

Qui a peur du grand méchant loup ?



La peur des inconnus, la peur du loup, des fantômes et du noir, la peur d'être séparé de ses parents, la peur d'être atteint d'une maladie ou de mourir, la peur de s'exprimer en classe...

Toutes ces peurs caractérisent le développement psychique de l'enfant. Parfois cependant, elles finissent par alimenter une anxiété pathologique.

Quand faut-il donc les redouter ?

26

Texte: **Philippe LAMBERT** - ph.lambert.ph@skynet.be

Photos: **EASYFOTOSTOCK** (p.26), **AGEFOTOSTOCK** (p.27), **ILLUSTRATION** (p.28)

La peur est une émotion primaire indispensable à la survie de l'individu et de l'espèce en général. À l'instar des adultes, les enfants sont en proie à des peurs diverses d'intensité variable. Les unes sont sans fondement réel, comme quand ils redoutent de rencontrer un loup ou un fantôme; les autres sont ancrées dans la réalité de la vie. Elles se réfèrent alors à des concepts tels que la mort ou la maladie, par exemple.

Ainsi que le souligne Mandy Rossignol, chargée de recherches du FNRS au sein de la faculté de psychologie de l'Université catholique de Louvain (UCL), la plupart de ces peurs témoignent du développement de l'imaginaire de l'enfant et de sa compréhension du monde qui l'entoure. En cela, elles sont normales et utiles. Parfois cependant, elles deviennent intenses et persistantes, dérivent vers un trouble anxieux. Dans ce cas,

elles perturbent la vie quotidienne de l'enfant et de sa famille et, non résolues, peuvent hypothéquer son équilibre, sa vie sociale, sa scolarité et même son avenir à l'âge adulte.

LA VALSE DES PEURS

En règle générale, les peurs apparaissent à des moments bien précis au cours du développement de l'enfant. À partir de 6 mois, un bébé reconnaît ses proches. Vers 8 mois, il éprouve de la peur devant les visages qui ne lui sont pas familiers. Si l'enfant apprend à affronter sa crainte des inconnus, la peur de la séparation peut resurgir à différents moments comme lors de la mise au lit ou de l'arrivée à l'école le matin. «C'est la période des premières crises de larmes au moment du coucher, mais également de celles accom-

“ En touchant 10% des enfants et adolescents, les troubles anxieux comptent parmi les troubles psychopathologiques les plus courants de l'enfance. ”

pagnant l'entrée à l'école, etc.», indiquent Isabelle Wodon et Mandy Rossignol dans un chapitre du livre intitulé *Articulations clinique-recherche. Autour de la psychopathologie et de la psychiatrie (1)*. Toutefois, l'enfant apprendra petit à petit à vivre sans la présence constante de ses parents.

Progressivement, de nouvelles craintes le gagneront en réponse au développement de son imagination. Il redoutera les gros animaux (comme certains chiens), les créatures surnaturelles (fantômes, sorcières, vampires...) ou le noir (plus exactement, les endroits sombres où ces «monstres» pourraient être tapis). Ce type de peurs perdure habituellement jusque l'âge de 8 ans environ, moment où l'enfant saisit que les fantômes, sorcières et autres «loups à domicile» n'existent pas. C'est à la même époque que la réalité du monde et de la vie le rattrape, que naissent chez lui des peurs rationnelles incarnées par d'autres spectres: ceux dont il a entendu parler autour de lui et que les médias agitent avec insistance - la maladie, la guerre, l'accident, la mort de proches...

Les peurs sociales, elles, éclosent avec l'adolescence, vers l'âge de 12-13 ans. Le jeune redoute alors d'être ridicule, différent des autres, stupide; il nourrit des inquiétudes à propos de son physique, des relations amicales et amoureuses, de son intégration sociale et de son avenir.

L'émergence successive de différentes catégories de peurs selon un ordre bien établi n'est que le reflet de processus développementaux. Par exemple, un bébé n'a aucune conscience du ridicule et partant, ne peut l'appréhender. *«Pour un enfant de 4 ans qui a peur des fantômes, regarder Casper le petit fantôme ne sera pas dommageable, souligne Mandy Rossignol. En revanche, la vision d'un film d'horreur comme L'exorciste perturbera complètement l'organisation normale de son "champ des peurs" parce qu'il ne possède pas encore les outils mentaux pour interpréter correctement de telles images. Cela peut le conduire vers la pathologie anxieuse, y compris le stress post-traumatique.»*

La persistance de certaines peurs au-delà de l'âge où elles sont censées s'être étiolées doit éveiller le questionnement quant à la présence éventuelle d'un trouble anxieux. On peut s'interroger sur

le caractère pathologique de l'anxiété d'un enfant de 9 ans qui éprouve une forte angoisse quand il doit quitter sa mère. De même, qu'un garçon ou une fille de 12 ans reste profondément imprégné de la peur des chiens peut s'inscrire dans le cadre d'une phobie.

LA PORTE DE LA PATHOLOGIE

L'anxiété est une anticipation d'événements redoutés. Elle n'est pas dysfonctionnelle par nature et est même normale dans de nombreuses situations. Quel étudiant n'a été anxieux avant un examen universitaire? Quel comédien ne l'a été avant d'entrer en scène?... La porte de la pathologie s'ouvre lorsque l'anxiété échappe au contrôle de l'individu et, survenant sans raison ou de manière disproportionnée, entrave son fonctionnement quotidien. En touchant 10% des enfants et adolescents, les troubles anxieux comptent parmi les troubles psychopathologiques les plus courants de l'enfance.

À quelques nuances près, ils sont les mêmes que ceux dont peuvent souffrir les adultes: phobies spécifiques, trouble panique, anxiété généralisée, anxiété sociale, trouble de stress post-traumatique, troubles obsessionnels-compulsifs. Seule l'anxiété de séparation apparaît plus typique de l'enfance, bien qu'elle ait été observée également, mais de façon parcimonieuse, au sein de populations adultes.

Non ou mal pris en charge, les troubles anxieux de l'enfant tracent le sillon d'une évolution péjorative à l'adolescence et à l'âge adulte. Ainsi, les enfants anxieux se muent souvent en adolescents anxieux et dépressifs chez qui se greffent parfois d'autres désordres, tels des troubles obsessionnels-compulsifs quelquefois gravissimes ou une propension à la surconsommation d'alcool. À l'âge adulte, les enfants anxieux présentent beaucoup plus fréquemment que les autres des problèmes d'anxiété, de dépression mais aussi de désocialisation. Or celle-ci balise la voie de la désinsertion sociale, avec notamment pour corollaires la difficulté d'accéder aux études supérieures et de trouver un emploi ou le risque de

devoir se contenter d'une profession pour laquelle on est surqualifié.

«Je suis assez pessimiste quant aux trajectoires développementales de beaucoup d'enfants anxieux, confie Mandy Rossignol. Cependant, rien n'est joué d'avance. C'est pourquoi l'anxiété doit être traitée le plus tôt possible, une prise en charge précoce offrant la possibilité d'infléchir l'évolution de la maladie. Par contre, si l'enfant est laissé à lui-même, il y a de fortes chances que ses troubles anxieux se perpétuent à l'âge adulte.»

Comme le rappelle la chercheuse du FNRS, l'école constitue pour l'enfant le lieu de vie et de socialisation par excellence. Aussi n'est-il pas rare que l'anxiété y trouve un terrain d'expression privilégié, à telle enseigne que certains enfants refusent de s'y rendre. D'où la terminologie de «refus scolaire anxieux» utilisée aujourd'hui par les psychologues et les psychiatres. Par le passé, on parlait communément de «phobie scolaire», mais ce vocable était peu approprié dans la mesure où *«si la peur d'aller à l'école s'exprime souvent de manière assez homogène (pleurs au moment de partir pour l'école, crises de colère, nausées et maux de ventre, vomissements), ses causes peuvent être très variables (2).»*



LE SPECTRE DE LA DÉSOCIALISATION

Il existe des facteurs biopsychosociaux (voir *infra*) dont la conjonction est à l'origine de l'émergence des troubles anxieux. Mais, pour Mandy Rossignol, la première tâche du psychothérapeute désireux de démêler l'écheveau pour orienter son approche clinique est d'analyser la fonction du comportement problématique. Reprenons le cas du refus scolaire anxieux. Pourquoi l'enfant ne veut-il pas aller à l'école ? Peut-être appréhende-t-il de passer un contrôle de maths. Dans cette hypothèse, craint-il le résultat ou étudier le rebute-t-il ? Autre possibilité: il a peur de quitter sa mère, car il tremble à l'idée qu'elle puisse se tuer en voiture. Ou alors, d'autres enfants le brutalisent à la récréation. À moins qu'il n'ait aucun ami dans sa classe ou qu'un jour l'institutrice lui ait dit: «*Tu n'es pas fort malin, toi*», ce qui a fait germer en lui l'idée d'être ridicule devant ses condisciples. La réponse à ces questions (et à bien d'autres, en cascade) permettra au thérapeute de définir un axe à suivre au cours de son intervention.

Dans les cas les plus graves de refus scolaire anxieux, les enfants ne fréquentent plus les cours. Certains sont scolarisés à domicile où ils reçoivent la visite d'un professeur privé, d'autres le sont par leur mère ou leur père, d'autres encore se voient dispenser un enseignement au sein de l'institution hospitalière où leur anxiété les a conduits. «*Pour la famille, les conséquences sociales peuvent être très lourdes*, commente Mandy Rossignol. *Par exemple, des mamans ou des papas doivent renoncer à leur travail pour s'occuper de leur enfant. Pour celui-ci, ne plus fréquenter l'école aboutit à une désocialisation totale.*»

Selon le modèle biopsychosocial, quels sont les facteurs de risque associés à l'éclosion et au maintien de troubles anxieux ? Tout d'abord, l'implication de facteurs biologiques d'origine génétique est indubitable. Elle se traduit par une hyperactivité neurovégétative de base. «*Des études où était comparée l'évolution de jumeaux et d'enfants adoptés ont montré de façon claire l'implication de l'hérédité dans le développement et la persistance de l'anxiété*», confirme



Mandy Rossignol. Le tempérament joue aussi un rôle majeur. Comme le fait remarquer la chercheuse, les enfants souffrant d'anxiété sociale - pour parler de cette facette du problème - «*affichaient déjà une certaine inhibition comportementale et de la timidité dans leur prime enfance*». Les facteurs sociaux se révèlent également d'une importance capitale. Ainsi, être membre d'une famille repliée sur elle-même, percevant le monde extérieur comme menaçant, n'aura pas le même impact sur le développement de la sociabilité de l'enfant - en particulier s'il a une tendance à la timidité et à l'introversion - qu'appartenir à une famille ouverte et accueillante. «*Dans le phénomène anxieux, il existe une intrication complexe de facteurs individuels et environnementaux*», précise encore Mandy Rossignol.

UN DOUBLE DÉSÉQUILIBRE

Que se passe-t-il sur le plan du fonctionnement cérébral ? Les travaux menés chez l'adulte ont mis en évidence que l'anxiété résulte de 2 mécanismes fondamentaux impliqués dans l'émotion de peur et dans sa régulation. Réponse émotionnelle primaire, la peur active une structure sous-corticale du cerveau reptilien: l'amygdale, communément appelée centre de la peur. Cette activation se réalise à travers 2 voies de transmission de l'information, l'une thalamo-amygdalienne, l'autre thalamo-cortico-amygdalienne. Dans un premier temps, l'information jugée menaçante est traitée sommairement par le thalamus puis transmise à l'amygdale dont l'activation est alors automatique. Dans un second temps, l'informa-

tion est analysée par le cortex préfrontal qui, se référant à nos expériences antérieures stockées en mémoire, «*avertira*» l'amygdale de l'importance du danger perçu et modulera sa réaction. De la sorte, il sera notamment responsable de l'inhibition de la réponse de peur si celle-ci paraît injustifiée.

Or qu'a-t-on constaté chez le sujet adulte anxieux ? Une hyperactivité de l'amygdale et une hypoactivité du cortex préfrontal. En d'autres termes, cette double dérégulation a pour conséquence d'amplifier les signaux d'alarme et de réduire les capacités du sujet à les réguler en fonction de leur nature réelle.

Chez l'enfant, les choses sont *a priori* moins claires. Pourquoi ? Parce que si l'amygdale est fonctionnelle dès la naissance, le cortex préfrontal ne l'est pas - il se développe jusqu'à l'âge de 10 ans environ. «*Par conséquent, certains auteurs considèrent que jusqu'à cet âge, les enfants sont incapables d'inhiber les réponses émotionnelles aux stimuli de peur*, explique Mandy Rossignol. *Cependant, nombre d'enfants de moins de 10 ans ne présentent aucun trouble anxieux malgré le fait que leur cortex préfrontal n'est que partiellement développé. L'hypothèse d'une immaturité corticale est donc insuffisante pour rendre compte à elle seule d'une dérive vers l'anxiété pathologique.*»

En fait, en concordance avec les modèles neurocognitifs de l'anxiété adulte, les études récentes chez les enfants et les adolescents révèlent un lien entre l'anxiété clinique et des différences d'activation au niveau du circuit de la peur, que les perturbations touchent très directement l'amygdale (voie thalamo-amygdalienne) et/ou la voie thalamo-

cortico-amygdalienne si tant est que l'enfant ait atteint un âge suffisant pour que celle-ci soit opérationnelle.

Parmi les conséquences de l'hyperactivation du circuit de la peur, on observe non seulement l'apparition d'une hypervigilance anxieuse (le sujet est en permanence en alerte), mais aussi la dérégulation de divers mécanismes cognitifs - on parle alors de biais cognitifs (d'attention, d'inhibition, de mémorisation, d'interprétation...) - qui vont alimenter le phénomène anxieux. Au niveau clinique, ces biais se manifestent au quotidien. Prenons le cas de l'anxiété sociale. «*Les biais attentionnels, par exemple, poussent l'enfant à repérer un camarade qui fait la moue plutôt qu'un autre qui sourit, tandis que les biais interprétatifs le conduiront à interpréter cette moue comme un signe de rejet, voire même ce sourire comme une marque de moquerie*», indique Mandy Rossignol.

PERSPECTIVES NOUVELLES

À l'UCL, Mandy Rossignol et son équipe ont réalisé plusieurs travaux expérimentaux sur la question des biais cognitifs et émotionnels auprès d'enfants souffrant de différentes formes d'anxiété. Leur première étude confirma que les capacités d'inhibition, c'est-à-dire d'élimination d'informations non pertinentes, se développent entre 6 et 9 ans chez l'«enfant tout-venant». Aussi est-ce à cette tranche d'âge que s'intéressèrent les chercheurs dans une deuxième étude centrée, cette fois, sur le lien entre les capacités inhibitrices et la survenue de biais lors du traitement d'informations émotionnelles chez des enfants anxieux et non anxieux. Conformément aux résultats de la première étude, il apparut que les performances d'inhibition du groupe contrôle (enfants non anxieux) s'amélioreraient nettement avec l'âge. En revanche, elles stagnaient chez les enfants anxieux. Concrètement, ceux-ci éprouvaient des difficultés à détourner leur attention de visages menaçants présentés au cours de la tâche à accomplir, ce qui générait un nombre d'erreurs accru dans l'accomplissement de cette dernière. «*Cela tend à confirmer la relation existant entre anxiété pathologique et difficultés d'inhibition*», commente Mandy Rossignol.

Première enfance

Seconde enfance

Adolescence

Quel âge, quelle peur?

Âge	Peurs normales
0-6 mois	Sensation de chute, bruits violents.
7-12 mois	Peur des étrangers, des objets apparaissant soudainement.
1 an	D'être séparé de ses parents, des étrangers.
2 ans	Nombreuses peurs incluant les bruits sourds, les blessures, les animaux, les pièces sombres, les étrangers...
3 ans	Les masques (et les personnes masquées), le noir.
4-5 ans	Mort et personnes décédées. Animaux, personnes «méchantes», ténèbres, tempêtes, noir, blessures et actes médicaux. Êtres surnaturels (fantômes, sorcières, zombies), tonnerre et éclairs, rester seul.
6 ans	Germes, maladies, virus. Catastrophes naturelles, guerres, rester seul, blessures, performances scolaires.
7-8 ans	Terrorisme, catastrophes naturelles, guerres, tonnerre et éclairs, mort.
9-12 ans	Anxiété scolaire, anxiété de performance.
12-18 ans	Relations sociales, rejet des pairs, apparence physique, projets de vie.

«*Une troisième étude comparait le traitement implicite et explicite des expressions faciales émotionnelles par des enfants anxieux et des enfants non anxieux appariés pour l'âge et le niveau scolaire, poursuit la psychologue. Les enfants se voyaient présenter des séries de visages et devaient successivement décider de leur genre (homme-femme), de leur âge et de leur expression (content-fâché). Les résultats suggèrent que les enfants anxieux sont plus lents à traiter les visages dans des conditions implicites (homme-femme, âge) mais plus rapides à évaluer l'émotion des visages exprimant la colère. Ils commettent également plus d'erreurs que les enfants non anxieux.*»

Enfin, s'inspirant de travaux menés chez l'adulte, une quatrième étude avait trait à la possibilité d'agir sur les biais émotionnels des enfants anxieux par l'intermédiaire de séances de réentraînement attentionnel, lesquelles eurent lieu au cours de 5 jours consécutifs. Dans la tâche proposée, où des visages neutres et des visages menaçants étaient présentés, les chercheurs s'efforçaient d'induire les enfants à focaliser leur attention sur les premiers plutôt que sur

les seconds. Résultats ? Une diminution des biais envers la menace durant la phase de réentraînement, ainsi qu'une baisse du niveau d'anxiété des enfants. Deux semaines après la fin des séances de réentraînement, ces améliorations étaient toujours perceptibles. En complément des thérapies actuelles se dessinent donc de nouvelles perspectives cliniques dans la prise en charge de troubles très dommageables pour la qualité de vie, le développement psychique et le futur des enfants qui en sont atteints. ■

- (1) I. Wodon & M. Rossignol (2013). Peur et anxiété chez l'enfant: regards croisés de la clinique et des neurosciences. In E. Zech, P. de Timary, J. Billieux & H. Jacques (Eds.), *Articulations clinique-recherche: Autour de la psychopathologie et de la psychiatrie (pp. 45-66)*: Presses universitaires de Louvain.
- (2) Op.cit.