoisse de séparation développementale », *Devenir*, 1992 ; *4* : 119-134.

[49] WARREN S.L., HUSTON L., EGELAND B., SROUFE, A.L. : « Child and adolescent anxiety disorders and early attachment », *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 1997 ; *36* : 637-644.

[50] WEINRAUB M., LEWIS M. : « The determinants of children's responses to separation », *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 1977 ; *42 (4)* : Serial n° 172.

[51] WINNICOTT D.W. : « Transitional objects and transitional phenomena ». In *Playing and reality* (pp. 1-25), Tavistock Publications, London, 1971.

[52] WINNICOTT D.W. : « Communicating and not communicating elading ot a study of certain opposites ». In *The maturational process and the facilitating environment* (pp. 179-192), Karnak Books, London, 1963.

[53] WORLD HEALTH ORGANISATION : *The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10), 10th edition, Geneva, Switzerland, 1992.

[54] ZEANAH C.H., BORIS N.W. : « Disturbances and disorders of attachment in early childhood ». *In* ZEANAH C. (ed) : *Handbook of Infant Mental Health* (pp. 353-368), The Guilford Press, 2nd edition, New York.

[55] ZERO TO THREE : *La Classification Diagnostique de la Santé Mentale et des Troubles du Développement de la Première et de la Petite Enfance : Edition révisée (DC- 0- 3R)*. VA, Arlington, USA, 2007. Version originale, 2005 ; Traduction française de Patrick Perret.