

Université Abderrahmane Mira de Bejaia

Faculté des sciences humaines et sociales

Département des sciences sociales

Memoire de fin de cycle

Thème

L'impact de la séparation conjugale sur l'anxiété des adolescents

(Etude de 7 cas réalisés à l'établissement de Bordj-mira Nouveau Base 4)

En vue de l'obtention du diplôme de master en psychologie

Option: Psychologie clinique

Réalisée par:

M^{lle} : OUADI Sabiha

Encadré par :

M^f : GHOUAS Yacine

2012 - 2013

Remerciement

*Avant tout, je remercie Dieu le tout puissant pour m'avoir donné la force et le courage
d'arriver là.*

*Au début, je tiens très sincèrement à remercier mon promoteur Mr, GHOUAS YACINE pour
ses précieux conseils et orientations, je lui dis « merci d'avoir accepté de diriger mon
travail !».*

*Mes sincères remerciements à l'ensemble des enseignants du département des sciences
humaines et sociales pour la qualité de formation et d'encadrement qu'ils nous ont donné
tout au long de nos études.*

*Merci à tous ceux qui de près ou de loin m'ont aidée durant mon stage pratique au sein du
C.E.M Bordj-Mira nouveau et en particulier aux fonctionnaires d'encadrement de
l'établissement lesquels m'ont offert tous les moyens nécessaires pour la réalisation de ma
recherche.*

*Parallèlement, je témoigne d'une marque de reconnaissance envers les membres du jury
pour avoir accepté d'évaluer ce Travail*

Dédicace

Je dédie ce modeste travail :

*A celle qui a m'a donnée de l'amour et de l'affection, ma très chère mère Houria que Dieu me
la garde et la bénisse.*

*A celui qui à toujours été mon conseiller moral, mon très cher père Abdelaziz que Dieu lui
accorde sa bénédiction et le garde pour nous.*

A ma grand- mère Taklit et à mes frères :

Mourad et sa famille,

Naçera et sa famille,

Zahir, Aida, Salima et Nadjib.

A tous mes cousins, mes oncles, mes tantes.

A toute ma famille OUADI.

A MM : BEKOUICHE , MOULOUD, DJOUADI, MAZOUZ et SEMMOUM.

*A mes proches amis : Anissa, Fouzia, Mounira, Sonia, Lynda, Madiha, Fadila, Zakia,
Nassima et Samira*

A tous ceux qui me connaissent de près ou de loin.

OUADI Sabiha.

SOMMAIR

Introduction	1
---------------------------	---

Chapitre I : cadre méthodologique

1 .Les objectifs et les raisons de l'étude.....	3
2. La problématique.....	4
3. L'hypothèse	5
4. Définition des concepts clés.....	5

Partie théorique

Chapitre II : Séparation conjugale

Préambule.....	7
1. Définition de la séparation conjugale.....	7
2. Les causes de la séparation.....	7
3. Les différents types de la séparation.....	8
4. Les effets de la séparation.....	9
5. La relation de l'enfant avec les parents.....	10
6. Comment aider les enfants à affronter la séparation ?.....	14
Conclusion.....	16

Chapitre III : L'adolescence

Préambule.....	17
1. Définition de l'adolescence.....	17
2. Aperçut historique.....	17
3. Les différents aspects de l'adolescence.....	17
4. L'adolescent et la famille.....	19

5. L'adolescent et la séparation.....	22
Conclusion.....	29

Chapitre IV : Anxiété

Préambule.....	30
1. Aperçu historique.....	30
2. Définitions.....	31
3. Anxiété trait et anxiété état.....	32
4. Anxiété normale et pathologique.....	32
5. Classification des troubles anxieux selon le DSM-IV-TR	33
6. La symptomatologie anxieuse.....	34
7. Traitement de l'anxiété.....	36
8. Traitement médicamenteux de l'anxiété.....	38
Conclusion.....	39

Partie pratique

Chapitre V : méthodologie de recherche

Préambule.....	40
1. Présentation du lieu de stage.....	40
2. La méthode de recherche.....	42
3. L'échantillonnage.....	43
4. Les techniques utilisées.....	44
5. La pré-enquête.....	46
Conclusion.....	47

Chapitre VI : analyse et discussion des résultats

Préambule.....	48
1. Présentation et analyse des résultats.....	48
2. Discussion des résultats et des hypothèses.....	64
Conclusion.....	66
Conclusion.....	67
Bibliographie	
Les annexes	

Introduction

La santé mentale est une composante essentielle que tout être possède et on se rend compte de sa valeur quand on voit quelqu'un souffrir des troubles mentaux qui le perturbent dans ses activités et altèrent son développement psychique et physique et freinent sa vie surtout en ce qui concerne les périodes qui sont très sensibles comme l'enfance ou l'adolescence.

L'enfant ou l'adolescent peuvent être touchés par divers troubles mentaux qui interfèrent sur leur vie comme l'anxiété due à une séparation où cette dernière peut entraver le fonctionnement psychique de la personne concernée.

L'anxiété de séparation est une anxiété excessive du fait de l'éloignement de la maison ou de ceux à qui la personne est attachée comme les parents.

En effet l'anxiété est caractérisée par des composantes somatiques, émotionnelles, cognitives et comportementales.

A travers notre étude on a essayé d'expliquer l'impact de la séparation des parents sur l'anxiété des adolescents ainsi que dans cette recherche nous abordons les chapitres suivants :

Le premier chapitre contient la problématique, les hypothèses, les raisons du choix du thème, les objectifs de la recherche et les concepts opérationnels.

Pour le deuxième chapitre on a parlé sur la séparation conjugale : définition de la séparation conjugale, les causes de la séparation, les différents types de la séparation, ses effets sur les enfants, la relation des enfants avec les parents et en dernier lieu comment aider les enfants à affronter la séparation des parents.

En ce qui concerne le troisième chapitre on a parlé de l'adolescent : définition de l'adolescent, aperçu historique, les différents aspects de

développement à l'adolescence, l'adolescent et la famille, l'adolescent et la séparation.

Quant au quatrième chapitre on a parlé de l'anxiété : aperçu historique, définition des concepts : anxiété, peur, angoisse, stress, anxiété état et anxiété trait, anxiété normale et anxiété pathologique, la classification des troubles anxieux selon le DSM VI, la symptomatologie anxieuse, traitement de l'anxiété.

Dans, le cinquième chapitre : on a centré sur la présentation du lieu de notre recherche, la méthode, l'échantillon, les techniques utilisées dans le terrain de la recherche, les limites et les difficultés rencontrées durant mon étude.

Enfin le sixième chapitre : l'analyse, discussion et interprétation des résultats.

1-Les objectifs du choix du thème :

Comme tout travail de recherche ou étude scientifique visant un but précis, objectifs de notre recherche sont :

1-Donner une description objective de la réalité des adolescents dans la séparation avec leurs parents en général et en particulier les adolescents en Algérie.

2-Evaluer le niveau de l'anxiété par une échelle chez les adolescents séparés de leurs parents et leur impact sur eux.

3-Donner une chance pour cet effectif d'adolescents pour exprimer leur souffrance psychique interne pour mieux vivre cette période.

2-Les raisons du choix du thème :

1-La négligence des parents et les effets de leur séparation sur leurs enfants adolescents.

2-Acquérir des connaissances sur l'anxiété d'une manière générale et en particulier l'anxiété chez les adolescents de parents séparés.

3-La période d'adolescence est une période de changements qui peut toucher par divers troubles et déstabilisent la personnalité.

4-La séparation des parents est une maladie où les premières victimes sont les enfants.

Problématique:

Dans notre société actuelle, il y a pas mal des phénomènes répandus qui font partie du passage social et parmi ces phénomènes on trouve la séparation conjugale qui s'accroît de plus en plus et d'une manière rapide.

L'éducation idéale des parents consiste à supprimer le plus vite possible les sentiments d'infériorité, et à conduire l'enfant vers la certitude dans sa propre valeur, car le noyau de la névrose apparaît si le sentiment d'infériorité (anxiété) envahit toute la personnalité au cours des années qui suivent.

Or la réalité est assez sombre, tout ce qui brise la volonté de l'enfant est facteur de névrose tout ce qui casse sa spontanéité également. Tout est question d'éducation. Malheureusement beaucoup de parents renforcent les sentiments négatifs, il suffit juste de regarder et entendre les parents autoritaires, dominateurs. Les conflits de séparation qui provoquent le mal-être des enfants qui font l'exclusion des sentiments de l'anxiété.

Les causes et les raisons de la séparation conjugale sont diverses. Ces dernières poussent les parents à mettre fin à leur relation car les conflits qui caractérisent leur relation rendent leurs vie conjugale impossible à gérer sans se rendre compte que les plus touchés par cette situation nouvelle sont les enfants en général et les adolescents en particulier. Cependant, toutes ces conditions peuvent laisser des cicatrices indésirables dans leur vie. Dans le cas où la situation est changée ça peut trainer chez les enfants ou les adolescents de l'insécurité, de la haine, le choc, de la peur, de l'agressivité émotionnelle, de manque d'estime de soi, troubles de sommeil, il peut être violent avec lui-même et avec les autres ... etc, tout cela peut à son tour trainer de l'anxiété.

Notre étude sera basée sur l'enfant ou l'adolescent susceptibles et sensibles pour ces cas de séparation vont essayer de trouver un refuge et se replier sur soi même donc ils s'isolent et s'éloignent de leur entourage surtout

après la perte de leur mère objet d'amour et de tendresse par contre dans le rôle du père, la source de la sécurité et de la confiance que le père doit jouer.

A travers notre recherche, on va se baser sur l'adolescent et sur l'impact de la séparation conjugale sur ce dernier. Pourquoi l'adolescent ? Parce que l'adolescence est une période très importante étant une période de transition permettant le passage de l'âge de l'enfance à l'âge adulte où l'adolescent subit des changements qu'ils soient biologiques, physiologiques, psychologiques et émotionnelles.

Donc l'un ou l'autre des vue à ces changements d'un côté et à la séparation de ses parents d'un autre pourraient être un facteur déstabilisant où l'adolescent peut perdre ses repères.

Ainsi, afin de mieux cerner notre sujet on se pose la question suivante : quel est l'impact de la séparation conjugale sur l'anxiété des adolescents ?

1- Hypothèse :

Les adolescents séparés de leurs parents souffrent d'une anxiété.

2-Définition des concepts

2-1 Anxiété :

L'anxiété est une émotion souvent ressentie comme désagréable qui correspond à l'attente plus ou moins consciente d'un danger ou d'un problème à venir. L'anxiété est un phénomène normal, présent chez tous les individus. Elle peut cependant prendre un caractère excessif et pathologique dans différentes situations(www.anxiété.Fr/trouble-anxieux-generlise/anxiété/anxiété.definition.htm).

2-2 Définition opérationnel

L'anxiété est une peur persistante et un état affectif qui se caractérise par une inquiétude permanente et un sentiment d'insécurité émotionnel qui entrave le fonctionnement psychique d'une personne. On va l'évaluer par une échelle d'anxiété d'Hamilton qui comporte 14 items et se caractérise par une perte de contrôle, la peur de mourir, inquiétude,...etc.

2-3-L'adolescence :

L'adolescence est une période qui marqué le passage de l'enfance à l'âge adulte. Il s'agit d'un concept social dont la dimension psychologique est essentielle. C'est une période cruciale et riche de la vie, une période de crise dans la mesure où de grands changements psychologiques s'opèrent. Même si elle n'est pas toujours traversée avec souffrance et fracas, elle implique des changements nécessaires qui permettront aux adolescents de devenir des adultes. (Charlotte.M et Adelin. V.D 2004, p 87).

2-4 Définition opérationnel

C'est une période qui se caractérise par des changements physiologiques, biologiques, et psychologiques et qui commence de l'âge de 12-20ans.

2-5 La famille :

La est une communauté des personnes qui fondée sur le couple, un homme et une femme qui s'unissent librement par le mariage pour la vie entière, à entre l'autre but, celui de mettre des enfants au monde et de les éduquer. (Donius.J, 1997, p7).

2-6 Définition opérationnel

Est un ensemble des personnes qui vivent sous le même toit et qui se forme de père, de la mère et les enfants.

2-7 La séparation conjugale

Une définition simple de la séparation conjugale serait un mari et la femme résidant en dehors de l'autre.

La séparation est souvent un prélude à un divorce et peut même être requis par la loi avant que le divorce est accordé. Mais la séparation en elle-même ne devrait pas signifier que le mariage va se terminer. Le divorce est toujours pas inévitable et peut en fait être évités si les bonnes mesures sont prises lors d'une séparation. (<http://www.emoterra.org/definition-séparation-a-0866375.htm>).

2-8 Définition opérationnel

La séparation des parents est un facteur qui influence sur l'enfant c'est aussi un facteur déstabilisant leur développement et qui laisse des cicatrices indésirables sur leur vie.

Préambule

Depuis longtemps il semble que la séparation et le divorce sont de plus en plus acceptés comme solution aux conflits et à l'insatisfaction conjugale qui peut à son tour laisser derrière elle une série d'effets indésirables donc la question qu'on peut se poser est : qu'elles sont les conséquences psychologiques de cette séparation surtout sur les enfants ?

1. Définition de la séparation conjugale

La séparation est une transition qui se caractérise par la présence de conflits, elle vient parfois accentuer le conflit de loyauté (Saint-Jacques. M. C, Turcotte. D, Drapeau. S et Cloutier-R, 2004, p 203).

La séparation résulte en cas de divorce, l'ensemble du processus est généralement pénible, même celle de l'auto-apitoiement et de découragement. D'une certaine façon, se livrant à de tels sentiments peut en outre apporter un couple à part et aboutir à ce que l'on craint le plus. Mais il existe des moyens par lesquels pour mettre fin à cette descente.

La séparation conjugale ne doit pas même avoir le «divorce» le mot en lui. La séparation peut être en fait juste ce qu'il faut pour un couple de prendre du recul et de rétablir une connexion, quelque chose qui peut ne pas être possible quand ils sont pris dans l'autre. On peut avoir des préoccupations qui avaient été ignorés et qui ils aimeraient se concentrer sur à la fin. Comme un auteur l'a dit, le mari et la femme sont en mesure de donner «le don de passer à côté» de l'autre personne. Quand on commence manque de l'autre et ne les tient pour acquis, c'est peut-être ce qui rallume l'étincelle dans une relation. (<http://www.emoterra.org/definition-séparation-a-0866375.htm>).

2. Les causes de la séparation

Parmi les causes qui provoquent les séparations on site :

Les relations sexuelles adultères de l'un des conjoints que les demandeurs n'ont pas acceptées, ni facilitées ou pardonnées, le manquement grave et sans justification aux devoirs que la loi impose à chacun des conjoints en qualité d'époux ou de parent, il y a aussi le recourt habituel à des substances hallucinogènes ou stupéfiantes à l'exception de celles prescrites pour un usage médical et les maladies ou infirmité grave et incurable, physique ou psychique de l'un des époux, Pour que la séparation soit admise, cette maladie ou infirmité doit représenter un risque pour l'intégrité mentale ou physique de l'autre

conjoint et rendre impossible la poursuite de mariage et même une condamnation de l'un des époux à une peine privative de la liberté pour une durée supérieure à quatre ans ainsi les outrages, les traitements cruels et mauvais traitements envers les enfants ou envers les conjoints, encore l'alcoolisme de l'un des conjoints qui envahir le milieu familial.

Enfin, toutes les conduites de l'un de ses descendants ou une personne dont il a la charge et habitant sous le même toit peuvent engendrer la séparations **(B.Dutoit et V.Chertail, 2003, pp60, 61)**.

3. Les différents types de la séparation

3.1. Les mesures protectrices de l'union conjugale

Elles sont prononcées par le/la juge du Tribunal de première instance et ont pour but de conserver les liens du mariage, même si les époux ne vivent pas ensemble. La loi ne fixe aucune limite dans le temps.

3.2. La séparation de corps

Elle officialise la séparation sans dissoudre le mariage. Le/la juge prononcera la séparation de biens et prendra des mesures concernant les enfants mineurs : attribution de l'autorité parentale ou maintien de l'autorité conjointe, attribution de la garde, fixation du droit de visite et d'une contribution à l'entretien.

Le domicile conjugal sera attribué à l'un des époux et une contribution à l'entretien de la famille sera fixée s'il y a lieu. Le régime matrimonial antérieur sera en principe liquidé.

3.3. Le divorce

Il met fin au mariage. Le/la juge prendra les mesures qui s'imposent concernant les enfants mineurs, la pension due à l'épouse s'il y a lieu, les contributions à l'entretien dues aux enfants, l'attribution du domicile conjugal et la liquidation du régime matrimonial. Sera également déterminé le partage du deuxième pilier (<http://www.centrelav-ge.ch/index.php?q:victimes-que-faire/violences-conjugales/informations-detaille/differents-type-de>).

4. Les effets de la séparation

Les effets de la séparation ont été amorcés principalement en Amérique du Nord. Plusieurs psychologues psychiatres et sociologues ont privilégié l'impact négatif de ce phénomène sur les enfants.

La séparation conjugale et le divorce étaient vus comme une déviance et mettaient en cause la stabilité.

De nos jours, les structures sociales et économiques ont changé d'un siècle à l'autre et les recherches ont aussi évolué dans le même sens, dans ce sens, comme le précise Martin(1997), on est passé d'une logique pathologique et normative à une logique d'adaptation des familles à l'après divorce. Ainsi, les effets psychologiques d'une rupture conjugale dans les années cinquante et soixante sont équivalents aux effets sociaux et économiques dans les sociétés contemporaines. Aujourd'hui on parle davantage de liens sociaux, affectifs et de pauvreté de ces familles que de troubles de comportements dus à une séparation conjugale dans un contexte générale la séparation parentale est un événement stressant et douloureux pour les familles qui vivent cette situation. Les parents, et surtout les enfants, souffrent de cette réalité qui vient accompagnée de frustrations, de désarroi et d'insécurité.

Les psychologues admettent que pour les enfants, la séparation des parents est vue comme manifestation d'une désaffection envers eux ; ils se sentent rejetés ou punis pour des fautes ou des « mauvaises pensées ». Pour les adultes, une telle situation est associée à des sentiments d'ennui, d'ambivalence et même de soulagement d'une situation devenue intolérable.

Parallèlement, c'est dans cette situation que les parents se sentent les plus fragilisés et également et moins attentifs aux besoins de leurs enfants (**Matto Avila.E, 2010, p29**).

Tous les enfants qui sont au prise avec la séparation des parents traversent des périodes d'incertitude pendant lesquelles ils se posent des questions telles que : où vais-je habiter ? Est ce que je vais revoir mes amis et le membre de la famille ? Est ce que nous sommes maintenant en sécurité ? Ce questionnement prend une dimension particulière lorsque le départ de la maison se fait de façon précipitée et que les différents acteurs, qu'il s'agisse d'intervenants sociaux ou de représentations de la justice, s'introduisent soudainement dans leur vie.

Généralement la séparation permet de lever le voile du secret qui entoure la violence conjugale et elle autorise, en quelque sorte, les enfants à partager leurs expériences et leurs sentiments. Il peut toute fois leur être difficile de trouver des personnes à qu'ils peuvent faire confiance et qui sont disponibles pour les écouter et les informer. La séparation est généralement accompagnée du départ de la maison et d'un changement d'école, qui se traduit par la perte des amis et le démantèlement de la raison social. (**M.C.Saint jacques, D.Turcotte, S.Drapeau et R.Cloutier, 2004, pp202, 203**).

5. Relation de l'enfant avec ses parents

Les relations que les enfants ont avec leurs parents jouent un rôle déterminant dans le développement de leur sociabilité puisque la qualité du lien d'attachement parents et enfants constitue la base de tous les apprentissages. Ce lien se fonde sur la qualité des soins donnés au bébé et sur la quantité de moments agréables vécus ensemble. Une relation affectueuse et enrichissante entre parents et enfants motive ce dernier à se construire et à agir positivement.

5.1. Relation de l'enfant avec sa mère

La présence maternelle est primordiale dans le développement et l'épanouissement des facultés de l'enfant, car l'une des particularités qui permet de différencier le sujet humain en individu nettement distinct du reste de ses semblables est la relation mère- enfant.

Dans la perspective psychanalytique, les différents objets jouent un rôle primordial dans le développement de l'enfant. La mère est le premier objet d'amour, et la relation que l'enfant a avec sa mère constitue le prototype de relations sociales ultérieures. (**Carton.A, Winnycamon.F, 1999, p10**).

C'est dès la naissance (les premières minutes de vie) et même avant, que se créent les liens entre la mère et son enfant et se développent progressivement au fil des mois.

Un enfant existe avant sa conception, bien avant le désir qu'à sa mère, les liens qu'elle crée avec son bébé prennent racines dans l'élaboration de son identité féminine, pendant sa propre enfance. Une fois enceinte, l'état de grossesse transforme l'état psychique de la future mère et favorise une vie fantasmatique plus riche l'impression de plénitude et de toute puissance maternelle qui se développe au fur et à mesure que le fœtus grossit.

Pendant la grossesse l'enfant est l'objet précieux et admiré de la mère, et lors de cette période, la mère a la capacité de ressentir son bébé et de comprendre ses besoins et d'y répondre. De son côté le bébé, et avant même la

naissance, est capable de montrer des préférences pour ce qui lui est le plus familier et ce sont en premier lieu les signaux sensoriels de sa mère. Par exemple, à proximité du terme, les battements du cœur du fœtus indiquent qu'il réagit de façon différente à la voix de sa mère et à une voix étrangère. **(Pierrat.V, 2009,p3).**

L'accouchement selon O. Rank et A. Ledoux vient «d'interrompre l'état de complétude narcissique de la grossesse», la naissance pour la mère comme pour l'enfant est une rupture et un traumatisme. Mais cette séparation n'est pour l'instant qu'une séparation corporelle. Ils restent étroitement unis par une relation de nourrissage et par ce que Winnicott appelle le «holding» et c'est cette relation qui permet à la mère de surmonter le traumatisme de la naissance. C'est une relation de type orale essentiellement fondée sur la partie la plus sensible de l'activité du maternage, à savoir l'alimentation du bébé.

Dès les premiers instants de la vie, la mère manifeste un besoin physique de toucher son enfant, de le prendre, de provoquer une réponse de sa part, d'entrer en communication avec lui et le bébé le plus souvent répond positivement à ces sollicitations. **(Poussin.G, Sayn.I, 1990, p180).**

Les premiers contacts mère-bébé mettent en jeu tous les sens (auditif, sensitif, olfactif). En premier, il y a le regard, qui trouve une place centrale dès les premières interactions entre le bébé et la mère. La communication passe aussi par la voix ou par les caresses. L'olfaction et le goût ont aussi leur importance. L'odeur de la maman par exemple, exerce un effet apaisant en cas d'agitation. Les soins maternels préliminaires, le contact physique que la mère procure à son enfant développe chez le bébé le sentiment de sécurité. Ainsi ce maintien permet de tisser des liens qui seront le support d'attachement affectif profond entre eux. La qualité de ces liens conditionne la façon dont le bébé va mettre en place ses futures relations avec son entourage.

Le nouveau né perçoit trop tôt les émotions de sa mère. Il est sensible à sa souffrance (comme en cas de rupture du couple parental) ou au plaisir qu'elle a de l'avoir dans ses bras. Les modalités d'interaction sont multiples mais spécifiques dans chaque dyade mère- enfant, comme si un code d'échanges s'élaborait peu à peu entre eux, permettant à chacun d'anticiper le comportement de l'autre. Si la mère réagit peu ou de façon inappropriée à ses appels, l'enfant met en place des réactions de rejet, d'indifférence ou de pleurs qui ne favorisent pas l'attachement. Il aura plus de difficultés à s'adapter aux situations nouvelles ou angoissantes qui surviendront plus tard.

Selon Bion. W. R., la mère reçoit des affectes à l'état brut émis par son bébé, sa capacité à les interpréter psychiquement lui permet de les lui envoyer en leur donnant un sens. Ces éléments chargés de sens sont intériorisés par l'enfant et vont constituer son noyau psychique primaire. Lorsque la mère n'arrive pas à élaborer psychiquement ces pulsions à l'état brut, elles sont refoulées dans l'inconscient du bébé et perçus comme sources d'angoisse et de crainte inexplicables. Cette capacité à donner un sens à ce qu'il ressent permet à l'enfant

De se différencier progressivement de sa mère. Il découvre peu à peu ses propres limites corporelles et psychiques.

Pendant la première année, l'enfant se perçoit progressivement comme différent de sa mère. Mais l'enfant oscille entre son désir de grandir, d'être autonome et de rester à proximité de sa mère. Cette ambivalence se retrouve dans toutes ses acquisitions. Se débrouiller tout seul, c'est renoncer au plaisir d'un contact intime avec sa mère et investir un autre mode relationnel avec elle. (Si le divorce survient pendant ces premières années la séparation devient source de souffrance et de frustration pour chacun d'eux, l'absence physique non symbolisée peut être alors synonyme de vide. Les mots, la représentation mentale et affective ne sont pas présents pour donner un sens à l'absence en attendant les retrouvailles).

Dès la naissance la séparation est inéluctable entre la mère et son bébé elle est indispensable pour qu'il acquiert son autonomie d'être humain, mais elle demande à être préparée et soutenue afin qu'elle ne soit pas vécue comme un manque vidé de tout sens. **(Poussin.G,Sayn.I, 1990, pp95-96).**

A ce propos, on doit signaler que le rôle de la mère est tout d'abord inhérent à sa fonction de nourricière. A partir de cette fonction inscrite dans les besoins physiologiques du nourrisson que s'étagerait la relation primaire, qui serait-elle même l'origine du cycle d'échanges entre l'intérieur et l'extérieur, et la différenciation du soi et non soi, le premier jalon sur la route des relations d'objets.**(Poussin.G,Sayn.I, 1990, p181).**

Les enfants qui bénéficient de contacts affectueux et fréquents avec leurs mères se développent mieux que les enfants privés de ce style de relation. Une longue durée de séparation de l'enfant avec sa mère n'est pas toujours adaptée aux capacités du nourrisson à métaboliser l'absence de sa mère, même si son père est très attentif à ses besoins. Des ruptures dans la relation mère bébé ont été parfois incriminées dans l'apparition des troubles psychiques sévères chez l'enfant. La présence de la mère soulage l'enfant de sa détresse, lui apporte du réconfort ou encore l'aide à se détendre.

5.2. Relation de l'enfant avec son père

Il est important pour notre sujet d'étude de mettre en relief la relation qui lie l'enfant avec son père car le père occupe une place importante dans la vie de famille (chef de famille). Son rôle est primordial dans le foyer. Il joue un rôle important dans le développement affectif, cognitif et social de son enfant.

La psychanalyse, comme les travaux sur la carence affective ont montré la valeur du rôle de la mère dans le développement de l'enfant, mais ils n'ont pas témoigné d'intérêt à l'égard du rôle du père. Si la mère prodigue, dispense et enseigne l'amour, le père joue un rôle aussi indispensable dans sa fonction psychologique auprès de l'enfant. (Merzouki.H, 2004, p21).

Le père représente la loi, il détient l'autorité. Attribuer essentiellement au père la fonction de représentant de la loi : c'est lui qui, par le fait de son existence empêche symboliquement la relation fusionnelle mère nourrisson. Le père est là pour dire à l'enfant que c'est un être à part entière. Il permet à l'enfant de ne pas rester le petit objet de sa mère. La fonction paternelle repose sur la transformation de la relation duale entre l'enfant et sa mère en relation triangulaire entre l'enfant, sa mère et son père.

Cette ouverture de la relation mère enfant est nécessaire pour que l'enfant acquière son statut d'individu autonome. Elle lui permet de passer de l'individuel au collectif. Il joue aussi un rôle dans la socialisation. Le père représente pour l'enfant l'autre, devant lequel il va se situer, et cela permet ainsi à l'enfant de s'ouvrir au monde des autres. (C'est par le lien affectif que l'enfant tisse avec son père qu'il va s'ouvrir au monde). Il est également établi que le père joue un rôle important dans la construction de l'identité sexuelle de l'enfant. Pour le garçon, il est un modèle d'identification: celui à qui il va chercher à ressembler. Pour la fille, il est une sorte de modèle idéal de l'autre sexe: celui qu'elle cherchera à retrouver après la puberté. (Vequaud.A, 2007, p23).

Le père exerce une influence positive sur l'ensemble de la personnalité de l'enfant, et ceci dès son plus jeune âge. Le père incarne et transmet à l'enfant les règles qui lui permettront d'acquérir force de caractère, pouvoir de contrôle, sens moral et désir d'affirmation positive de soi. Son rôle complète celui de la mère et équilibre l'affectivité de l'enfant. Un nombre important de travaux en témoigne et démontre que la relation d'attachement père enfant est spécifique et non redondante. De ce fait, le père peut être considéré comme une figure d'attachement au même titre que la mère, mais avec une fonction différente

puisqu'il servirait de pont entre la famille et le monde extérieur. (**Troupel-Cremel.O, 2006, p206**).

Les pères joueraient un rôle direct dans le développement de l'exploration et l'autonomie de l'enfant. La relation père-enfant permet de répondre au besoin de l'enfant d'être actif et de se surpasser.

Plusieurs études récentes ont été menées sur l'influence de la présence physique et active des pères auprès des tout-petits. Elles ont montré que cette présence les prépare plus efficacement et plus rapidement que ne le ferait la mère à s'aventurer dans le monde extérieur. Ils seraient plus vite à même de se débrouiller tout seul, de se faire reconnaître et d'être accepté dans un groupe d'enfants et d'intégrer les règles de la vie collective. Une relation de qualité père-enfant permet au jeune d'apprendre à se fier à ses propres capacités, à réagir aux menaces et à la nouveauté de son environnement physique et social. Le père l'incite à aller plus loin dans ses explorations.

Le rôle du père est capital. L'absence ou la présence discontinue du père dans la vie d'un enfant pourrait expliquer l'augmentation des problèmes d'adaptation sociale des jeunes, en particulier des garçons. Selon M. Paquette, il est possible de faire un lien entre une relation père-enfant de faible qualité et des difficultés d'adaptation sociale telles que les problèmes extériorisés et les problèmes intériorisés, le décrochage scolaire, les problèmes d'insertion au marché du travail, le phénomène des gangs, les jeunes de la rue, etc. Pour la fillette, l'abandon ou la négligence d'un père entraîne une blessure narcissique qui l'atteint dans sa féminité (**Nancy. D, 2006, p 2**).

6. Comment aider les enfants à affronter la séparation des parents

6.1. Au moment de la séparation

- ✓ Rassurez votre enfant en lui disant que vous et son autre parent l'aimez toujours.
- ✓ Assurez-vous que votre enfant sait qu'il n'est pas responsable de la séparation.
- ✓ Aidez votre enfant à comprendre que la séparation est définitive. Il doit savoir que rien ne vous fera revenir sur votre décision.
- ✓ Maintenez la routine quotidienne de votre enfant la plus régulière possible.
- ✓ Rassurez votre enfant en lui disant qu'il rendra visite à l'autre parent.

- ✓ Soyez ouvert aux sentiments douloureux de votre enfant. Ne laissez pas les mauvais comportements ou les comportements nuisibles aller trop loin. Aidez votre enfant à parler de sa colère, de sa peur ou de sa tristesse.

6.2. Après la séparation

- ✓ Ne parlez pas à votre enfant de manière négative de l'autre parent, de sa famille élargie ou de ses amis.
- ✓ Ne laissez pas entendre, par des paroles ou des gestes, que votre enfant est déloyal s'il s'amuse quand il est avec l'autre parent.
- ✓ Soyez poli lorsque l'autre parent vient chercher ou reconduire votre enfant. Si vous souriez et que votre enfant est prêt à partir à l'heure prévue, vous l'aidez peut-être à affronter la transition.
- ✓ Laissez votre enfant parler à l'autre parent au téléphone.
- ✓ Soutenez votre enfant, et respectez les limites raisonnables établies par l'autre parent.
- ✓ Ne demandez pas d'information à votre enfant au sujet des activités, des amis ou des revenus de l'autre parent.
- ✓ Il est préférable de ne pas parler des conflits du divorce avec votre enfant. Ne laissez pas votre enfant vous écouter lorsque vous discutez de vos divergences d'opinion avec l'autre parent.
- ✓ N'accusez jamais à tort l'autre parent d'une forme quelconque de mauvais traitement infligé à votre enfant.
- ✓ Assurez-vous de transmettre l'information médicale importante à l'autre parent.
- ✓ Si votre enfant ne veut pas aller à l'école ou qu'il semble ne pas vouloir rendre visite à l'autre parent, il s'inquiète peut-être de votre bien-être. Assurez-vous de faire savoir à votre enfant que vous êtes bien. (**Bernard Bonnin.A.C, 2000, pp 1-2**).

Pour pouvoir aider un enfant de parents divorcés à dépasser sa souffrance, il faut lui offrir un espace neutre pour parler de ce qu'il ressent à propos du divorce de ses parents ceci lui évitera l'apparition de difficultés psychiques. Cette idée assez répandue, selon laquelle on pourrait réaliser ainsi une sorte de prophylaxie des troubles rattachés au divorce, n'est exacte qu'en partie. Oui, certains enfants sont soulagés de pouvoir exprimer ce qu'ils ressentent en le disant à un consultant ou à un camarade ou à des adultes amis. Mais pour beaucoup d'autres, cette bonne intention est inefficace : ils ne souhaitent pas

profiter de l'espace qui leur est proposé car ils ne peuvent pas profiter de l'espace qui leur est proposé car ils ne souhaitent pas parler de la séparation de leurs parents, ou ne peuvent pas le faire. Plus même, pour que certains enfants ou adolescents acceptent de revenir au deuxième rendez-vous en consultation est qu'on ne leur parle plus, temporairement, de la séparation car ils utilisent toute leur énergie pour lutter contre la représentation du couple séparé et contre les affects que cela éveille en eux (**Berger. M., 1997, pp20-22**).

Plusieurs études récentes ont été menées sur l'influence de la présence physique et active des pères auprès des tout-petits. Elles ont montré que cette présence les prépare plus efficacement et plus rapidement que ne le ferait la mère à s'aventurer dans le monde extérieur. Ils seraient plus vite à même de se débrouiller tout seul, de se faire reconnaître et d'être accepté dans un groupe d'enfants et d'intégrer les règles de la vie collective. Une relation de qualité père-enfant permet au jeune d'apprendre à se fier à ses propres capacités, à réagir aux menaces et à la nouveauté de son environnement physique et social. Le père l'incite à aller plus loin dans ses explorations.

Le rôle du père est capital. L'absence ou la présence discontinue du père dans la vie d'un enfant pourrait expliquer l'augmentation des problèmes d'adaptation sociale des jeunes, en particulier des garçons. Selon M. Paquette, il est possible de faire un lien entre une relation père-enfant de faible qualité et des difficultés d'adaptation sociale telles que les problèmes extériorisés et les problèmes intériorisés, le décrochage scolaire, les problèmes d'insertion au marché du travail, le phénomène des gangs, les jeunes de la rue, etc. Pour la fillette, l'abandon ou la négligence d'un père entraîne une blessure narcissique qui l'atteint dans sa féminité. (**Nancy.D, 2006, 2**).

Conclusion

La famille joue un rôle primordial dans la construction de la personnalité de l'enfant loin des troubles psychiques mais s'il ya une déchirure dans cette dernière où les parents peuvent se séparer, les enfants ne sont que des victimes car la séparation des parents est considérée comme un ensemble des frustrations et un facteur du risque qui perturbe le fonctionnement psychique de l'enfant et de l'adolescent.

Préambule :

L'entrée en période d'adolescence constitue un changement important dans la vie d'un enfant c'est une période très sensible et l'adolescence devient non seulement un objet de curiosité pour notre société mais aussi un objet d'étude très important.

1. Définition :

L'adolescence est une phase de la vie humaine, de transition entre l'enfance et l'âge adulte.

Le mot vient de verbe latin « adolescere » qui signifie « grandir » vers et est apparu dans la langue française au XIIIème

Le Larousse définit l'adolescence comme étant « l'âge de la vie qui succède à l'enfance, de la puberté à l'âge adulte (de 12-14ans à 18-20ans). (Darnac.C, 2008, p22).

2- Aperçut historique :

Au XVIII siècle l'internat constitue le régime scolaire habituel pour l'école secondaire ou les conditions de vie paraissent assez éprouvantes avec une absence d'hygiène et un emploi du temps très strict, aussi que la socialisation des filles a été plus tardif que celle des garçons. Dans les mieux moins favorises, qui permet à l'individu de quitter ses parents au moment de la puberté pour vivre dans une autre famille avant de se marier à un âge assez tardif et cette période est caractérisé de semi-autonome aux garçons et filles sont placés comme apprentis ou servantes dans les lieux éloignés de leur famille. La naissance de l'adolescence revient au milieu de XIX siècle avec un certain nombre de changement ou l'adolescent va rester longtemps dans sa famille et il ne la quittera plus que pour fonder une passera désormais au sein de sa famille sous la surveillance de ses parents ainsi que réduction de l'indépendance des jeunes (Bouzit.H, 2012, p17).

3. Les différents aspects de développement à l'adolescence :**3.1. Le développement pubertaire :**

L'entrée dans l'adolescence commence par la puberté dont le début, plus précoce qu'avant, se situe de nos jours autour de 10-13ans. La puberté est limitée dans le temps et se définit comme l'ensemble des changements

biologiques et anatomiques qui aboutissent au corps d'adulte et à la capacité de reproduction.

Les transformations de la puberté chez le garçon se soucient en général des poils qui vont pousser, de la mue de leur voix ou de la taille de leur sexe.

Par contre les transformations pubertaires chez la fille se commencent par l'apparition des premières règles et du développement de leurs seins. **(Braconnier. A, 2007, p30).**

3.2. Le développement affectif :

L'équilibre affectif est en question par l'avènement de la puberté qui bouleverse l'investissement pulsionnel : on entre dans une période de conflits et de contradiction. Le développement physique reprend là où il s'était arrêté, c'est-à-dire après l'avènement du complexe d'œdipe et sa résolution éventuelle. S'il n'avait pas été résolu, il reprend avec encore plus d'intensité : L'adolescent se retrouve en plein conflit œdipien qui est générateur d'angoisse et le poussera à quitter sa famille pour y échapper. L'investissement génital des pulsions est lui aussi générateur d'angoisse. C'est un passage nécessaire qui conduit aux relations hétérosexuelles adultes, mais il ya généralement décalage entre la maturité sexuelle et la maturité affective qui met l'adolescent dans un état de déséquilibre et d'insatisfaction. L'ambivalence des sentiments est forte, surtout à l'égard des parents, dont il voudrait se détacher mais dont il est encore dépendant. Il cherche un substitut de l'objet d'amour original et incestueux que représentaient ses parents dans ses relations hétérosexuelles. **(Tourette.C et Guidetti.M, 2004, p150).**

3.3. Le développement cognitif :

Le changement de développement cognitif à l'adolescence sont décrit à travers ce que Piaget à appelé les stades des opérations formelles. Cette période qui va de 11 à 14 – 15ans constitue un changement du rapport au monde ; l'intelligence se situe au plan des relations entre le possible et le réel. La pensée opératoire formelle est hypothético-déductive, c'est-à-dire que l'adolescent devient capable de formuler et de raisonner à partir d'hypothèses ; il parvient donc à se dégager du concret et se situer le réel dans un ensemble de transformations possible. **(Guidetti.M, 2002, p99).**

3.4. Le développement social :

Le développement social décrit par Lehalle(1995) comme des motivations des relations amicales à l'adolescence : entre 11 et 13ans, l'amitié apparaît comme étant d'avantage centrée sur les activités communes possibles que sur l'interaction elle-même. Un peu plus tard, entre 14et16ans les adolescents insistent sur le fait que les relations amicales doivent être basées sur une confiance réciproque. L'aspect « sécurité » semble alors très important. La période de 14à16ans correspond souvent aux premières amours ; à la fin de l'adolescence vers 17ans, les relations amicales devient moins passionnelles, il aurait alors plus d'emphase sur la différence interpersonnelle.

Le groupe adolescent se trouve plongé dans la dialectique du permis et de l'interdit avec le support du groupe et en groupe. Les adolescents vont pouvoir expérimenter des rôles et des situations sociales. Des activités de groupe qui contribuent à l'émergence d'une identité personnelle. Ces groupes constituent pour les jeunes une manière d'exister et de se faire une place dans la société. (Guidetti.M, 2002, p102).

4. L'adolescent et la famille :

4.1. Définition de la famille :

Le mot « famille » dans le dictionnaire des sciences humaines est « un ensemble formé par le père. Le père, la mère, les enfants » (Mesure.S et Savidan.P, 2006, p444).

La famille, souvent vue comme l'unité de base de toute société, fait partie de ces évidences. Le terme famille regroupe en fait une diversité d'acceptation qui relève de logiques tant administratives que scientifiques ou idéologiques. (Jonas.N, 2007, p10)

4.2. Importance de la famille

La famille repose, dans son mode de vie, sur l'union, la solidarité, la bonne entente, la saine éducation, la bonne moralité et l'élimination des maux sociaux.

La famille est très importante pour la personne, car :

- La famille est une unité de base dans le cadre duquel est réalisée une grande part des opérations quotidiennes essentielles des individus à savoir leur nourriture, leur repos, leurs loisirs, etc.

- La famille est le milieu de vie dans lequel l'enfant peut s'épanouir, grandir et se développer. Elle favorise le développement physique, affectif, social, grâce à un climat d'affection et d'amour qui lie les membres de la famille les uns avec les autres.
- La famille est un lieu de protection. Elle assure la sécurité, la protection et la stabilité à l'égard de l'enfant, et en même temps les parents et les enfants exercent et reçoivent une protection mutuelle.
- La famille est un lieu de socialisation dans lequel les enfants apprennent les premières règles de la société. Elle a des fonctions de transmission des normes et des valeurs, de patrimoine ; ainsi la socialisation est un processus par lequel un individu intériorise les conditions de participation à la vie en société et à la cohésion du groupe familiale.
- C'est dans la famille que l'enfant reçoit les principaux éléments éducatifs que ce soit l'éducation morale, psychologique, émotionnelle, religieuse, et sexuelle qui est un complément indispensable etc. Cela favorise le développement de bonnes habitudes et l'acquisition des bonnes attitudes, ce qui permet à l'individu de développer le sens de l'autonomie et des responsabilités.

4.3. Le lien de l'attachement :

Le double mérite de la théorie de l'attachement élaborée par J. Bowlby et qui a développé la clinique de l'attachement (schème d'attachement de l'enfant et patterns d'interaction entre l'enfant et la figure d'attachement). Deux types de mécanisme psychopathologiques ont été décrits par Bowlby : la persistance ou la résurgence d'un schème d'attachement anxieux (comme dans la phobie scolaire ou l'agoraphobie) et la réactivation d'expériences précoces de la perte (vulnérabilité) à l'âge adulte (comme dans la dépression). **(Bailly,D, 2004, p88).**

Selon Bowlby en (1982), le type d'attachement que l'enfant développe avec son donneur de soin principal est étroitement lié à la sensibilité de ce dernier aux besoins et aux signaux de l'enfant et à sa capacité d'y répondre adéquatement. Bien que la nature des patrons d'attachement parent-enfant puisse être identifiée dès la petite enfance, l'attachement est un concept qui couvre la vie entière. En effet les enfants développent et maintiennent des liens d'attachement avec leurs parents tout au long de l'enfance et de l'adolescence, et même durant la vie adulte. En ce qui concerne la stabilité, des travaux récents suggèrent que dans des échantillons normatifs les patrons d'attachement entre

les parents et les enfants sont stables mais peuvent changer lors de l'expérience d'événement stressant tel que le divorce, la perte par la mort ou séparation.

Au fur et à mesure que les relations d'attachement parents enfant se développent, les interactions entre eux se prennent progressivement la forme d'une régulation mutuelle où chacun des partenaires exerce une influence sur les buts et les plans de l'autre (Bowlby 1969). Afin que cette relation de partenariat soit efficace, le parent et l'enfant/adolescent doivent être capables de négocier verbalement un plan commun, lequel peut interférer avec les motivations individuelles de chacun. Ainsworth, Bell Stayton(1971) ont identifié trois types de relations d'attachement : Secure(B), insécure-évitant(A) et insécure-ambivalent(C). Dans une relation de type sécurisante, le donneur de soin se distingue par sa sensibilité aux demandes d'attention, et répond aux besoins physique et émotionnels de son enfant. Les enfants et les adolescents qui ont connu soins cohérent, sensibles et attentifs à leur besoins parviennent à établir un meilleur équilibre entre l'exploration autonome de leur environnement et la dépendance. Par contre la figure de l'attachement impliquée dans une relation insécure-évitant est vue comme étant relativement inaccessible et fermée aux signaux de son enfant. Les enfants et les adolescents évitant manifestent de l'évitement physique et affectif envers leur parent et d'autres figures significatives (enseignantes et paires) et n'utilisent pas ces derniers pour les aider à gérer la détresse ou pour faciliter l'exploration de l'environnement. Les mères qui établissent des relations insécures-ambivalentes sont décrites comme répondant d'une manière inconsistante aux besoins manifestes par leur enfant. Les enfants et les adolescents ambivalents montrent une immaturité excessive ou encore de la résistance et des comportements conflictuels avec les parents et d'autres adultes ou pairs. Au cours des dernières années, Main et Solmon (1990) ont identifié un quatrième style d'attachement, le type insécures désorganisé lequel est associé à la manifestation par le parent de comportements hostile ou impuissants en présence de l'enfant. Les enfants désorganisés manifestent des comportements désorientés et non dirigés à l'endroit du parent et sont ceux qui sont le moins apte à utiliser les adultes ou pairs pour faciliter l'exploration. Les interactions des enfants désorganisés sont souvent caractérisés par des patrons comportementaux contrôlant, et confus envers l'environnement partenaires. Très peu de recherche ont jusqu'à maintenant été effectuée sur l'adaptation des enfants désorganisés à l'adolescence. (Moss.E, St-Laurent.D, Pascuzzo.K, Dubois-Comtois.K, 2007, p5).

4.4. La relation parents et adolescent :

Etre parents d'adolescent n'est pas la simple continuité du parent que l'on a été pour l'enfant. Ce qui pu s'organiser à l'adolescence, pour les parents aussi. Avant de les culpabiliser, il faut constater la difficulté à soutenir la parentalité dans une société de déclin (on peut être plutôt de mutation) de la fonction paternelle. L'adolescence de l'enfant agit souvent comme révélateur d'un conflit parental larvé qui éclate à ce moment, ou d'un décalage entre le discours parental et celui de la société. Adolescent se révolte alors contre ses parents au nom de la modernité, se livre à la délinquance ou encore se réfugie dans le respect des traditions (ces trois destins sont caractéristiques des jeunes Beurs). Enfin dans tous les cas, la résurgence du complexe d'œdipe à l'adolescence suscite chez les parents une remise en cause de leurs positionnement identificatoires œdipiens dans un « contre œdipe » ressentant l'adolescent(e) comme un(e) rival(e). (Richard.F, 1998, p14).

5. L'adolescent et la séparation

5.1. Psychopathologie de la séparation

5.1.1. Impact sur les enfants de la séparation et du divorce

LA séparation représente toujours pour l'enfant une source de difficultés supplémentaires. Il leur faut environ deux ans après le divorce de leurs parents pour s'adapter passablement à leur nouvelle situation et poursuivre un développement psychique normal. Toutefois, un tiers de ces enfants présentent des altérations considérables de leur développement à moyen et à long terme. Les résultats d'études réalisés dans les pays anglo-saxons indiquent que la séparation et le divorce des parents exercent à long terme un impact négatif sur le développement des enfants.

Dans une population de consultants psychiatriques, on note une surreprésentation d'enfants de parents divorcés. Toutefois, il convient de distinguer le divorce, procédé juridique, de la mésentente, système d'interaction familiale (le « divorce affectif » pour Despert). La mésentente familiale, surtout lorsqu'elle inclut les enfants, constitue un facteur de morbidité nettement supérieur au divorce. Pour Rutter : « *Le principal facteur de troubles à long terme n'est pas la séparation elle-même, mais bien plutôt la discorde familiale si souvent associée à la séparation.* »

Ainsi, les effets les plus néfastes s'observent quand le conflit parental précédant le divorce est intense, surtout lorsqu'il inclut les enfants : ils peuvent être pris comme témoins ou otages rendus responsables de la mésentente, ou complices et confidents de l'un des parents. On peut leur demander de se substituer à l'un des parents, ou de soigner celui qui est déprimé (« enfant-médicament »). Au total, ils sont pris dans un conflit de loyauté inextricable qui est directement responsable des évolutions pathologiques éventuelles.

Ces impacts négatifs sont :

- un risque accru de maladies psychiques (plaintes hypocondriaques, accès d'angoisse, épisodes anorexiques ou insomniaques, états dépressifs ou psychosomatiques) ;
- un échec ou un désintérêt scolaire ;
- un risque accru de suicide ;
- des problèmes relationnels et conjugaux ultérieurs. Certaines études soulignent spécialement les conséquences négatives de l'absence précoce du père aussi bien chez les garçons que chez les filles. Il s'agit surtout de problèmes liés aux concepts du rôle, de l'identité, du contact affectif et du comportement relationnel.

Toutes les conduites pathologiques peuvent s'observer. Aucune n'apparaît spécifique. Cela signifie que la mésentente parentale et le divorce représentent, en termes d'épidémiologies, des facteurs de morbidité et de vulnérabilités générales et non des facteurs étiologiques précis.

Pour être compris, chaque symptôme doit être resitué dans l'histoire de l'enfant et de sa famille, tout en l'analysant en fonction du niveau de développement atteint au moment du conflit et/ou de la séparation.

En revanche, les enfants dont les parents réussissent à jouer (ensemble ou de manière coordonnée) après le divorce leur rôle de parents rencontrent le moins de difficultés pour s'adapter à une situation familiale modifiée.

Dans un premier temps, il semblerait que garçons et filles ne réagissent pas de la même manière au changement de situation familiale. Alors que ce sont les garçons qui réagissent plus fort et plus longtemps que les filles, ce sont notamment les jeunes femmes qui présentent plus de dix ans après des troubles psychiques sous forme de problème d'identité, de problèmes relationnels et des troubles psychosomatiques.

5.2. Impact sur les enfants de la privation précoce du père

Le taux des maladies psychosomatiques telles que les troubles anxieux, les dépressions, les troubles de la conscience de soi et les troubles relationnels est significativement plus élevé chez les personnes adultes examinées dont le père a été absent pendant une période prolongée au cours des six premières années de leur vie. Environ 50 à 70 % des hommes et femmes subissent encore à l'âge adulte des problèmes considérables pour avoir grandi sans leur père.

Ces constatations et les résultats similaires obtenus par la recherche récente en matière de divorce peuvent être aujourd'hui considérés comme assurés.

Le maintien du contact affectif et relationnel est considéré aujourd'hui comme étant un critère important du « bien-être psychique et moral de l'enfant ».

Le respect des relations et des contacts affectifs naturels de l'enfant avec ses deux parents et du maintien de la fréquentation des deux parents est un critère important quand il s'agit pour les tribunaux d'évaluer la capacité d'éducation et d'attribuer l'exercice de l'autorité parentale.

5.3. Importance pour l'enfant d'être en contact avec ses deux parents

Le père et la mère, animant chacun le rôle propre à leur sexe, chacun ayant ses propres gènes, sa propre personnalité avec ses dons et ses faiblesses sont représentés tous deux dans leur enfant commun dès la fusion de l'œuf et du sperme. L'enfant porte en lui des éléments des deux parents. Le soi (la personnalité de l'enfant) doit sa structure et sa substance (on peut même dire son « essence ») à ses deux parents.

Autrefois, on prenait la relation à deux (dyade) entre la mère et son enfant comme prioritaire ; aujourd'hui, les résultats de la recherche prénatale et néonatalogique nous apprennent que l'enfant est, depuis sa conception, un dans une relation à trois (triade).

C'est déjà au cours de la grossesse, donc dans sa phase intra-utérine, que l'enfant perçoit son père (par exemple, à travers les sentiments de la mère ou par le truchement de la voix du père). Durant la première année de la vie, la symbiose mère-enfant est d'une intensité toute particulière. Au tout début de sa vie, l'enfant est particulièrement tributaire d'une relation amoureuse, nourrissante, sécurisante et rassurante avec sa mère. Sa perte représenterait un

très grand danger pour l'enfant. Plus la mère ne se sent en terrain sûr et connu dans sa relation avec le père et mieux elle peut remplir cette fonction.

C'est à partir de la deuxième et notamment à partir de la troisième et quatrième année que l'enfant suit le rythme naturel et commence à se développer en s'éloignant de sa mère, en se détachant d'elle et, pour ce faire, il a besoin de son père pour réussir son individuation, sa séparation et son autonomie.

Lorsque celui-ci manque, pour quelques raisons que ce soit, l'enfant reste souvent littéralement lié à sa mère avec tous les impacts sur le développement de sa personnalité. Les complexes de symbiose non résolus (relations fusionnelles à la mère) jouent un rôle important pour de nombreuses maladies de l'âge adulte telles que les névroses d'angoisse, les dépendances, les troubles de conduites du comportement alimentaire et les maladies psychosomatiques. Dans le cas de relation exclusive entre l'enfant et sa mère ou entre l'enfant et son père, l'enfant ne peut pas apprendre à manier suffisamment bien le «triangle» existant entre lui-même, son père et sa mère. Plus tard, devenue adulte en situation matrimoniale, lorsqu'elle attendra elle-même un enfant, cette personne tendra souvent à se retirer de son rôle de parent ou de partenaire, délaissant l'enfant au profit de l'autre partenaire, ou bien elle tombera elle-même dans un rôle d'enfant, risquant de créer de graves conflits de couple. Être trop peu expérimenté dans le « triangle » (mère-père-enfant) induit des problèmes relationnels au sein du groupe. C'est aussi pour assurer leur identité (confiance en soi) que garçons et filles ont besoin d'expériences avec leur mère et avec leur père. Si l'absence d'un des parents fait que l'enfant est insécurisé au niveau du développement du rôle, il peut rencontrer ultérieurement des problèmes de communication avec des personnes de l'autre ou du même sexe.

5.4. Que se passe-t-il lors d'un d'aliénation parentale ?

La perte d'un des parents bouleverse profondément le soi de l'enfant, sa structure et sa substance. L'enfant se sent brisé. Il a l'impression que la perte d'un des parents se dirige contre lui : « *C'est de ma faute* », ou « *Je n'ai pas mérité que maman (ou papa) reste.* » Lorsqu'un des parents agit activement manipulant ainsi la perte relationnelle – ce qui est le cas du syndrome d'aliénation parentale – l'enfant inflige une charge négative à une partie de soi-même ; un côté de sa personnalité subit une véritable amputation psychique. La perte d'une relation s'accompagne d'une douleur qui peut se manifester de manière complètement variée (par exemple, sous forme de dépression,

d'angoisse, de symptômes psychosomatiques, etc.). Souvent, l'entourage de l'enfant n'aperçoit pas ses signaux, ou ne les comprend pas correctement, ce qui fait que l'aide ne vient pas. Pour supporter sa situation d'une manière quelconque, l'enfant refoule sa douleur, il la dissocie. Vu de l'extérieur, on ne peut plus s'apercevoir de rien. C'est ce clivage entre une partie souffrante et refoulée de la personnalité et l'image « normative » donnée à voir aux autres (on parle de façade) qui est responsable des problèmes psychiatriques ultérieurs.

Ce point-là constitue naturellement un défi énorme pour les couples qui se séparent. Ils sont appelés à réussir « à séparer leur vie de couple de leur vie de parents » et ce dans une situation où des sentiments les plus variés (colère, angoisse, ennui, humiliation, sentiment de rancune) sont virulents.

Le syndrome d'aliénation parentale est généré par un parent moyennant des actions de manipulation. Il s'agit d'un état de fusion sans compromis de l'enfant pour l'un de ses parents, pour celui qui est « le bon et bien-aimé » et avec lequel il vit, et simultanément de délaissement hostile et également sans compromis de l'autre parent, du prétendu « mauvais et détesté » avec lequel l'enfant ne vit plus, état qui apparaît dans la situation de conflits entre les parents et qui se polarise autour du droit de visite et du droit d'exercice de l'autorité parentale. Il y a clivage entre « bon » et « mauvais » parent.

Les instruments utilisés sont la rupture du contact et la dévalorisation du parent qui vit en dehors du foyer. Le processus psychologique sur lequel repose la désaffection ressemble à celui qui devient manifeste au sein de système des sectes ou même en cas de prise d'otage (syndrome de Stockholm) : l'angoisse et la dépendance font que la victime s'identifie à l'agresseur d'une manière si radicale qu'elle refuse parfois toute aide extérieure. En cas de syndrome d'aliénation parentale, celui des parents qui met en œuvre la désaffection, soumet l'enfant – sciemment ou inconsciemment – à un endoctrinement. Il abuse pour ce faire du pouvoir presque sans limites qu'il a d'influencer et de disposer de son enfant. Cet endoctrinement crée une fausse image négative à réalité déformée et une perte de considération. Une telle influence revêt clairement les caractéristiques d'un abus et provoque des conséquences psychiques graves pour l'enfant et pour le parent aliéné.

Comme sa capacité de différenciation n'est pas encore pleinement développée, l'enfant n'a que des extrêmes pour s'orienter. Ainsi, l'attitude accompagnant l'image négative qu'il a de l'autre parent (adversaire) déclenche un processus psycho dynamique qui, par la suite, n'ayant plus besoin d'impulsion, se déroule tout seul. Tout compte fait, l'enfant contribue lui-même

à ce processus en développant une telle répulsion contre le parent adversaire qu'il refuse tout contact avec lui, même sans aucune intervention extérieure. Il rejette celui de ses parents qui vit séparé en raison de ce qu'il a entendu sur la base de racontars, sans prendre en compte ses propres expériences. Dans ces familles, on se réfère facilement à la volonté de l'enfant en mettant en avant ce qu'il veut, et non ce qu'il lui faut. Souvent un enfant de trois ou quatre ans est invité à décider s'il veut rendre visite à son père ou sa mère, ou s'il ne veut pas. Ce choix est impossible, mettant en jeu un grave conflit de loyauté, sauf à utiliser massivement le mécanisme de défense qu'est le clivage avec de lourdes conséquences ultérieures.

La manipulation en partie consciente, en partie inconsciente de l'enfant par celui de ses parents avec lequel il vit, a pour but de détruire l'amour de l'enfant pour l'autre parent et de le mettre à l'écart de la vie de l'enfant. Cette description négative entraîne une déformation souvent substantielle de la réalité et dévalorise celui des parents qui ne vit pas avec l'enfant.

Celui-ci reprend alors les représentations et les sentiments négatifs du parent avec lequel il vit. Il se les approprie pour en faire parfois même sa propre histoire et des scénarios allant bien plus loin que les descriptions de l'auteur de la manipulation. Ainsi, l'enfant prétend souvent des choses qui n'ont jamais eu lieu.

Les conditions de vie extérieure, les possibilités financières, les déménagements dans une autre ville ou à l'étranger, l'aliénation systématique en faisant échouer la fréquentation de l'autre parent, l'amplification de la programmation par des proches (rôle de la grande mère) finissent par fixer la désaffection parent-enfant. Ainsi se forme une coalition stable entre l'enfant et celui de ses parents qui vit avec lui.

Au début, la fréquentation de l'autre parent après la séparation se passe relativement bien. Brusquement, des tensions intenses se produisent. Ainsi, l'enfant est souvent malade les dimanches de visites, ou pour une raison quelconque, l'enfant ne peut pas respecter les rendez-vous qui de plus en plus souvent n'ont pas lieu et qui ne sont jamais rattrapés. Les arguments avancés sont : « *Il faut laisser l'enfant tranquille* », « *L'enfant peut y aller quand il veut, mais il ne veut pas – et on peut quand même pas l'y obliger* ».

Parfois, on n'hésite même pas à reprocher – de manière injustifiée – à l'autre parent l'abus sexuel de l'enfant pour être certain de pouvoir terminer le contact. Près de 90 % de soupçons d'abus sexuels exprimés dans le cadre de contentieux relatifs au droit d'exercice de l'autorité parentale et du droit de

fréquentation ne se confirment pas. Ainsi, on ne tient pas compte des dégâts considérables qu'un tel reproche peut engendrer auprès de l'enfant – sans parler de la personne calomnieusement mise en cause.

En tout cas, la désaffection entre l'enfant et celui de ses parents qui ne vit pas avec lui progresse, mettant en danger la relation qui finit par s'interrompre. Des études statistiques montrent qu'environ 50 % des pères n'ont plus aucun contact avec leur enfant dès une année après leur divorce. Ce résultat est aussi dramatique pour les parents que pour les enfants, car il induit des destins douloureux et souvent des catastrophes mentales.

5.2. Adaptation des adolescents à la séparation des parents

L'adaptation des enfants à la séparation des parents est très complexe car ils bavent une des périodes d'incertitude.

Les difficultés d'adaptation des enfants de famille séparées, persistent, pour certain nombre d'entre eux, à l'âge adulte, plus précisément, ces adultes vivent plus l'insatisfaction dans leur vie en générale, certain échouent dans leurs désir d'aller à l'université, sont moins bien mentis sur le plan économique, ont plus souvent recours à l'aide sociale, et vivent une grande instabilité conjugale.

Risque de vivre des problèmes d'adaptation où l'enfant ressort comme une période plus vulnérable à ce type de transition familiale. (Saint-Jacques. M. C, Turcotte. D, Drapeau. S et Cloutier-R, 2004, p 96).

5.3. La relation parents adolescent séparation

On observe souvent un tel comportement telles exigences dans les cas de rupture entre l'adolescent et ses parents, rupture qui marque une sorte d'expulsion de hors de toit familial et qui souvent provoque chez l'adolescent un blocage de son travail psychique.

Ainsi, face à ces adolescents en plein changements, en plein conflit psychique, qui s'ébattent pour trouver une solution, les parents non seulement ne sont pas indifférent, mais éprouvent eux aussi des remises en question, revivent des conflits anciens parfois estompés, ressentent des exigences nouvelles face au a cet adolescent. Pour certains couples, pour certains adultes confrontés à leur « crise du milieu de la vie », la conflictualité avec l'adolescent peut prendre la place d'une conflictualité latente à l'intérieur même du couple ou réactiver un conflit conjugal latent.

La rupture des parents prend la place de travail progressif de séparation intrapsychique et maintient le plus souvent un lien secret avec une image œdipienne parentale, tantôt excitante, tantôt envahissante, tantôt redoutée.

Pour Hélas, il est rarement possible d'effacer le passé et de faire qu'une période n'est pas existé. Ce désir témoigne en réalité chez les parents une grande difficulté, voire 'une impossibilité ou d'un refus d'accepter les changements et d'en tirer les conséquences.

Conclusion

La séparation des parents est considérée comme remède aux diverses formes de conflits conjugaux .Mais sans se soucier de leurs enfants qui peuvent être les premières victimes qui subissent divers changements physiques et psychiques. L'adolescent a besoin de soutien familial qui lui donne la sécurité qu'il recherche pour être en bon état de santé et pour qu'il puisse affranchir cette période normalement.

Préambule

Tout le monde éprouve de l'anxiété à un moment ou à un autre de la vie. Il est parfaitement normal de se sentir parfois anxieux mais est ce que l'anxiété est nécessairement pathologique ? Dans notre vie, nous sommes continuellement touchés par des circonstances qui nous poussent à réagir d'une manière ou d'une autre selon les circonstances, cette réaction suscitera une simple tension et dans ce cas là l'anxiété est normale car c'est une réponse au stress quotidien mais quand elle n'est rattachée à aucune cause évidente ou identifiable, elle se manifeste sous différentes formes et entrave le fonctionnement de la personne concernée. Ici l'anxiété est considérée comme anormale.

1. Aperçu historique

L'anxiété était déjà décrite dans l'antiquité. Hippocrate, inventeur de la médecine moderne, désignait par « ancho » la sensation physique de serment, et par « argan » l'anxiété psychique.

Aussi, il semble que ce n'est pas qu'au XIXe siècle que l'anxiété a pu être abordée plus spécifiquement, le philosophe Danois Kierkegaard, conçoit l'angoisse comme inhérente à la condition humaine, moteur de questionnement métaphysique. Depuis, certains philosophes ont continué à réfléchir et à penser à l'angoisse en arrivant à des conceptions parfois différentes.

La réflexion médicale et psychologique sur l'angoisse ne commence qu'à la fin du XIXe siècle. De Costa (1871) individualise le « cœur irritable », qu'il considère comme une affection nerveuse, dans une optique purement médicale. Elle n'était en fait qu'un isolat des symptômes cardio-vasculaires de l'anxiété tels que nous étudierons plus loin.

Depuis De Costa, de nombreux successeurs ont continué à distinguer de façon plus ou moins radicale des tableaux purement somatiques dont nous savons pourtant les réelles intrications avec le fonctionnement psychique. Quelques années après De Costa, Freud (1895) conférait à l'angoisse une place centrale dans le fonctionnement psychique humain. Ses théories sont complexes et sur certains points contradictoires. Les continuateurs de Freud se sont peu intéressés de manière spécifique à l'angoisse chez l'adulte, s'attachant d'avantage à en repérer la dimension structurante lors de développement de l'enfant.

Ce n'est en effet que dans les années 1960 que la réflexion psychiatrique dans ce domaine s'est réactivée avec la découverte des tranquillisants de la classe de benzodiazépines, les premières publications sur les attaques de paniques et les controverses qui en sont nées. Les années 1970 ont été essentiellement marquées par la découverte de l'existence de récepteurs cérébraux aux benzodiazépines (1977). Enfin, la parution du DSM III provoque depuis une dizaine d'années une intense réflexion sur les troubles anxieux. Ces derniers paraissent en effet des terrains de confrontation importants, où la question de la validité de la référence analytique est particulièrement posée. (L.AMAROUCHE.2012.pp18, 19).

2. Définitions : Anxiété, Peur, Angoisse, Stress

2.1. Anxiété

C'est la réaction universelle engendrée par la perception d'une menace ou d'un danger, que celui-ci soit réel ou imaginaire (Dumas, 2007). Elle se présente sous la forme d'une expérience déplaisante se manifeste aux niveaux physiologique, comportemental, cognitif et émotif. Elle peut avoir une fonction adaptative, au sens où elle permet à l'individu de fuir un danger ou d'améliorer une performance. (C. Lapierre, 2011, p3).

La définition de l'anxiété selon Pierre Janet « est une peur sans objet réel, ou plus précisément sans objet réel, apparent ou définit. Le de certaines anxiété situationnelles ». (Besançon.G, 1993, p8).

2.2. Peur

Se définit comme la crainte d'un danger réel et est donc fondée, adéquate et habituellement adaptée.

La peur est un phénomène psychologique (ex : hyper vigilance, concentration, attention) et physiologique (ex : système cardiovasculaire et respiratoire). Il modifie le comportement, préparant l'individu de passer à l'action et à faire face au danger perçu. (R.LADOUCEUR, 1999, p1).

2.3. Angoisse

L'angoisse est définie par une sensation de constriction dans la région épigastrique avec une difficulté à respirer et une grande tristesse.

Pour Brissaud (1890), l'angoisse est une crise où n'interviennent que des sensations physiques, les « réactions anxieuses qui peuvent s'y ajouter n'étant que contingentes ». (D.Servant, 2012, p2).

2.4. Stress

Désignant un ensemble des réactions (biologiques et psychologiques) qui se déclenchent dans l'organisme lorsque celui-ci doit faire face de façon soudaine à une demande quelle que soit sa nature (déplaisante ou agréable). (J.Quevauvilliers, 2009, p886)

3. Anxiété trait et anxiété état

3.1. Anxiété trait

Selon Spielberger, l'anxiété-trait se réfère à des différences individuelles stables dans la prédisposition à percevoir plusieurs situations comme dangereuses ou menaçantes et à répondre à ces situations avec une augmentation de l'anxiété-état. L'anxiété laisse présager des différences dans la fréquence et l'intensité avec laquelle s'est manifesté dans le passé et représente un indicateur potentiel des manifestations-état à venir. (C.M.Pupaza, 2010, p24).

3.2. Anxiété-état

Se définit comme un état émotionnel transitoire caractérisé par un sentiment subjectif et conscient de tension, d'appréhension, nervosité, d'inquiétude à propos de l'avenir et d'une augmentation de l'activité du système nerveux autonome. Cet état émotionnel ponctuel fluctue d'une situation à une autre.

L'anxiété état découle de la perception d'une menace que celle-ci soit justifiée ou non. Ce modèle se rapproche de ceux proposés à l'aube des approches cognitives. Selon ces approches, l'origine et la valeur objective d'un stressor prennent une importance secondaire puisque la perception de menace relève principalement de l'évaluation subjective de la situation.

4. Anxiété normale et pathologique

Nombreuses réactions anxieuses occasionnées par des facteurs de stress (par exemple la présence d'un danger imminent et réel, une situation d'examen,

un deuil ou la maladie d'un proche) restent normales. Elles pourraient même avoir un facteur en inhibant une action intempestive du sujet.

L'anxiété pathologique à également des composantes comportementales, inhibant l'action du sujet ou l'incitant à éviter de nombreuses situations, et des composantes cognitives, l'amenant à sous-estimer ses capacités réelles, si bien qu'elle est souvent en rapport avec des affects dépressifs.

L'anxiété normale ou pathologique est ensemble de réactions émotionnelles qui se traduisent habituellement par des symptômes subjectifs somatiques ou psychique, par des modifications comportementales et par des signes physiologiques objectifs. « Le malaise anxieux » se caractérise par divers troubles : attitude, représentations, pensée centrées sur des thèmes désagréable ; attentes et sentiments de menace diffuse ou de danger ; souffrances comportementale ; et enfin souffrance somatique. (H.Bloch, Depret et al, 2002, p73-74).

5. Classification des troubles anxieux selon le DSM-IV-TR :

a-Trouble de panique : il est défini par la récurrence d'attaque de panique (crises aigus d'angoisse), dont certaines sont imprévisibles, entraînant une gêne quotidienne et une anxiété anticipatoire (« peur d'avoir peur ») quasi permanente.

b- Les phobies : elles sont toutes caractérisées par une peur intense et perçues donc trois formes de phobies sont distinguées :

- La phobie spécifique : qui concernent un seul type d'objets ou de situations simples (animaux, sang, avions, etc.)
- L'agoraphobie : définie par une peur des situations ou des lieux dont on ne peut pas sortir facilement et où on ne peut pas être assisté rapidement en cas d'incident ou de malaise (l'agoraphobie est souvent associée au trouble panique lorsque les patients redoutent d'avoir une attaque de panique dans la foule, les grands magasins ou les transports en commun).
- Les phobies sociales : caractérisées par une peur intense du regard et du jugement de l'autre. Le sujet redoute des activités quotidiennes comme parler ou agir en public. Les phobies sociales correspondent à un authentique trouble anxieux qui ne saurait être confondu avec une simple timidité.

c- Le trouble obsessionnel compulsif : il correspond à des pensées irrépressibles et/ou à des actes que le sujet se sent contraint d'effectuer sous forme de rituels (vérifications, nettoyage, etc.), et tout en admettant le caractère absurde .L'anxiété survient surtout lorsque le patient tente de résister à ces pensées ou à ces rituels.

d- Les troubles anxieux généralisé : il renvoie à une inquiétude quasi permanente et durable concernant divers motifs de la vie quotidienne, sans possibilité de se « raisonner » et de contrôler ces ruminations. Celles-ci engendrent un état de tension permanent, physique et psychique, souvent à l'origine d'une demande de traitement anxiolytique.

e- Le syndrome de stress post-traumatique : il survient dans les suites d'un traumatisme aigu réellement violent et s'exprime par une tension anxieuse durable, des conduites phobiques et des réviviscences de la scène en cause. Le trouble de l'adaptation avec anxiété : il correspond à un état d'anxiété modérée, ne correspond pas aux critères diagnostiques des autres troubles anxieux, et ne persistant que quelques semaines pendant ou après un événement de vie difficile. (D.Servant, 2012, p22, 23, 24).

6. La symptomatologie anxieuse

6.1. Symptômes psycho-comportementaux

- ✓ L'anxiété est une émotion désagréable qui se traduit par une sensation subjective de malaise, de tension interne.
- ✓ Les pensées de l'anxieux sont généralement centrées vers l'avenir. Il s'inquiète facilement pour lui-même ou pour ses proches .L'activité cognitive et intellectuelle forge des scénarios catastrophiques dont les thèmes sont des échecs probables ; la survenue d'une maladie gravissime, d'un accident mortel, de problèmes financiers...
- ✓ Lors de certains états anxieux aigus, le patient peut vivre des expériences de dépersonnalisation (sentiment de se sentir étranger à son propre corps) et/ou de déréalisation (perte de l'intimité avec le monde environnant habituel).
- ✓ Les perturbations cognitives et l'inhibition de la pensée, à un certain seuil de l'intensité anxieuse, trouvent une traduction dans l'altération des performances du sujet.
- ✓ Des travaux expérimentaux ont montré que la courbe de la qualité des performances intellectuelles en fonction de l'intensité de l'anxiété avait

une forme de U inversé. Il semble exister-pour un individu devant réaliser une performance précise dans des conditions déterminées –un niveau d'anxiété optimal, mobilisateur, voire moteur. Ainsi, les performances sont altérées si l'anxiété est excessive, mais également lorsque celle-ci est insuffisantes

- ✓ L'inhibition anxieuse est aussi comportementale. Elle peut être dans certains cas masquée par une agitation improductive et désordonnée, ou des comportements marqués par une certaine agressivité. (J.PALAZZOLO, 2007, p62).

6.2. Symptômes somatiques

Ils sont très variés et ne seront que brièvement évoqués. Tous correspondent en effet à un hyper-fonctionnement du système nerveux autonomes soit :

- ✓ Au niveau cardio-vasculaire : tachycardie, troubles mineurs du rythme cardiaque (notamment des extra systoles bénigne avec pauses compensatoires qui donnent quelquefois l'impression à l'anxieux que son cœur va s'arrêter) douleur pré-cardiales(le patient redoute de « faire un infarctus »), modification labiles de la tension artérielle.
- ✓ Sur le plan respiratoire : les signes vont d'une discrète oppression des sensations plus intenses d'étouffement, voir des « souffle coupé ».
- ✓ Dans la sphère digestive : sensation de boule dans la gorge (qui gêne l'alimentation), nausées, ballonnement abdominaux, diarrhée motrice
- ✓ Au niveau génito-urinaires : pollakiurie, difficultés sexuelles (impuissance de éjaculation précoce chez l'homme, frigidité dyspareunie chez la femme).
- ✓ Sur le plan neuromusculaire : tension musculaire quelquefois douloureuses (notamment céphalées postérieures dite de « tension »tremblement, sursauts paresthésies, bourdonnement d'oreilles, phosphines)
- ✓ Sur le plan vaso-moteur : hypersudation parfois profuse, par leur bouffées vaso-motrices.

7. Traitement de l'anxiété

7.1. La prise en charge non médicamenteuse

La gestion individuelle de l'anxiété consiste à apprendre au patient à identifier non seulement les facteurs anxiogènes auxquels il est confronté, mais aussi les réponses qu'il développe face à ces facteurs. Le but de cette prise en charge est de remplacer les réponses habituelles de l'individu par d'autres réponses physiologiques, cognitives et comportementales plus efficaces à réduire l'angoisse. Trois méthodes peuvent alors être proposées :

7.1.1. La relaxation

La relaxation est une réponse physiologique antagoniste de celle d'angoisse. De ce fait, il est difficile de concevoir des stratégies de gestion de l'anxiété qui ne s'intégreraient pas, sous une forme ou une autre, ce type de méthode. Elle n'est pas innée, et s'acquiert par la pratique régulière et l'utilisation adéquat de l'une des nombreuses techniques. Le but de la relaxation est d'apprendre au sujet à déclencher volontairement une réponse physiologique spécifique qui neutralise les effets indésirables de l'anxiété.

7.1.1.1. Le training autogène

L'état de relaxation induit par cette technique se caractérise par :

- ✓ Une détente musculaire.
- ✓ Une dilatation des vaisseaux sanguins des extrémités des membres.
- ✓ Un ralentissement respiratoire et cardiaque.
- ✓ Une détente abdominale.
- ✓ Une fraîcheur ressentie au niveau de front.

Cet état est atteint par étapes successives au fil des séances, en travaillant sur chacun des éléments cités. Le sujet est installé soit en position allongée (le plus souvent), soit en position assise sur un fauteuil ou une chaise. Il se concentre à la fois sur des instructions verbales (par exemple : « votre jambe gauche est chaude, votre cœur bat lentement et calmement »), des représentations mentales (par exemple, imaginer son bras droit comme étant en plomb, ou sa jambe gauche exposée aux rayons du soleil), et les sensations corporelles qui en découlent, témoins des changements physiologiques (par exemple, la lourdeur du bras droit, la chaleur de la jambe gauche).

L'état de la relaxation induit par cette technique s'acquiert en quelques mois, à raison d'une à deux séances par semaine avec le praticien, associées à une pratique quotidienne chez soi.

7.1.1.2. La relaxation musculaire progressive

Cette forme de relaxation est particulièrement indiquée pour les sujets ayant des difficultés à s'abandonner passivement à la technique précédente, et préférant une technique plus active. Les exercices consistent à faire alterner la contraction et la détente de groupes musculaires : le sujet contracte fortement un groupe de muscles et se concentre sur les sensation physiques de tension ; il relâche ensuite et détend progressivement les muscles et se concentre de la même façon sur la sensation de détente musculaire.

Successivement différents groupes musculaires seront abordés, en général dans l'ordre suivant : poings, bras, avant bras, épaules, cou, mâchoire, yeux, taux, thorax, abdomens, fesses, jambes, mollets.

L'ensemble des exercices pour chaque groupe musculaire, dure environ quinze minutes. Au début, en période d'apprentissage, il est nécessaire de pratiquer une à deux fois par jour la totalité de ces exercices, en faisant alterner contraction et détente. Progressivement, le sujet apprend à obtenir une détente des muscles en ayant de moins au moins recours à la phase initiale de contraction.

7.1.1.3. Les autres méthodes

Les autres méthodes (telles que la relaxation psychologique ; relaxation psycho dynamique ; hypnose... ; la relaxation philosophique ; yoga ; méditation transcendantale...) trop complexes sont peu utilisées. Elles nécessitent un apprentissage long et sont orientées vers d'autres buts, même si elles comportent une composante physiologique.

7.1.1. Les thérapies cognitives

Les approches de gestion de l'anxiété se sont développées à partir de la constatation simple que la manière dont l'individu perçoit le facteur anxigène détermine en grande partie sa réaction. Ainsi, Lazarus a développé un modèle psychologique de l'anxiété, dans lequel la réaction ne survient seulement si le sujet a évalué la situation comme angoissante.

Classiquement, cette évaluation se fait en deux temps :

- ❖ **Une évaluation primaire :** l'événement, le facteur, est jugé anxiogène lors, par exemple d'une perte,...ou d'un défi,...
- ❖ **Une évaluation secondaire :** le sujet apprécie ses capacités à faire face à la situation.

Cette évaluation est sous la dépendance de nombreux facteurs liées aussi bien à l'individu (ses valeurs, ses croyances, ...) qu'à la situation (caractère de nouveauté, de durée, d'enjeu) ? Il existe de nombreuses stratégies à traversées cognitives destinées à modifier tous les processus cognitifs inadaptés qui peuvent se manifester aux divers stades de l'évaluation, et donc conduire à la réponse anxieuse. Elles ont en commun un certain nombre de caractéristiques dans le déroulement du processus thérapeutique : dans un premier temps le sujet prend conscience de ses pensées automatiques, de ses interprétations survenues dans divers situations et en particulier celles vécues comme anxiogène. Il apprend ensuite à faire la différence entre celles reposant sur des bases objectives, et celles considérées subjectives.

Les deux étapes sont facilitées par la collecte des données précises par le sujet, souvent au moyen d'un agenda qui permet d'identifier, de relever les cognitions inadaptées.

L'étape suivante consiste pour le sujet à adopter et à pratiquer des réponses comportementales et cognitives nouvelles pour affronter les facteurs anxiogènes.

8. Traitement médicamenteux de l'anxiété

- **Les benzodiazépines**

Les benzodiazépines sont un groupe de médicaments fréquemment utilisés dans le traitement des troubles anxieux. Elles ont un effet sédatif, un effet myorelaxant, un effet anticonvulsivant et effet amnésiant (entraînant une amnésie essentiellement antérograde). Elles entravent par ailleurs la coordination motrice. De plus, elles potentialisent sérieusement l'action sédatif de l'alcool.

- **L'hydroxyzine (Atarax)**

Indiquée dans le traitement de l'anxiété. Parfois utilisée en prémédication sédatif (anesthésie, examens para clinique anxiogènes). Bien souvent préférée aux benzodiazépines en raison de l'absence de dépendance et de la tolérance,

elle n'a pas d'effet dépresseur cortical mais inhibe l'activité de certaines régions subcorticales. Ainsi, elle est sur le plan clinique à l'origine d'un apaisement émotionnel et d'une légère sédation bien utile en cas d'anxiété patente.

- **La buspirone (Buspar)**

La buspirone est principalement indiquée dans le traitement de l'anxiété généralisée. Elle est cependant peu utilisée en raison d'un effet anxiolytique modéré et long à atteindre de la mémoire ou de l'équilibre, ne potentialise pas les effets de l'alcool. Elle ne provoque pas d'accoutumance, et le traitement peut être interrompu sans provoquer de symptôme de sevrage. Ce médicament est généralement bien toléré. (J.Palazzolo, 2007, pp71-73).

- **Les bêtabloqueurs**

Si l'effet des bêtabloqueurs sur certains symptômes physiques de l'anxiété (tremblement, tachycardie, palpitations...) est évident, leur efficacité dans l'anxiété généralisée n'a pas été vérifiée de façon contrôlée. Chez certains patients ou la composante somatique est marquée, bêtabloqueur semblent réduire partiellement la symptomatologie. L'analyse de l'ensemble des études indiquent cependant que leur efficacité est inférieure à celles des benzodiazépines. (D.Servant, B.Dupuis, 1995, p149).

Conclusion

L'anxiété peut être à la fois phénomène normal et peut parfois permettre le développement efficace des capacités de l'organisme aux exigences de l'environnement et peut aussi s'avérer gênante pouvant perturber l'organisme et devenir ainsi une souffrance nécessitant une demande d'intervention médicale pour une meilleure prise en charge.

Préambule

Ce chapitre est relatif à la méthodologie de recherche qui est consacré à la présentation de différentes étapes suivies pour l'élaboration de notre travail car elle sert de cadre qui permet de guider et de cerner mieux notre thème. Dans ce chapitre on va présenter le lieu, la méthode, l'échantillon de l'étude, la technique utilisée, et la pré-enquête. Les limites et les difficultés qu'on a rencontrées durant notre recherche.

1. Présentation de lieu d'étude

1.1. Historique de l'établissement

Le CEM Bordj-Mira Nouveau base 4 est située sur la route nationale N°9 au NORD-EST de Bordj Mira, sa surface totale est de 3996M dont 1491.50M2 surface bâtie et 2505.50M2non bâtie, vers de coté sud, il est limité par l'annexe du C.F.P.A.

Le C.E.F.A Bordj Mira Nouveau Base 4est un établissement scolaire dont la réalisation remonte à l'année 1986. Il a servir de lycée de 1988 à1998. Après le transfert de lycée et de l'ensemble du personnel qui y travaillait, l'établissement est resté inoccupé de 1996 à 2001.

En 2001, l'établissement est en deux parties :

- La première partie annexe au C.F.P.A de kherrata.
- La deuxième au C.E.M. de Bordj-Mira.

Sa date d'ouverture c'était le 26aout 2002 sur décision du ministère de l'éducation. Cet établissement reçoit les élèves provenance de cinq écoles primaires noms suivant :

1. Arechah
2. Ouled Ali Nouvelle
3. Ouled Ali Ancienne
4. Riff
5. Tadrgount Nouvelle

1.1.1. Infrastrures

- 23classes de classes pédagogiques.

- 02d'ateliers de physique.
- 02laboratoires de sciences naturelle.
- 01bibliothèque.
- 03magains.
- 01cuisine.
- 01réfectoire.
- 01salles des professeurs.
- 02cours.

1.1.2. Personnel

Nombre de professeurs est 40 dont un poste vacant sont repartis comme suit :

- Maths : 06
- Arabe : 08
- Technologie : 04
- Science : 04
- Français : 06
- Anglais : 04
- Histoire et géographie : 03
- Tamazight : 01
- Education physique et sportive : 03

Nombre d'élèves est de 581repartis comme suit :

Filles : 279

Garçons : 301

1.2. Les activités de l'établissement

Le C.E.M Nouveau de Bordj-Mira a pour objet d'assurer :

- Les activités d'enseignements.
- La scolarisation des élèves.
- Activités d'éducation.
- Le suivi de personnel pédagogique et administratif.

1-2-1 Les services de cette école sont :

1. Service direction.

2. Service secrétariat.
3. Service économat.
4. Service surveillance.
5. Professeurs.

2. La méthode utilisée

La méthode est un ensemble des étapes et des procédés pour que le chercheur atteigne son objectif de recherche.

La méthode utilisée dans notre recherche c'est la méthode descriptive car l'utilisation de cette dernière s'impose voir la nature de notre thème et de l'objectif qu'on vise à atteindre et de connaître la réalité psychique des adolescents des parents séparés.

La recherche en psychologie clinique font principalement appelle aux méthodes descriptives (étude de cas, observation systématique ou neutraliste, méthode corrélationnelle, méthodes normative développementale, enquête). Elles interviennent en milieu naturel et tentent de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière.

L'objectif de cette recherche n'est pas d'établir les relations de cause à effet comme le cas dans la démarche expérimentale mais plutôt d'identifier les composantes d'une situation donnée, et parfois, de décrire la relation qui existe entre ces composantes (**Chahraoui.K et Benony.H, 2003, p125**).

3. L'échantillonnage

La population mère

Tableau : présentation de nombre des élèves de l'établissement de
Bordj- Mira

Niveau	masculin	féminin	Totale
1 ^{er} année moyenne	100	82	182
2 ^{ème} année moyenne	69	56	125
3 ^{ème} année moyenne	77	68	145
4 ^{ème} année moyenne	55	73	128
Total général	301	279	580

La population d'étude

Tableau 2 : La présentation de la population d'étude

Cas	Age	Sexe	Niveau scolaire
Katia	15ans	féminin	4 ^{ème} année moyenne
Katib	17ans	masculin	4 ^{ème} année moyenne
Latifa	12ans	féminin	1 ^{er} année moyenne
Ibtissam	12ans	féminin	3 ^{ème} année moyenne
Lamia	17ans	Féminin	4 ^{ème} année moyenne
Salim	15ans	Masculin	2 ^{ème} année moyenne
Hacene	15ans	Masculin	3 ^{ème} année moyenne

Dans notre recherche on a utilisé la technique de l'échantillon aléatoire simple. Notre échantillon est constitué 12collegiens de différents niveaux et sexes (garçons et filles) âgés de 12 à 17ans de l'année scolaire 2012-2013 et on a choisissais 07cas.

4. Les techniques utilisées

Pour mieux comprendre et cerner notre étude on a utilisé les techniques suivantes : étude de cas, l'entretien qui nous permet d'être en contact avec la population d'étude, analyse de cas et l'échelle d'Hamilton de l'évaluation de l'anxiété.

4.1. L'étude de cas

Dans notre recherche nous avons opté pour la méthode d'étude de cas qui se définit :

C'est une méthode clinique, elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individu. Elle est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence. Par l'étude de cas, le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelles et passés. Pour cela, il rassemble un grand nombre de données issues des entretiens avec le sujet mais également d'autres sources, bilans d'exams psychologiques témoignages des proches et des soignants.

L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologique mais tente de resituer le problème d'un sujet dans un contexte de vie ou sont pris en compte différentes niveaux d'observation et de compréhension de l'ensemble de ces données descriptives, le clinicien essaie de suggérer des hypothèses sur l'origine de la conduite. L'étude de cas sert à accroître les connaissances concernant un individu donné. (Chahraoui.K et Benony.H, 2003, pp125-126).

4.2. L'entretien clinique

L'entretien peut être défini comme étant une interaction, essentiellement verbale, entre deux personnes en contact direct avec un objectif préalablement posé (plus ou moins formellement).

L'entretien clinique est une situation de communication particulière entre un psychologue clinicien et un patient, en ce sens qu'elle s'établit sur un monde inhabituel. (fr-wikipedia.org/wiki/Entretien_clinique).

L'objectif principal de l'entretien clinique est d'apprendre et comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet on se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. Il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations. (**Benony.H et Chahraoui.K : Op cit, p14**).

4.3. L'analyse du contenu

On désigne sous le terme d'analyse de contenu une technique de recherche qui consiste un examen systématique et méthodique du contenu manifeste et latent des communications, et les éléments de discours pris en compte quant fait une analyse de contenu sont :

- ❖ **Le contenu manifeste** : opinions, idées, croyance, idéologie...
- ❖ **Le contenu latent** : tensions émotionnelles, expression de l'inconscient.

L'analyse de contenu peut s'appliquer à différents domaines (lettres, journaux intimes, réponses a des questionnaires, à des tests projectifs, entretiens, livres, discours, publicité...) mais ne retenir et approfondir que celui qui nous concerne au premier chef : l'analyse de contenu appliqué à l'entretien clinique. (**Chiland.C, 2006, p128**).

A. L'entretien semi-directif

L'entretien semi-directif est une technique qualitative fréquemment utilisée. Il permet de centrer le discours des personnes interrogées autour de différents thèmes définis au préalable par les enquêteurs et consignés dans un guide d'entretien. Il peut venir compléter et approfondir des domaines de connaissance spécifiques liés à l'entretien non directif qui se déroule très librement à partir d'une question.

Ce type d'entretien permet ainsi de compléter les résultats obtenus par un sondage quantitatif en apportant une richesse et une précision plus grandes dans les informations recueillies, grâce notamment à la puissance évocatrice des citations et aux possibilités de relance et d'interaction dans la communication entre interviewer et interviewé.

Sans pouvoir chiffrer précisément dans quelles proportions telles jugement ou telle manière de vivre et de s'approprié quelque chose, l'entretien révèle souvent l'existence de discours et de représentations profondément inscrits dans l'esprit des personnes interrogées et qui ne peuvent que rarement s'exprimer à travers un questionnaire.

(fr.wikipedia.org/wiki/Entretien_semi_directif).

Le guide d'entretien que nous avons élaboré est composé de trois axes qui sont :

Axe 1 : Les caractéristiques personnelles.

Axe 2 : La situation familiale et sociale.

Axe 3 : Anxiété.

4.4. Echelle de l'anxiété

Elle est composée de 14 items, sur elle de 4 points ils sont coté de :

1 pas de tout à 4 beaucoup.

1- Compter 1 point pour la réponse « pas de tout ».

2- Compter 2 point pour la réponse « peu ».

3- Compter 3 point pour la réponse « modérément ».

4- Compter 4 point pour la réponse « sévèrement ».

Pour la réponse « pas de tous » on compte un point parce qu'elle exprime une anxiété de séparation basse.

Pour la réponse « sévèrement » on compte 4 point parce qu'elle exprime une anxiété de séparation élevée.

5. La pré-enquête

La pré-enquête est une étape très importante et cruciale car elle élabore la question de recherche, ce qui nous permet de mieux cibler le projet de notre recherche.

De ce fait on a partie au collège (CEM de Bordj-Mira) pour voir le milieu, dans le but de demander aux élèves est ce qu'ils vont répondre aux questions de l'échelle, pour nous aider à faire notre recherche dans l'objectif de préciser notre échantillon d'étude.

6. Les limites de recherche

Notre étude est réalisée sur 14 élèves, dont la tranche d'âge entre 12-17ans. Cette étude est déroulée durant un mois (du 24 Avril au 23 Mai) dans

une école qui s'appelle CEM de Bordj-Mira base 4 qui est située juste à coté de la brigade de la gendarmerie nationale dans la wilaya de Bejaia.

7. Les difficultés de la recherche

- Manque des ouvrages.
- Le refus de l'académie de nous donner l'accès pour faire un stage pratique.
- L'insuffisance de temps.
- Manque de la responsabilité au niveau de notre département (sciences sociales).

Conclusion

Ce chapitre de méthodologie nous a servi d'une démarche bien ordonnée pour une bonne organisation de notre recherche et qui nous devons suivre et cela a partir le respect de certaines étapes dans le déroulement et l'enchaînement de notre travail qui nous amène à arriver à des résultats avec lesquelles on peut analyser et interpréter dans le but de confirmer ou infirmer nos hypothèses.

Préambule

Dans cette partie nous procédés à une analyse et interprétation des données et des résultats obtenus pendant notre recherche en vue de confirmer ou d'infirmes l'hypothèse.

I. Présentations et analyse des cas cliniques

1. Présentation du premier cas « KATIB »

KATIB âgé de 17ans, l'ainé d'une fratrie d'un garçon et d'une fille, scolarisé en troisième année moyenne, de niveau socio-économique moyen, il a perdu son père depuis cinq mois.

1.1. Analyse du cas de KATIB

Lors de la passation de l'entretien, **KATIB** s'est montré coopératif avec nous, il répondait à nos questions malgré la douleur de la perte de son père encore présente.

Pour **KATIB** il n'est pas facile de venir en aide à sa famille car une grande responsabilité lui incombe du fait du décès de son père, il a peur de ne pouvoir assumer cette responsabilité parce qu'il y voit une montagne à soulever sur les épaules d'après ses dires « ma vie est bouleversée après la mort de mon père car je suis obligé de réaliser tous les nécessaires et les besoins de mes frères et je ne veux en aucun cas que mon frère ni ma sœur ne ressentent cette absence encore moins une négligence, je ne m'épargnerai aucun effort, d'ailleurs j'ai même songé quitter mes études mais c'est à cause de ma mère que je poursuis ».

KATIB est complètement perturbé entre les études et la famille, il a peur pour l'avenir de sa famille plus que pour son propre avenir d'après ses dires : « j'ai peur pour l'avenir de ma famille surtout pour celui de mes frères plus que pour le mien, je ferai le maximum pour jouer le rôle de père en l'absence de notre papa absent ».

KATIB est inquiet de la situation de sa famille d'une part et de ses études d'autre part, il a peur d'un déséquilibre qui résulterait de ces deux situations.

KATIB a plus peur de son incapacité à assumer pleinement la responsabilité qui lui incombe du fait de l'absence de son père décédé.

L'anxiété de **KATIB** tourne autour de la position de sa famille au premier lieu et au deuxième lieu, de la position de ses études.

1.2. Présentation des résultats

KATIB a une anxiété sévère car :

Dans le 1^{er} item, le patient a répondu qu'il exprime de l'inquiétude et de l'attente du pire qui lui semble difficiles à contrôler ce qui influence sur sa vie quotidienne.

En ce qui concerne le 2^{ème} item, le patient a une difficulté à se détendre, avec tremblements et une sensation d'être incapable de rester en place qui perturbe sa vie quotidienne.

Dans le 3^{ème} item, le patient a répondu qu'il a peur de mourir brutalement ce que influe négativement sur sa vie quotidienne.

En ce qui concerne le 4^{ème} item, le patient a dit clairement dit qu'il a une difficulté d'endormissement, un manque de sommeil ainsi qu'une fatigue au réveil, et en plus il fait des cauchemars.

Dans le 5^{ème} item, le patient a répondu clairement qu'il souffre de troubles de la mémoire.

En ce qui concerne le 6^{ème} item, le patient a dit clairement qu'il a une tristesse présente la plupart du temps interférant négativement sur sa vie.

Dans le 7^{ème} item, le patient a répondu clairement qu'il ne présente aucun des symptômes généraux (musculaires).

En ce qui concerne le 8^{ème} item, le patient a dit qu'il a des sensations d'étouffement de chaleur ou de froid ou bien de faiblesse qui altèrent sa vie.

Dans le 9^{ème} item, le patient a répondu qu'il présente des symptômes cardiovasculaires le rendant incapable de les contrôler.

En ce concerne le 10^{ème} Item, le patient dit clairement avoir une respiration rapide au repos et un étouffement.

Concernant le 11^{ème} Item, le patient présente des symptômes Gastro-Intestinaux mais il reste capable de les contrôler.

Pour le 12^{ème} item, le patient dit clairement qu'il ne présente aucun symptôme génito-urinaire.

Au 13^{ème} item, le patient présente quelques symptômes de rougissement du visage, des vertiges qui n'influent pas sur sa vie quotidienne.

Quant au 14^{ème} item, pendant l'entretien le patient montre une anxiété sévère, paraissant nerveux et agité souffrant de palpitations et une accélération du rythme cardiaque.

Selon le guide d'entretien et la passation de l'échelle d'Hamilton d'évaluation de l'anxiété, le patient totalise (42) points ce qui indique qu'il souffre d'une anxiété sévère surtout après un mois et demi depuis la mort de son père.

Synthèse

Nous remarquons ici l'incapacité de **KATIB** à surmonter seul ses difficultés sans l'intervention de partie quelconque d'une part ainsi que son adolescence d'autre part, d'où son anxiété sévère.

2. Présentation Du deuxième cas « **LATIFA** »

LATIFA est une fille âgée de 12ans, la fille aînée d'une fratrie de deux sœurs, scolarisée en première année moyenne d'un niveau socio économique moyen, ayant vécu une séparation des parents après la naissance à savoir 40jours seulement après sa venue au monde.

Son père ayant décidé de rompre avec sa femme des Suits de problèmes familiaux internes.

2.1. Analyse de l'entretien

Lors de la passation de l'entretien **LATIFA** était très coopérative avec nous quand on a lui a demandé si elle est d'accord de répondre à nos question, elle nous a dit qu'elle le ferait avec un grand plaisir surtout que ses parents sont divorcés.

Pour **LATIFA**, il n'est pas facile qu'elle puisse mener une vie normale du fait du divorce de ses parent qui s'était remariés, elle ne trouve plus ou élire domicile mais trouve un certain réconfort auprès de ses oncles, coté maternel. D'après ses dire « je n'arrive pas à vivre aux coté de mon père à cause de ma belle mère et sa fille aînée lesquelles poussant à se montrer violent envers moi.

Je me trouvais en situation de faiblesse chaque fois qu'il menaçait de provoquer le divorce mère même remarier, il suffirait pour lui d'aller parler à son mari, elle se retrouverait divorcée du fait ».

« Craignant pour ma mère, je préférais subir les coups, d'une violence extrême que de voir ma mère répudiée une seconde fois ».

« Il n'est pas facile de vivre avec mon père remarié à une autre femme ayant d'autres enfants avec lui, sa fille aînée m'a toujours fait sentir que je n'étais pas la bienvenue dans cette maison, ma belle mère aussi. Je garde le silence et malgré mes souffrance ». Après un long soupir, **LATIFA** rajoute « je déteste mon père, je m'éprouve plus aucune envie de vivre dans sa maison et je n'ose plus le regarder droit dans les yeux ».

Le cas de **LATIFA** me paraît plus complexe que je ne croyais car ayant nécessité sa conduite vers la brigade de gendarmerie suite à sa fugue, son père s'étant présenté au CEM ou elle scolarisée ayant demandé sa libération pour une consultation auprès d'un médecin généraliste.

L'administration de l'école ayant accompli les formalités administratives nécessaires, la fille est donc sortie accompagnée de son père.

Au lendemain matin, elle se présente normalement sauf que vers les coups de dix heures, elle voulait sortir et fuir son père qui l'avait battue la veille.

Je montre un intérêt pour l'étude de son cas qui me paraissait très désespéré ; étant en stage pratique de psychologue clinicienne affectée pour un mois, le Directeur du CEM m'a consultée et ma priée d'essayer de remédier à la situation de l'élève en question et de l'assister pour la conduire vers la brigade de gendarmerie située non loin de la porte du collège suite à son dépôt de plainte pour cause de violence.

Arrivés, moi et le chef d'établissement ainsi que la fille prénommée **LATIFA**, nous y avons trouvé toute sa famille ou presque. Sa grand-mère, sa belle mère ainsi que son père.

LATIFA en voyant son père a fondu en larmes et s'est agrippée à moi, recherchant une certaine sécurité.

Les gendarmes ayant écouté la version du père comparée ensuite à celle de **LATIFA**, ils ont fait appel à son grand père pour porter le litige entre les mains du procureur de la république.

2.2. Présentation des résultats

Concernant le 1^{er} item, la patiente a répondu qu'elle ressentait une inquiétude permanente et elle attendait le pire ce qui altère sa vie quotidienne.

Dans le 2^{ème} item, la patiente a dit clairement qu'elle souffre des tremblements ainsi que l'incapacité de rester en place ce qui perturbe sa vie.

Pour le 3^{ème} item, la patiente a répondu qu'elle est peur de mourir brutalement, d'être abandonnée et ainsi que sa peur persistante des animaux comme les serpents, les chats et les chiens sous toutes les formes (peluches, caoutchouc, etc.).

En ce qui concerne le 4^{ème} item, la patiente a dit qu'elle souffre d'une difficulté d'endormissement et une fatigue au réveil comme elle fait des cauchemars ce qui interfère sur sa vie quotidienne.

Quant au 5^{ème} item, la patiente a répondu qu'elle fait à chaque fois des erreurs comme elle a une difficulté de concentration.

Au 6^{ème} item, la patiente a dit clairement qu'elle souffre d'une tristesse permanente qui influe sur sa vie.

Concernant le 7^{ème} item, la patiente a répondu qu'elle ne présente aucun symptôme somatique musculaire.

Dans le 8^{ème} item, la patiente a dit qu'elle souffre d'une sensation de faiblesse permanente.

Pour le 9^{ème} item, la patiente a répondu qu'elle présente quelques symptômes cardio-vasculaires mais elle peut les contrôler.

En ce qui concerne le 10^{ème} Item, la patiente a dit clairement qu'elle souffre d'une douleur au niveau de la poitrine, d'un étouffement et d'une accélération du rythme respiratoire ce qui perturbe sa vie quotidienne.

Quant au 11^{ème}, la patiente a répondu qu'elle ne présente aucun symptôme gastro-intestinal.

Pour le 12^{ème} item, la patiente a dit clairement qu'elle présente quelques symptômes génito-urinaires qu'elle peut contrôler.

Dans le 13^{ème} item, la patiente a répondu qu'elle souffre d'une sécheresse de la bouche et des vertiges qui interfèrent sur sa vie quotidienne.

Au 14^{ème} item, pendant l'entretien la patiente montre une anxiété sévère, paraissant agitée, nerveuse, tremblante et souffrant des battements des paupières.

D'après l'entretien et la passation de l'échelle d'anxiété d'Hamilton, la patiente totalise (38) points ce qui indique qu'elle souffre d'une anxiété sévère depuis son enfance.

Synthèse

La patiente souffre d'une anxiété sévère car elle était dénuée de toute affection surtout de celle sa mère qu'elle avait perdue depuis le 40^{ème} jour de sa naissance ce qui a engendré chez elle, un ensemble de frustrations qui perturbent et déstabilisent ses repères.

3. Présentation du troisième cas « LAMIA »

LAMIA est âgée de 17ans, elle est la deuxième fille dans la famille, issue d'une fratrie d'une sœur et de deux garçons, scolarisée en quatrième année moyenne, son niveau socio-économique est moyen, elle souffre d'une séparation des parents depuis deux mois.

3.1. Analyse de l'entretien

A la passation de l'entretien **LAMIA** n'était pas coopérative avec nous et n'a pas bien participé, en effet elle nous a répondu avec une timidité et une grande difficulté à nous parler des violences de son père envers sa maman.

LAMIA est très attachée à sa mère plus qu'à son père parce que pour elle, son père a fait beaucoup de mal à toute la famille, il est violent avec sa mère et avec eux, on touche ça dans ses dires : « la chose qui m'a vraiment touchée, ce sont les souffrances de ma mère de la violence que lui inflige mon père, il la frappe devant nous sans se soucier de notre présence, encore moins de ce que nous ressentons ». Derrière tous ces conflits il y a la grand-mère de **LAMIA** qui a toujours cherché des problèmes à sa belle-fille d'après ses dires : « la grand mère était la seule responsable de la situation de mes parents, c'est elle qui pousse mon père à être violent envers nous et surtout envers ma mère »

Pour **LAMIA**, il n'est pas facile de vivre dans une situation de séparation de ses parents à en croire ses dires : «ce n'est pas facile de vivre cette séparation où je vois mes parents vivre sous le même toit mais séparés chacun dans une chambre».

En ce qui concerne l'état physique et psychique de **LAMIA**, elle dit qu'elle ressent une fatigue et une faiblesse ainsi que la difficulté d'endormissement avec une perte d'appétit « je ressens une faiblesse et un manque de sommeil ce qui fait que je suis tout le temps fatiguée ». Elle se sent rarement stressée et comme on peut l'entendre dire « je suis en sécurité avec les autres membres de la famille »

Enfin, concernant son regard pour l'avenir, elle nous dit : « j'ai peur que la situation se développe au divorce où l'on deviendra les premières victimes ».

3.2. Présentation des résultats

Dns le 1^{er} item, la patiente a répondu qu'elle souffre d'une inquiétude permanente qui influe sur sa vie quotidienne.

Quant au 2^{ème} item, la patiente a dit qu'elle n'est pas capable de se détendre.

En ce qui concerne le 3^{ème} item, la patiente a répondu clairement qu'elle a peur de mourir, d'être abandonnée ainsi qu'elle a peur des animaux comme les chiens, les chats, ce qui altère sa vie.

Au 4^{ème} item, la patiente a dit clairement qu'elle a une difficulté d'endormissement et une fatigue au réveil comme il fait des cauchemars ce qui altère sa vie quotidienne.

Quant au 5^{ème} item, elle nous a répondu qu'elle ne présente aucun symptôme d'altération des fonctions intellectuelles (cognitives).

Pour le 6^{ème} item, la patiente dit qu'elle présente les symptômes de tristesse et une insomnie du matin.

En ce qui concerne le 7^{ème} item, la patiente a répondu qu'elle ne présente aucun des symptômes somatiques généraux (musculaires).

Dans le 8^{ème} item, la patiente nous a répondu qu'elle souffre d'une faiblesse permanente qui perturbe sa vie quotidienne.

Quant au 9^{ème} item, elle a répondu qu'elle ne présente aucun symptôme cardio-vasculaires.

Concernant le 10^{ème} item, la patiente a dit clairement qu'elle présente quelques symptômes mais elle peut les contrôler.

Pour le 11^{ème} item, la patiente ne présente aucun des symptômes gastro-intestinaux.

Dans le 12^{ème} item, la patiente présente les symptômes génito-urinaires mais elle les contrôle.

Au 13^{ème} item, la patiente souffre de pâleur, sueur et de maux de tête qui perturbent sa vie quotidienne.

Quant au 14^{ème} item, pendant l'entretien la patiente montre une anxiété modérée, paraissant peur, nerveuse.

D'après l'entretien et la passation de l'échelle de l'anxiété on a totalisé (24)points ce qui indique que la patiente a une anxiété modérée.

Synthèse

Même en l'absence d'aide de tiers, Lamia qui présente une anxiété modérée a pu surmonter seule les difficultés de l'adolescence et n'a éprouvé aucun besoin d'assistance.

4. Présentation du quatrième cas « SALIM »

SALIM âgé de 15ans, l'ainé d'une fratrie d'une sœur et d'un demi-frère, scolarisé en deuxième année moyenne, le niveau socio-économique est pauvre, il a perdu sa mère depuis un an.

4.1. Analyse de l'entretien

A l'entretien, **SALIM** était coopératif avec nous, il a répondu a nos questions mais avec une timidité et il était bouleversé par des larmes.

SALIM est trop attaché a sa famille surtout envers sa mère, il la donne comme exemple car l'ayant beaucoup aidé dans ses études, il lui doit toute sa réussite à l'entendre, il dit : « j'étais un brillant élève malgré le peu de moyens dont je dispose mais ma mère m'encourageait, elle m'a toujours dit qu'elle était tout le temps là pour me soutenir dans mes études.

SALIM était touché par la maladie de sa mère paralysée qui a perdu son autonomie des suites d'un accident cérébral l'ayant clouée au lit depuis plusieurs années elle ne pouvait effectuer les gestes ordinaires de la vie quotidienne sans l'aide d'un tiers et ne se déplaçait que sur fauteuil roulant et comme il n'avait qu'une sœur mariée, il ne pouvait s'éloigner de la maison il restait aux côtés de

sa mère étant son seul compagnon. Il songeait même quitter ses études pour ne pas faire sentir de vide à sa mère. Il nous dit « la situation de ma mère m'inquiète beaucoup mais l'assister demeure ma seule inquiétude ».

Le hasard qui ayant toujours fait des miracles, un vieux l'ayant regardé et voyait en lui un cas désespéré, il s'était permis de l'interroger s'il avait besoins d'aide et lui propose un poste de travail dans un café dont il était le propriétaire, **SALIM** a sauté sur l'occasion pour se faire un peu d'argent et subvenir à des propres besoins car il y voyait impossible de regagner la maison de son père qui s'était déjà remarié avant même la mort de sa mère de **SALIM**, chose qui l'avait profondément touché. Lui qui souffrant d'une timidité aigüe et d'une fatigue constante l'accompagnement tout le temps « bien qu'il ne fournit aucun efforts, il se sentait toujours fatigué ; sauf qu'il avait bon appétit ».

Il avait un regard plein d'inquiétude pour son avenir il nous avait dit ceci : « j'ai peur de mal sans ma mère et je ne vivrai jamais en compagnie de ma belle mère devant que mon père n'a plus la parole, je me sens étranger chez moi ».

Notre entretien avec **SALIM** a montré des signes d'anxiété et de sensation de faiblesse ainsi que des palpitations accélérant son rythme cardiaque, et l'échelle de l'anxiété d'Hamilton a montré une anxiété sévère chez **SALIM**, il était de 38 points.

4.2. Présentation des résultats

SALIM a une anxiété sévère car :

Dans le 1^{er} item, le patient a dit clairement qu'il exprime de l'inquiétude et de l'irritabilité et de l'attente du pire qui lui semble difficile à contrôler ce qui interfère sur sa vie quotidienne.

Pour le 2^{ème} item, le patient a une difficulté de se détendre, il pleure facilement et ainsi que une sensation d'être incapable de rester en place en ce qui influe négativement sur sa vie quotidienne.

En ce qui concerne le 3^{ème} item, le patient a répondu qu'il est peur d'être abandonné.

Quant le 4^{ème} item, le patient dit qu'il ne présente aucun symptôme de l'insomnie.

Dans le 5^{ème} item, le patient a répondu clairement qu'il souffre d'une difficulté de concentration, et qu'il cherche des mots pour qu'il puisse de construire des phrase justes, ainsi qu'il fait des erreurs.

Concernant le 6^{ème} item, le patient dit que la plupart de son temps est triste et cette dernière était toujours présente, ainsi que la perte des intérêts ce qui lui pousse à perturbé sa vie quotidienne.

Pour le 7^{ème} item, le patient a répondu qu'il présente des symptômes généraux musculaires comme la contraction de la mâchoire, des raideurs musculaires et un grincement des dents qui influe sur sa vie quotidienne.

En ce concerne le 8^{ème} item, le patient a dit clairement qu'il souffre d'une faiblesse permanente et de picotement qui lui altèrent sa vie.

Dans le 9^{ème} item, le patient a répondu qu'il présente quelque symptôme cardio-vasculaire, mais ça n'influe pas sur lui.

Au 10^{ème} item, le patient a dit clairement qu'il a des soupirs et une respiration rapide au repos ce qui interfère sur sa vie quotidienne.

Concernant le 11^{ème}, le patient ne présente aucun symptôme gastro-intestinal.

En ce qui concerne le 12^{ème} item, le patient présente quelques symptômes génito-urinaires mais il peut les contrôler.

Au 13^{ème} item, le patient ne présente aucun symptôme du système nerveux autonome.

Quant le 14^{ème}, le patient paraissant mal a l'aise, triste, faible, agité et nerveux.

D'après l'entretien et la passation de l'échelle de l'anxiété on a constaté que le patient à (38) point ce qui indique qu'il souffre d'une anxiété sévère.

Synthèse

Le fait de se séparés de l'un des parents ça peut être un facteur de risque sur la vie psychique de l'enfant comme il parait chez **SALIM** qui souffre d'une anxiété sévère a cause de sa séparation avec sa mère dans une période très sensible et où il était négligé de la part de la société en général et en particulier de la part de la famille.

5. Présentation du cinquième cas « KATIA »

KATIA âgée de 15ans la fille benjamine d'une fratrie de deux garçons scolarisée en quatrième année moyenne, le niveau socio-économique est moyen. Elle souffre d'une difficulté de vivre normale après la séparation de ses parents depuis trois mois.

5.1. Analyse du cas de KATIA

Lors de la passation de l'entretien, **KATIA** était très bouleversée quand on lui a demandé si elle est d'accord de participer à notre recherche, les larmes la submergent et elle nous dit que c'est avec plaisir de répondre à vos questions surtout que ses parents sont séparés.

Pour **KATIA** il n'est pas facile de voir ses parents dans une situation de séparation surtout cette année où elle passera son examen final pour passer au lycée « je n'arrive pas à réviser parce que à chaque fois où je prends le cahier, je déconcentre à cause de la situation de mes parents ». **KATIA** souffre et inquiétée de cette séparation, après un grand soupir rajoute « que j'ai peur pour notre avenir dans cette séparation !! Après le silence de **KATIA** elle dit : nous ne sommes que des victimes, mon père a dit des termes vulgaires devant nous », elle pleure puis dit « je le déteste, je ne lui souhaite que la mort, je ne veux plus le voir, je ne peux même pas entendre sa voix car il nous a fait beaucoup de mal ».

KATIA a beaucoup peur de la vie sociale à cause de la séparation de ses parents : « j'ai peur que les gens parlent sur ma famille et j'ai plus peur de leurs regards négatifs ».

L'anxiété de **KATIA** tourne autour de la position de sa famille surtout son père qui ne les considère pas comme ses enfants et a peur de la manière dont la société perçoit la séparation des ses parents.

5.2. Présentation des résultats

A une anxiété modérée car :

Dans le 1^{er} item « humeur anxieuse ». La patiente a répondu qu'elle exprime l'appréhension ou l'irritabilité qui lui semblent difficile s à contrôler son inquiétude ce qui influe sur sa vie quotidienne.

Dans le 2ème item, « tension nerveuse ». La patiente a répondu qu'elle est incapable de se détendre, la nervosité est intense qu'elle interfère occasionnellement sur sa vie quotidienne.

Dans le 3ème item « peurs ». La patiente a dit clairement être abandonnée et par ses parents et par la société.

Dans le 4ème item « insomnie ». La patiente a des troubles du sommeil, elle a une difficulté d'endormissement et un sommeil non satisfaisant accompagné de fatigue au réveil et un total des épisodes de sommeil n'étant que de quelques heures sur les vingt quatre heures et fait des cauchemars.

Dans le 5ème item, « fonctions intellectuelles (cognitives) ». La patiente a répondu qu'elle éprouve une difficulté de concentration, ainsi que celle à prendre des décisions dans des domaines quotidiens et les problèmes de mémoire.

Dans le 6ème item, « humeur dépressive ». La patiente a une tristesse qui présente la plupart du temps et interfère clairement sur sa vie.

Dans le 7ème item, « symptômes somatiques généraux (musculaires) ». La patiente a des raideurs musculaires, sensation de faiblesse.

Dans le 8ème item, « symptômes somatiques généraux (sensoriels). La patiente a répondu qu'elle a une sensation de faiblesse dans sa vie quotidienne.

Dans le 9ème item « symptômes cardiovasculaires ». La patiente a répondu qu'elle a des symptômes cardiovasculaires présents mais elle peut les contrôler.

Dans le 10ème item « symptômes respiratoires ». La patiente a des symptômes respiratoires qui sont présents mais elle est capable de les contrôler.

Dans le 11ème item « symptômes gastro-intestinaux ». La patiente ne présente aucun des symptômes gastro-intestinaux.

Dans le 12ème item « symptômes génito-urinaires ». La patiente a répondu avoir quelques symptômes génitaux mais n'interfèrent pas sur sa vie quotidienne.

Dans le 13ème item « symptômes du système nerveux autonome ». La patiente a répondu qu'un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents comme le rougissement du visage, les vertiges, mais n'interfèrent pas sa vie quotidienne.

Dans le 14ème item « comportement lors de l'entretien ». Pendant l'entretien, une estimation globale est faite à base de ces observations, la patiente est modérément anxieuse car elle paraît nerveuse, pâle, terrifiée.

Le résultat obtenu après la passation de l'échelle d'Hamilton d'évaluation de l'anxiété chez elle et de (24) ce qui veut dire qu'elle souffre d'une anxiété modérée

Il est bon de signaler que l'aide et l'assistance de **KATIA** lui ont apporté un soutien considérable d'où cette modération de son anxiété et grâce sa mère ayant toujours été présente, elle lui a été d'un grand réconfort.

6. Présentation du sixième cas « HACEN »

HACENE est un garçon âgé de 15ans, issu d'une fratrie de deux filles et d'un garçon, scolarisé en troisième année moyenne de niveau socio-économique pauvre ayant vécu une séparation des parents depuis sa naissance.

6.1. Analyse de l'entretien

A la passation de l'entretien, **HACENE** paraît timide et pas du tout coopératif, il avait beaucoup de mal à nous parler.

Ses parents vivaient tranquillement, ils menaient une vie paisible mais subitement un tonnerre s'est abattu sur leur foyer et ne comprenant toujours pas les raisons de la séparation de ses parents.

Son père qui habituellement était trop sage, il devient méconnaissable à en croire les dires de **HACENE** qui en soupirant ajoute : « Mon père est devenu une autre personne « ivrogne » alors qu'il ne touchait pas à l'alcool et depuis qu'il s'était mis à boire, il commence à battre ma mère ensuite il s'abattait sur nous ».

Il rajoute avoir de la chance d'avoir des oncles qui l'ont soutenu dans ces épreuves difficiles et qu'il ne pouvait surmonter tout seul sans leur aide.

Il nous racontait aussi que son père ne subvenait à aucun des besoins de la famille et que son salaire ne lui suffisait qu'à se souler, chose l'ayant découragé et démotivé dans ses études lui qui était bon élève, il ne se reconnaissait pas selon ses dires « j'ai honte de moi!!, je ne peux pas expliquer cela à mes camarades qui ne savent rien de ce que j'endure ».

L'état physique et psychique de **HACENE**, il nous a avoir des sensations de faiblesse accompagné de fatigue occasionnelle sauf que son appétit demeure.

6.2. Interprétation des résultats

Pour le 1^{er} Item, **HACENE** montre une inquiétude et de l'irritabilité qui influent négativement sur son rythme de vie.

Au 2^{ème} Item, il éprouve une impossibilité à se détendre et à se maintenir en place avec une envie à se déplacer ce qui le rendait encore plus nerveux.

Le 4^{ème} Item, il a une difficulté à s'endormir avec insuffisance de sommeil ainsi qu'une fatigue au réveil.

Aucun symptôme décelé au 5^{ème} Item.

Dans le 6^{ème}, une tristesse et insomnie rendant dures ses journées.

Aucun symptôme décelé dans au 7^{ème} item.

Concernant le 8^{ème} Item, il éprouve des sensations de chaleur et de froid ainsi une faiblesse permanente ce qui perturbe son quotidien.

Au 9^{ème} item, aucun symptôme relevé.

Concernant le 10^{ème} item, il est bon de signaler qu'il ressent une sensation d'étouffement.

Pour le 11^{ème} item, il a des nausées qui n'influent pas sur son comportement.

Au 12^{ème} item, aucun symptôme n'est relevé.

Concernant le 13^{ème} item, il souffre rarement de vertiges et il a la bouche sèche de temps en temps.

Quant au 14^{ème} Item, concernant son comportement lors de l'entretien il ressent un malaise au battement des paupières qu'il trouve stressants.

A la passation de l'entretien et de l'échelle d'Hamilton de l'anxiété le cas de **HACENE** totalise (22) points indicateur d'anxiété modérée.

Synthèse

Il est important de signaler que **HACENE** ayant bénéficié de l'aide de tierces personnes, souffre moins malgré la période d'adolescence, il présente une anxiété modérée.

7. Présentation du septième cas « **IBTISSAM** »

IBTISSAM âgée de 12ans, la deuxième fille dans la famille issue d'une fratrie d'une fille et de deux garçons, scolarisée en première année moyenne, de niveau socio économique pauvre, elle a perdu son père depuis six ans.

7.1. Analyse de l'entretien

A la passation de l'entretien avec **IBTISSAM** nous étions très émus de sa gentillesse et de sa coopération, à la première question elle avait les larmes aux yeux, elle nous a dit qu'elle n'a pas de chance depuis son jeune âge, elle nous disait qu'elle avait perdu son père à l'âge de six ans et elle le décrivait comme si c'était tout pour elle car son père était très gentil avec elle. Il lui offrait tout ce qu'elle lui demandait, il la prenait tout le temps avec lui partout où il allait et ce qui a le plus marqué **IBTISSAM**, c'est la manière dont son père la prenait souvent sur ses épaules, elle a vécu la tragédie de la perte de son père percuté par un bus de transport qui a succombé à ses blessures juste après son évacuation à l'hôpital.

Pour **IBTISSAM** toute la vie s'écroule devant elle, une chose qu'elle n'a jamais imaginée était de perdre son père pour qui elle avait toute l'affection du monde, elle nous dit « j'étais choquée parce que je n'ai pas imaginé sa mort à l'âge précoce ». Il n'est pas facile de vivre sans son père surtout que sa relation avec sa famille a changé, elle ressentait une négligence de la part de sa mère depuis la mort de son père d'après ses dires : « ma mère me néglige, son intérêt est de réaliser juste les intérêts des mes frères ».

Concernant l'état physique et psychique, **IBTISSAM** ressent une fatigue permanente et une difficulté d'endormissement d'après ses dires : « je ressens toujours une fatigue et je ne peux pas dormir un sommeil satisfaisant » et en ce concerne l'appétit elle nous a dit : « je ne peux pas manger car je sens que je suis rassasiée tous le temps ».

Enfin, son regard vis-à-vis de l'avenir elle est peur parce que son seul soutien est absent on peut l'entendre le dire « je ne sais pas comment je peux continuer ma vie loin de mon père ».

7.2. Présentation des résultats

Dans le 1^{er} item, la patiente a répondu qu'elle souffre de l'irritabilité et de l'inquiétude qui lui gênent tous le temps et interfèrent sur sa vie quotidienne.

En ce qui concerne le 2^{ème} item, elle a répondu qu'elle pleure facilement, et elle a une impossibilité de se détendre.

Pour le 3^{ème} item, la patiente ne présente aucuns symptômes de peurs.

Au 4^{ème} item, le patient dit clairement qu'elle a une difficulté d'endormissement et elle fait des cauchemars.

Dans le 5^{ème} item, la patiente, a répondu quelques symptômes des fonctions intellectuelles mais elle peut les contrôler.

Quant le 6^{ème} item, la patiente dit clairement qu'elle souffre d'une tristesse permanente qui perturbe sa vie quotidienne.

En ce qui concerne le 7^{ème} item, la patiente a répondu qu'elle présente quelque symptômes somatiques musculaires mais n'altèrent pas sa vie quotidienne.

Pour le 8^{ème} item, la patiente ne présente qu'un seul symptôme qui est la sensation de faiblesse mais elle peut la contrôler.

Au 9^{ème} item, la patiente a dit clairement qu'elle a des douleurs dans les poitrines ainsi que l'accélération de rythme cardiaque qui influent sur sa vie quotidienne.

Concernant le 10^{ème} item, la patiente ne présente aucuns symptômes respiratoires

Dans le 11^{ème} item, la patiente a répondu qu'elle présente quelques symptômes gastro-intestinaux mais n'interfèrent pas sur sa vie quotidienne.

En ce que concerne le 12^{ème}, la patiente a dit clairement qu'elle souffre de quelques symptômes qui influent sur sa vie.

Pour le 13^{ème} item, la patiente a répondu qu'elle ne présente aucuns symptômes.

Au 14^{ème}, pendant l'entretien la patiente montre une anxiété légère paraissant triste, faible.

Le résultat obtenu après la passation de l'échelle d'évaluation d'Hamilton de l'anxiété, la patiente à (12) point ce qui indique une anxiété légère.

Synthèse

Le soutien de l'entourage d'**IBTISSAM** a aidé cette dernière à surmonter sa souffrance car il est bon au période d'adolescence un accompagnement pour que l'adolescent être en bonne santé loin des troubles qui entravent sa personnalité.

II. Discussion des hypothèses

On reprend dans ce chapitre nos hypothèses pour pouvoir les discuter, selon nos résultats obtenus dans la partie pratique.

Notre hypothèse

Les adolescents séparés de leurs parents souffrent d'une anxiété sévère.

Nos cas on les résumant comme suit :

Les cas correspondant aux scores élevés et qui ont un niveau d'anxiété très élevé sont :

KATIB, LATIFA, LAMIA, SALIM.

D'après notre entretien avec le sujet, nous avons conclu que **KATIB** a un état d'anxiété élevé éprouvé par la fatigue, les troubles de sommeil avec difficulté d'endormissement ainsi que le prouve son caractère nerveux, agité associé à une peur.

Ajoutant que **KATIB** a obtenu (42) points sur l'échelle de l'anxiété ce qui correspond à une anxiété grave et qui signifie qu'il a un niveau élevé d'anxiété.

LATIFA manifeste un état d'anxiété aigu sur les divers symptômes de l'échelle à savoir une difficulté d'endormissement et des tremblements des membres inférieurs ainsi qu'une grande inquiétude ce qui lui donne une sensation de fatigue inexplicée.

D'autre part, **LATIFA** obtient un score de (38) correspondant à une anxiété grave.

Pour le cas de **LAMIA**, elle manifeste un état d'anxiété élevée aussi et manifeste une gêne à communiquer et ressent une faiblesse et une fatigue permanente et une difficulté d'endormissement ainsi que la tristesse.

Ajoutant que **LAMIA** a obtenu un score de (30) points qui correspond à une anxiété grave.

D'après notre entretien avec **SALIM**, nous constatons qu'il présente les signes indicateurs d'anxiété : comme la peur, troubles de l'humeur, une crainte vis-à-vis de son avenir.

Ajoutant que **SALIM** a obtenu un score de (36) points qui correspond à une anxiété élevé.

Les cas correspondent aux scores modérés :

Avec **KATIA** nous avons constaté, à travers notre entretien que la patiente manifeste un état d'anxiété modérée sur les divers symptômes comme l'inquiétude, elle ressent une qui présente la plupart du temps et une sensation de faiblesse et n'est pas en toute sécurité et nerveuse parfois et peur d'être abandonné.

Ajoutant que **KATIA** a obtenu un score de (24) points ce qui signifie qu'elle a un niveau d'anxiété modérée.

D'après notre entretien avec **HACENE**, il manifeste un état d'anxiété modéré nous avons conclu que le patient a éprouvé de la fatigue et des troubles du sommeil, il se sent parfois stressé.

Ajoutant que **HACENE** a totalise (22) points qui correspondent à une anxiété modérée selon l'échelle d'anxiété d'Hamilton.

Le cas d'**IBTISSAM** ayant obtenu un score de (12) points est celui correspondant au score d'anxiété légère.

IBTISSAM a montré une forte inquiétude ayant affirmé avoir une difficulté d'endormissement et faisant des cauchemars chose qui lui donne souvent une sensation de fatigue au quotidien.

En effet, tous les cas que nous avons eu à traiter ont confirmé notre hypothèse car quatre de ces cas ont montré une anxiété sévère.

Conclusion

Selon notre analyse des l'interprétation de nos discussions avec les différents cas traités, nous aboutissons à la confirmation de notre hypothèse car la majorité de nos cas souffre d'une anxiété grave a cause de séparation de leurs parents qui influe et interfère négativement sur leurs vie quotidienne.

Conclusion

Dans notre recherche inhérente à l'anxiété de séparation des adolescents de leurs parents, on a démontré l'impact de la séparation des parents sur l'adolescent.

L'adolescent traverse une période difficile, car c'est la période de transition et de développement sur le plan physique et psychique.

On sait que l'anxiété de séparation est une anxiété excessive et inappropriée au stade de développement concernant la séparation avec le foyer ou des figures auxquelles l'enfant est attaché.

Notre étude est focalisée sur l'impact de la séparation des parents sur les adolescents.

D'après nos résultats on a pu confirmer notre hypothèse : « les adolescents séparés de leurs parents souffrent d'une anxiété sévère ».

Cela se lit dans l'étude de nos sept cas ou nous avons pu constater la présence d'anxiété sévère chez quatre des cas, dont deux sont présentent d'une anxiété modérée et enfin un cas qui présente une anxiété légère.

A travers notre recherche on a pu découvrir un terrain qui est très sensible et important qui nécessite de le prendre en considération et de lui donner beaucoup d'attention pour qu'il soit développé harmonieusement

Donc pour que l'adolescent puisse vivre une bonne santé mentale, les parents doivent prendre conscience que malgré la séparation, ils doivent continuer d'être l'un et l'autre proche de leurs enfants et rester attentifs à leurs évolutions ainsi que les parents ne doivent pas mettre l'enfant au centre de conflit il faut le laisser à l'extérieur de ce conflit. Enfin, on donne la chance à cet effectif de s'exprimer leur souffrance psychique.

Liste bibliographique :

La liste des ouvrages

- 1-Baylly.D (2004), « L'angoisse de séparation chez l'enfant et l'adolescent », 2^{ème} édition, Masson.
- 2-Berger.M(1997), « L'enfant et la souffrance de la séparation, divorce, adoption, placement », Paris,Dunod.
- 3-Bernard-Bonnin.A-C(2000), « comment aider les enfants à affronter la séparation de leurs parents », Société canadienne de pédiatrie,(SCO) Québec.
- 4- Braconnier.A et Marcelli.D (1998), « L'adolescent aux mille visages », Paris
- 5-Braconnier.A(2007), « le guide de l'adolescence, de 10-25ans », Paris, Nouvelle édition.
- 6-Berrad.S, Khobila.A, Moussaoui.D, et Kadiri.N (2010), « Définition etétiopathogénie des troubles anxieux », Casablanca.
- 7-Besançon.G(1993), « Manuel de psychopathologie-Anxiété, Dépression et psychopathologie du corps », paris, Dunod.
- 8-Charlotte.M et Adela.V.D (2004), « L'indispensable de la psychologie », éd strurdyrama.
- 9-Chahraoui. K et Benony.H (2003), « méthode, évaluation et de recherche en psychologie », Paris, Dunod.
- Charton.A,Winnykamom.F(1999), « Les relation sociales chez les enfants :développement, fonction », Paris, 2^{ème} édition, Armand Colin.
- 10- Chilond. C (2006), « l'entretien clinique », 1^{er} édition, Quadrige, Paris.
- Donius.J, (1997), « la famille », Paris, éditions Ouvrières.
- 11-Dutoit. D, ARN.R, Berniquet Gjic et Chetail.V (2003), « le divorce en droit comparé », Genève.

- 12- Guidetti. M, « Les étapes de développement psychologique ». Paris, Armand, colin.
- 13-Jonas.N (2007), « La famille », Bréal.
- 14-Ladouceur.R, Marchand.A et Boivert.J.M(1999), « les troubles anxieux, approche cognitive et comportementale », Masson.
- 15-Moss.E, St-Laurent.D, Pascuzzo.K, et Debois-Comtois.K (2007), « Les rôles de l'attachement et des processus individuels et familiaux dans la prédiction de la performance scolaire et secondaire », Québec.
- 16-Nancy.D(2006), « L'attachement père-enfant, aide le jeune enfant à se surpasser. En jouant son rôle, le père transmet à l'enfant confiance lui permettant de s'ouvrir du monde ». FORUM Hebdomadaire d'information, volume40. Numéro30, Université M ONTR2AL
- 17-Palazzolo.J(2012), « Dépression et Anxiété : Mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge ». Paris, éd Masson.
- 18-Pierrat.V(2009), « La relation Mère-Enfant en cas d'hospitalisation, Lille une promesse pour la vie », Hôpital Jeanne de Flandre.
- 19-Poussin.G, Sayn.I(1990), « Un seul parent dans la famille, approche psychologique et juridique de la famille monoparentale », Paris, édition Le Centurion.
- 20-Richard.F(2005), « Les troubles psychique à l'adolescence », 1^{er} édition.France, Dunod
- 21-Saint-Jacques.M.C, Turcotte.D, Drapeau.S et Cloutier.R (2004), « séparation, monoparentalité et recomposition familiale, bilan d'une réalité complexe et pistes d'action », Canada.
- 22-Servant.D (2012), « Gestion de stress et de l'anxiété », 3^{ème} éd, masson.
- 23-Tourette.C et Guidetti.M (2004), « Introduction à la psychologie de développement, Du bébé a l'adolescent », Paris. Armand Colin.
- 24-Troupel-Carmel.O, Zaouch-Gaudron.C(2006), « De l'attachement mère enfant a l'attachement fraternel : évolution des paradigmes de recherche, psychologie française, ELSIVER.

25-Vequaud.A(2007), **« La place du l'éducateur dans la relation parent-enfant »**. IERCF,Belgique.

Liste des dictionnaires :

1-Bloch.H , Depret.E et al(2002), **« Dictionnaire de psychologie »**,Paris, éd Larousse/VUEF.

2-Bruchan-Schweitzer.M(2002), **« psychologie de la santé, Modèle, concepts et méthode »**, Paris éd Dunod.

3-Quevvaouvilliers.J et al (2009), **« Dictionnaire médicale »**, Paris, 6^{ème} édition elsevier Masson.

Liste de mémoires et des thèses

1-Amarouche.L(2012), Mémoire de master en psychologie clinique, **« l'anxiété chez les handicapés moteurs »**, Université de A. Mira, Bejaia.

2-Bouzit.H(2012), Mémoire de Master en psychologie clinique, **« L'estime de soi chez les adolescents des parents divorcés »**, Université de A. Mira. Bejaia.

3-Darnac.C(2008), Mémoire de fin d'étude, **« L'adolescent face d'un diabète de type1 »**, Institut de formation en soin infirmiers Saint Antoine, Paris.

4-Lappière.C(2011), Mémoire en vue de l'obtention du grade de Maitrise ès sciences, **« Analyse de lien séquentiel entre les comportements d'anxiété et d'évitement lors d'interactions parents-enfant »**, Université Montréal.

5-Matto Avila.E(2010), thèse de doctorat en science de l'éducation, **« analyse comparative des modèles français sur et brésilien de la pratique de médiation familiale et les et les effets sur les couples en instance de séparation »**, sous la direction de MarieAnaut, Université Lumière Lyon 2. 63-6-

6-Merzouki. H, (2004) , **«Etude de la relation familiale chez l'enfant victime de maltraitance parentale »**. Mémoire de magister en psychologie clinique, psychologie traumatique, université des frères Mentouri, Constantine.

7--Pupaza. C.M(2010), thèse de doctorat en psychiatrie, « **Trouble anxété généralisée propos sur l'intolérance à l'incertitude de la vie** », sous la direction de Madame le docteur GOHIER Bénédicte , Université d'Angers.

Les sites d'internet

1- www.anxiété.fr/trouble-anxieux-generlise/anxiété/anxiété.definition.htm.

2-[http://www.emoterra.org/definition-séparation-a 0866375.htm](http://www.emoterra.org/definition-séparation-a-0866375.htm).

3-[http://www.emoterra.org/definition-séparation-a 0866375.htm](http://www.emoterra.org/definition-séparation-a-0866375.htm).

4-<http://www.centrelav-ge.ch/index.php?q:victimes-que-faire/violences-conjugales/informations-detaille/differents-type-de>.

5-fr.wikipedia.org/wiki/Entretien_semi_directif.

GUIDE D'ENTRETIEN

Annexe 1

Axe 1 : caractéristiques personnelles

- 1- nom
- 2- âge
- 3- Quel est votre niveau d'instruction ?
- 4- Depuis quand tes parents sont séparés ?

Axe 2 : la situation familiale et sociale

- 5- Pouvez vous me parler de la relation avec vos parents ?
- 6- Pouvez vous me dire quel est votre classement dans la famille ?
- 7- Pouvez vous me parler sur la séparation de vos parents ?
- 8- Est-ce que la situation de vos parents a laissé des cicatrices sur votre vie journalière.

Axe 3 : Anxiété

- 9- Est-ce que vous sentez avoir un sentiment d'insécurité ?
- 10- Etes vous inquieté par cette situation ?
- 11- Est-ce que vous avez peur de votre avenir si la séparation de tes parents continue à se dégrader ?
- 12- Est-ce que vous avez de perdre votre équilibre ?
- 13- Avez-vous une difficulté d'endormissement ?
- 14- Sentez-vous de la peur, de transpiration, de l'incapacité de se détendre ?

Annexe 2

Echelle d'Hamilton d'évaluation de l'anxiété

Consigne

Parmi les quatorze propositions suivantes, déterminez celles qui correspondent le mieux à votre état en affectant à chaque groupe de symptômes une note 0 et 4 :

0 : Absent, 1 : Leger, 2 : Moyen, 3 : fort, 4 : Maximal

Humeur anxieuse

Inquiétude-attente de la pire appréhension (anticipation avec peur)-irritabilité-consommation de tranquillisants.

Tension

Impossibilité de se détendre-réaction de sursaut-pleur faciles-tremblement-sensation d'être incapable rester en places-fatigabilité.

Peurs

De mourir brutalement -D'être abandonné-du noir –des gens-des animaux-de la foule-des grandes espaces-des ascenseurs-des avions-des transports.

Insomnie

Difficulté d'endormissement-sommeil interrompu-sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil-rêves pénibles cauchemars-angoisse ou nocturnes.

Fonction intellectuelles (cognitive)

Difficulté de concentration-mauvaise mémoire, cherche ses mots-fait des erreurs.

Humeur dépressive

Perte des intérêts-ne prend plus plaisir a ses passe-temps tristesse insomnie du matin.

Symptômes somatiques généraux (musculaire)

Douleur et courbatures-raideur musculaires-sursauts musculaires-grincement des dents-Contraction de la mâchoire-voix mal assurée.

Symptômes somatiques généraux (sensoriels)

Sifflement d'oreilles-vision brouillé de chaleur ou de froid-sensation de faiblesse-Sensation de fourmis-de picotements.

Symptômes cardiovasculaires

Tachycardie-palpitation-douleur dans la poitrine-battement dans les vaisseaux-syncopales-extra systoles.

Symptômes respiratoires

Oppression douleur dans la poitrine-sensation de blocage-d'étouffement-soupirs-respiration rapide au repos.

Symptômes gastro-intestinaux

Difficulté pour avaler-douleur avant ou après le repas, sensation de brûlure, ballonnement, reflux, nausée, vomissements, creux à l'estomac, « colique » abdominale-borborygmes-diarrhée-constipation

Symptômes génito-urinaires

Règles douloureuses ou anormales-troubles sexuels (impuissance, frigidité) mictions fréquentes, urgentes ou doubles.

Symptômes du système nerveux autonome

Bouche sèche-accès de rougeur-pâleur-sueur-vertiges-maux de tête.

Comportement lors de l'entretien

Général : mal à l'aise-agitation nerveuse-tremblement des mains front plissé-faciès tendu-augmentation du tonus musculaire.

Physiologique : avale sa salive-éructation-palpitation au repos-accélération respiratoire-reflexes tendineux vifs-dilatation pupillaire-battement des paupières.

Totale (le seuil admis en générale pour une anxiété significative est de 20 sur 56). N'hésitez pas à en discuter avec votre médecin.

Résumé

Le développement de l'être humain consiste son développement comme une entité psychologique et psychique, alors dans notre recherche on a ouvert le champ sur l'étude de cette cas qui s'est décoller dans l'établissement de Bordj-Mira Nouveau Base 4 dont on a trouvé des adolescents qui souffrent de l'anxiété de séparation qui est une inquiétude excessive et la peur d'être en dehors de membre de la famille ou les personnes à qui un enfant est le plus attaché. Elle influence sur les sujets de l'adolescence car est une période cruciale ou l'adolescent subit aux divers changements.

On a opté pour l'utilisation des outils suivants l'entretien clinique pour obtenir des différents informations sur les sujets et une échelle de l'évaluation de d'Hamilton de l'anxiété pour compléter les données et vérifier notre hypothèse qui s'intitule « des adolescents séparés de leurs parents souffre d'une anxiété » cette hypothèse a été confirmé à partir des résultats d quatre cas sur sept cas qui présente une anxiété sévère 2 cas modère et infirmé par un cas qui présente une anxiété légère. Nous avons déduit que les adolescents souffrent d'une anxiété sévère.

Chapitre I

Cadre méthodologique

Chapitre II

La séparation conjugale

Chapitre III

L'adolescence

Chapitre IV

L'anxiété

Chapitre V

Cadre méthodologique de recherche

Chapitre VI

Présentation, analyse et discussion des résultats

La partie théorique

La partie pratique

Bibliographie

Annexes