REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOSLECENTE
REVUE DE PSYCHIATRIE ET PSYCHOLOGIE DE L'ENFANT ET DE LÁDOLESCENT
ISNN : 1578-1062

Dans la genèse d'un trouble anxieux de l'enfant ; qu'on est-il des angoisses des parents ?

In the development of an anxiety disorder in a child, what role do the parents' anxieties play?

En el origen de un trastorno de ansiedad en el niño, ¿qué hay de las angustias de los padres?

Rachida sbaa
CHU Mohammed VI Marrakech
ORCID : https://orcid.org/0009-0009-1487-8029

Bouchra AABBASSI
Psychiatry and Mental Health Research Team – Ibn Nafis Hospital. Mohammed VI University Hospital, Marrakesh

Fatiha MANOUDI
Psychiatry and Mental Health Research Team – Ibn Nafis Hospital. Mohammed VI University Hospital, Marrakesh

Correspondence: Rachida Sbaa
Email: Dr.sbaa.r@gmail.com
Reçu: 19/10/26
Accepté : 29/10/2026

Volume 12, numéro 1, 2026, pp. 1-10
Cet article est sous licence Creative Commons BY-NC-ND 4.0
DOI : https://doi.org/10.65549/xvbaxt69

Résumé

Les enfants de parents anxieux présentent un risque nettement accru (jusqu'à cinq fois supérieur) de développer eux-mêmes des troubles anxieux, sous l'effet conjugué de facteurs génétiques et environnementaux. Nous rapportons le cas de Lilia, fillette de 7 ans adressée pour refus scolaire, chez qui le diagnostic de refus scolaire anxieux sur anxiété de séparation d'intensité sévère a été retenu à travers le cosleeping et les conduites d'évitement, un sentiment d'insécurité émotionnelle en l'absence de la maman. L'absence d'amélioration après huit semaines d'une prise en charge bien conduite basée sur une guidance parentale, une psychothérapie et un traitement médicamenteux a motivé la recherche de facteurs nourriciers de l'anxiété, révélant une histoire maternelle marquée par des psychotraumatisme sévères entretenant, et un style éducatif parental à la fois permissif et hyperprotecteur. L'initiation d'une thérapie maternelle individuelle a permis la reprise progressive de la scolarisation. Ce cas illustre les mécanismes de transmission transgénérationnelle des troubles anxieux et souligne la nécessité d'une approche thérapeutique intégrée, incluant les parents, pour assurer une rémission durable.

Mots-clés : anxiété de séparation ; refus scolaire ; transmission transgénérationnelle ; anxiété parentale ; psychotraumatisme.

Abstract

Children of anxious parents face a significantly higher risk—up to five times greater—of developing anxiety disorders themselves, due to a combination of genetic and environmental factors. We report the case of Lilia, a 7-year-old girl referred for school refusal. She was diagnosed with school refusal rooted in severe separation anxiety, manifested through co-sleeping, avoidant behaviors, and a sense of emotional insecurity in her mother's absence. A lack of improvement after eight weeks of well-conducted treatment—comprising parental guidance, psychotherapy, and medication—prompted an investigation into factors fueling the anxiety. This revealed a maternal history marked by severe psychological trauma, as well as a parenting style that was both permissive and overprotective. Initiating individual therapy for the mother facilitated the child's gradual return to school. This case illustrates the mechanisms of the transgenerational transmission of anxiety disorders and underscores the need for an integrated therapeutic approach—one that includes the parents—to ensure lasting remission.

Keywords: separation anxiety; school refusal; transgenerational transmission; parental anxiety; psychological trauma.

Resumen

Los hijos de padres con ansiedad presentan un riesgo notablemente mayor (hasta cinco veces superior) de desarrollar, a su vez, trastornos de ansiedad, debido a la combinación de factores genéticos y ambientales. Presentamos el caso de Lilia, una niña de 7 años derivada a consulta por rechazo escolar. Se estableció el diagnóstico de rechazo escolar de origen ansioso, vinculado a una ansiedad por separación de intensidad grave, manifestada a través del colecho, conductas de evitación y una sensación de inseguridad emocional ante la ausencia de la madre. La falta de mejoría tras ocho semanas de un abordaje terapéutico adecuado —que incluyó orientación a los padres, psicoterapia y tratamiento farmacológico— llevó a investigar los factores que alimentaban dicha ansiedad. Esto reveló una historia materna marcada por psicotraumas graves, así como un estilo de crianza caracterizado por ser, simultáneamente, permisivo e hiperprotector. El inicio de una terapia individual para la madre permitió la reincorporación progresiva de la niña a la escuela. Este caso ilustra los mecanismos de transmisión transgeneracional de los trastornos de ansiedad y subraya la necesidad de un enfoque terapéutico integral, que incluya a los padres, para garantizar una remisión duradera.

Palabras clave: ansiedad por separación; rechazo escolar; transmisión transgeneracional; ansiedad parental; psicotrauma.

Introduction

Les enfants de parents anxieux présentent un grand risque (jusqu'à cinq fois plus élevé que la population générale) de développer des troubles anxieux, en raison de l'intrication de facteurs génétiques et environnementaux [13]. Les modèles d'attachement intense, la surprotection parentale et les stratégies d'adaptation dysfonctionnelles jouent un rôle clé dans le développement de l'anxiété chez l'enfant.
Une prise en charge précoce, impliquant des interventions thérapeutiques adaptées à la fois pour les enfants et pour leurs parents, est essentielle afin de prévenir et de traiter l'anxiété et ses conséquences à long terme.
L'intérêt de ce travail est de comprendre et d'explorer, à partir d'un cas clinique de refus scolaire, les interactions complexes entre les troubles anxieux parentaux et leurs répercussions sur le développement psychologique et émotionnel des enfants.

Observation clinique

Lilia, fille de 7 ans, aînée d'une fratrie de deux, sans antécédents pathologiques particuliers, est adressée par son service de pédiatrie pour évaluation d'une situation de refus scolaire.
L'entretien retrouve, un tempérament anxieux, un style éducatif parental à la fois permissif et hyperprotecteur, une symptomatologie anxieuse, associant des signes physiques (Douleurs abdominales, tachycardie), psychiques (une détresse excessive quand la séparation se produit ou quand on sait qu'elle va avoir lieu (pleurs, panique, supplications) et comportementaux (évitement), s'exprimant pleinement lors de la scolarisation en CE1 avec un décrochage scolaire.
Sur le plan familial, on note un père âgé de 54 ans, surprotecteur et permissif, une mère hyperprotectrice maintenant un cosleeping avec ces deux enfants. L'évolution est marquée par plusieurs événements aggravants : une maltraitance physique par un enseignant et le séisme d'El Haouz.
L'entretien ne relève pas d'éléments en faveur d'un trouble neurodéveloppemental ni en faveur d'un trouble de stress post-traumatique. Lilia verbalise clairement une anxiété de séparation : peur qu'il arrive quelque chose à sa mère, peur du séisme, peur de rester seule ou de dormir seule. Sur le plan scolaire, les acquisitions de base restent relativement conservées, et il n'existe pas d'élément actuel en faveur d'un harcèlement scolaire.
Après avoir éliminé une étiologie organique, le diagnostic retenu est celui d'un refus scolaire anxieux sur une anxiété de séparation intense, associée à un style éducatif parental incohérent et à des facteurs perpétuants (maltraitance scolaire antérieure et séisme), sans reviviscence traumatique avec un retentissement scolaire et familial important, sans comorbidité.
La prise en charge a consisté en d'une psychoéducation avec information sur l'anxiété de séparation comme réaction de détresse intense et disproportionnée à l'idée ou au fait d'être séparé des figures d'attachement (la mère dans

notre cas), elle peut être normale et développementale ; qu'on parle de trouble seulement quand l'intensité, la durée et le retentissement sur la vie quotidienne deviennent excessifs. Les parents ont à valider l'émotion sans céder à l'évitement ; renforcer la réassurance, gérer leur propre anxiété ; encourager l'autonomie par petits pas ; l'adoption d'un style éducatif rassurant, sans permissivité ni violence ; ainsi qu'une action progressive sur le cosleeping.

Une psychothérapie avec création d'un espace sûr où Lilia peut ; par la parole, le jeu, et le dessin ; exprimer sa peur, nommer ses émotions (j'ai peur que ma maman meure durant mon absence) ; puis une réintégration scolaire progressive, associée à un courrier adressé à l'école expliquant les aménagements nécessaires ;

Vu l'intensité de la symptomatologie, la durée et son retentissement ; un traitement médicamenteux ; par la sertraline 25 mg/j ; est initialement prescrit, avec une bonne tolérance et une amélioration du sommeil, puis augmentée à 50 mg/j pendant 4semaines, suivi de d'une augmentation100mg de sertraline pendant quatre semaines, sans amélioration constatée. Ce constat thérapeutique nous a conduit à la recherche de facteurs nourriciers de l'anxiété, orientant l'exploration vers l'histoire parentale.

L'histoire maternelle se révèle marquée par : un décès des deux parents, suivi d'une adoption, une maltraitance infantile, des attouchements à signification sexuelle itératifs par le père adoptif, et un viol à l'âge de 17 ans par une personne majeure. En conséquence de ces psychotraumatismes, la mère maintient le cosleeping et évite que ses deux fillettes restent seules, même avec leur propre papa, nourrissant de ce fait un sentiment d'insécurité émotionnelle chez Lilia. Une thérapie maternelle individuelle, psychiatrique et psychologique, est alors initiée. Elle permet une reprise progressive de la scolarisation de Lilia et l'initiation d'un processus d'autonomisation.

Discussion

Ce cas illustre les principaux mécanismes de la transmission transgénérationnelle des troubles anxieux, qui incluent plusieurs facteurs intriqués : la prédisposition génétique, la modélisation (apprentissage par observation), le style parental surprotecteur, l'environnement familial stressant et l'attachement insécure.

Les troubles anxieux, y compris le refus scolaire anxieux, ont une composante génétique bien établie. Ce facteur existe que l'anxiété soit présente chez la mère ou chez le père. Il se manifeste surtout durant l'enfance, mais des preuves existent également chez le nourrisson et l'adolescent [13].

L'enfant peut hériter de prédispositions biologiques à l'anxiété, notamment des altérations des systèmes neurobiologiques impliqués dans la gestion du stress, comme les circuits de la sérotonine, du GABA (acide gamma-aminobutyrique) et de la dopamine, qui jouent un rôle clé dans la régulation émotionnelle.

La modélisation consiste en la transmission de l'anxiété par l'observation des réactions anxieuses des parents, qu'elles soient comportementales, verbales ou non verbales, ou par le renforcement de l'inhibition comportementale sur un tempérament timide. Cette modélisation génère un apprentissage des comportements d'évitement ou d'hypervigilance : les enfants apprennent ainsi que l'anxiété est une réponse appropriée face à l'incertitude ou au danger, ce qui renforce leur réactivité anxieuse.

Le style éducatif parental hyperprotecteur correspond à un niveau excessif de contrôle et de protection vis-à-vis de l'enfant, empêchant ce dernier de faire face de manière autonome à des situations stressantes ou anxiogènes. Ce

type de parentalité entrave le développement de stratégies d'adaptation saines chez l'enfant, renforçant ainsi ses comportements d'évitement et son anxiété à long terme [10].

Plusieurs facteurs environnementaux peuvent entraîner une activation excessive du système de stress de l'enfant et augmenter sa vulnérabilité aux troubles anxieux, à savoir : les conflits familiaux ; les changements de vie significatifs (divorce, déménagement) ; les attentes parentales irréalistes ; le harcèlement scolaire ; les psychotraumatismes (deuil, divorce, maltraitance).

Ces environnements stressants perturbent la régulation émotionnelle de l'enfant et limitent le développement de stratégies d'adaptation appropriées, renforçant ainsi les comportements d'évitement et l'anxiété [6, 12].

Un attachement insécure, notamment anxieux ou évitant, dû à des réponses parentales incohérentes ou insensibles, empêche également l'enfant de développer un sentiment de sécurité dans ses relations, favorisant ainsi des comportements anxieux face à l'incertitude ou à la séparation [8].

Si la surprotection maternelle occupe le devant de la scène, la contribution paternelle apparaît ici tout aussi déterminante, et complémentaire. Le père de Lilia, âgé de 54 ans, associe deux caractéristiques dont la littérature souligne le poids : un style éducatif permissif et un âge paternel avancé. Le style permissif, tel que défini par Baumrind, se caractérise par une chaleur affective élevée associée à un faible niveau d'exigence et de contrôle : le parent cède aux demandes de l'enfant, évite le conflit et n'impose ni limites ni cadre stable. Longtemps considéré comme bénin parce qu'il est affectueux, ce style est aujourd'hui identifié comme un facteur de risque à part entière des troubles internalisés. Kadoglou et al. rapportent que le style permissif multiplie par plus de deux la probabilité de troubles anxieux chez l'enfant d'âge préscolaire, et retrouvent une tendance similaire pour la permissivité paternelle [7]. Le mécanisme est double : d'une part, l'absence de cadre prive l'enfant des repères prévisibles nécessaires à la construction du sentiment de sécurité ; d'autre part, la permissivité valide implicitement l'évitement, puisque l'enfant qui refuse d'affronter une situation anxiogène n'y est jamais confronté. Chez Lilia, le refus d'aller à l'école, le refus de dormir seule et le maintien du cosleeping n'ont ainsi jamais rencontré de limite structurante : chaque évitement, en soulageant immédiatement l'angoisse, s'est trouvé renforcé négativement et pérennisé.

Il faut souligner l'articulation particulière, dans cette famille, entre la surprotection maternelle et la permissivité paternelle. Loin de se compenser, ces deux styles se complètent dans le sens de l'évitement : la mère, marquée par ses propres psychotraumatismes, empêche la séparation ; le père, permissif, ne l'impose pas davantage et n'exerce pas la fonction de tiers séparateur qui aurait pu ouvrir un espace d'autonomisation. L'incohérence éducative qui en résulte, oscillant entre le contrôle anxieux et l'absence de cadre, avec en arrière-plan l'expérience de la maltraitance scolaire, correspond précisément aux réponses parentales incohérentes décrites comme génératrices d'attachement insécure.

L'âge paternel avancé (âge paternel ≥ 40 ans lors de la naissance) constitue un second élément d'intérêt. Il est associé à un risque accru de troubles neurodéveloppementaux et psychiatriques chez la descendance, par le biais de mutations de novo, d'altérations épigénétiques et de modifications de la qualité des gamètes liées à l'âge, ce qui peut contribuer à la vulnérabilité biologique à l'anxiété évoquée plus haut [11, 14]. Mais l'âge paternel avancé introduit surtout, au-delà du biologique, des dy-

namiques psychosociales spécifiques qui influencent le style éducatif, les patterns d'attachement et le développement émotionnel de l'enfant [11]. Un père plus âgé tend à adopter une posture plus indulgente et moins contenante, souvent décrite comme « grand-paternelle », avec une moindre disponibilité physique pour les activités de mise à l'épreuve et d'exploration. Chez Lilia, dont le père avait 47 ans à sa naissance, cette configuration a pu renforcer la permissivité observée.

Enfin, la question de l'angoisse de mort mérite d'être soulevée : dans les familles à âge paternel avancé, les préoccupations existentielles liées à la mortalité du parent peuvent affecter la relation parent-enfant et se manifester chez l'enfant par des craintes anxieuses centrées sur la perte [11]. Or la symptomatologie de Lilia s'organise précisément autour de la peur qu'il arrive quelque chose à sa mère ; une angoisse de perte de la figure d'attachement, réactivée par le séisme d'El Haouz. Cette dimension, souvent négligée dans l'évaluation, mérite d'être explorée systématiquement et intégrée à la guidance parentale.

Le cas de Lilia illustre de façon exemplaire l'articulation de ces mécanismes et, surtout, le rôle décisif de l'histoire maternelle dans l'entretien de l'anxiété de l'enfant. La littérature récente sur la transmission intergénérationnelle du traumatisme éclaire précisément la trajectoire observée.

Chez la mère, l'accumulation d'expériences traumatiques infantiles (adoption, maltraitance, attouchements itératifs par le père adoptif, puis viol à l'adolescence) constitue un ensemble d'adversités précoces (Adverse Childhood Experiences) dont plusieurs études longitudinales montrent qu'elles se répercutent sur la santé mentale de la descendance. Ces adversités maternelles agissent notamment par le biais de représentations parentales altérées et d'une insécurité d'attachement adulte, identifiées comme des voies médiatrices de la transmission [18].

Le mécanisme le plus manifeste ici est celui d'un parentage marqué par le trauma. Field et collaborateurs ont montré qu'un style parental d'inversion des rôles médiatise la relation entre l'état de stress post-traumatique maternel et l'anxiété des filles [5]. Chez Lilia, le maintien du cosleeping et l'évitement, par la mère, de toute séparation (au point de ne pas laisser ses filles seules avec leur propre père) traduisent moins une protection ajustée qu'une projection, sur l'enfant, de la propre insécurité maternelle. La disponibilité émotionnelle de la mère, décrite comme un médiateur central de la transmission du traumatisme, se trouve altérée : la vigilance anxieuse maternelle signale en permanence à l'enfant que le monde et la séparation sont dangereux.

Ce fonctionnement rejoint le mécanisme de modélisation et celui de l'attachement insécure décrits plus haut : Lilia apprend, par observation directe des conduites d'évitement maternelles, que l'anxiété est la réponse adaptée à la séparation, et développe un attachement anxieux face à des réponses parentales sur-inquiètes. La superposition d'événements traumatiques propres à l'enfant (maltraitance par un enseignant, séisme d'El Haouz) est venue activer un système de stress déjà rendu vulnérable, précipitant le refus scolaire.

Cette lecture explique rétrospectivement l'échec de la prise en charge initiale centrée sur la seule enfant : tant que la source maternelle de l'insécurité (le traumatisme non traité et les conduites de surprotection qui en découlent) restait active, la symptomatologie de Lilia ne pouvait céder. C'est bien l'initiation d'une thérapie maternelle individuelle, ciblant ce facteur nourricier, qui a permis d'enclencher l'amélioration et la reprise de l'autonomisation, conformément aux données qui identifient la

dyade mère-enfant comme cible thérapeutique privilégiée dans la transmission du traumatisme [18].

Conclusion

La transmission des troubles anxieux résulte de facteurs personnels, génétiques et environnementaux. Comme l'illustre le cas de Lilia, l'échec d'une prise en charge centrée sur le seul enfant doit faire rechercher les facteurs parentaux nourriciers de l'anxiété. Une approche thérapeutique intégrée, prenant en compte l'ensemble de ces éléments et incluant si nécessaire le traitement des psychotraumatismes parentaux, est essentielle pour assurer une rémission durable et l'acquisition de stratégies d'adaptation à long terme.

Pas de conflits d'intérêts
Pas de source de financement

Références

1. Florence Calicis, *Thérapie Familiale. 2006 ;27(3) :229*. (La transmission transgénérationnelle des traumatismes et de la souffrance non dite). https://shs.cairn.info/revue-therapie-familiale-2006-3-page-229

2. Hélène Denis, *Enfances & Psy*. 2005 ;3(28) :98. (Le refus scolaire anxieux). https://shs.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2005-3-page-98

3. Dunod, coll. *Les Ateliers du praticien* (Anxiété de séparation et refus scolaire anxieux (chapitre 13). In : Traiter les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent — Du diagnostic à la prise en charge. ; p. 202-215). https://shs.cairn.info/traiter-les-troubles-anxieux-chez-l-enfant-et-l-ad--9782100769612-page-202

4. L'équipe de l'Institut du Cerveau de l'Enfant *CléPsy (Hôpital Robert-Debré)*. (Refus scolaire anxieux : le comprendre et le gérer. Fiche clinique à destination des familles). https://www.clepsy.fr/refus-scolaire-anxieux-le-comprendre-et-le-gerer/

5. Field NP, Muong S, Sochanvimean V, *American Journal of Orthopsychiatry.* (Parenting and intergenerational effects of the Khmer Rouge regime: maternal PTSD and daughters' anxiety). https://doi.org/10.1111/ajop.12057

6. Jennifer L. Hudson, Helen F. Dodd & Nataly Bovopoulos*, Journal of Abnormal Child Psychology* (Temperament, Family Environment and Anxiety in Preschool Children). https://doi.org/10.1007/s10802-011-9502-x

7. Maria Kadoglou, Eftychia Tziaka, Maria Samakouri, Aspasia Serdari *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2024.Kadoglou M, et al. (Preschoolers and anxiety: The effect of parental characteristics). https://doi.org/10.1111/jcap.12445

8. Sheri Madigan, Leslie Atkinson, Kristin Laurin, Diane Benoit*, Developmental Psychology*. (Attachment and Internalizing Behavior in Early Childhood: A Meta-Analysis). https://doi.org/10.1037/a0028793

9. Anna Maria Nicolò et Eleonora Strinati*, Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux. 2007 ; n° 38, pages 61 à 79. (*Transmission du traumatisme et défense transpersonnelle dans la famille). https://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-

familiale-2007-1-page-61.htm Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux 2007/1 Éditions De Boeck Supérieur

10. BR Sahithya, Vijaya Raman, *Indian Journal of Psychological Medicine*. (Parenting Style, Parental Personality, and Child Temperament in Children with Anxiety Disorders — A Clinical Study from India). https://doi.org/10.1177/0253717620973376

11. Tiago Aguiar Soares Shared Death Anxiety *Pubmed*: (Obsessive-Compulsive Disorder and Advanced Paternal Age). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11830424/

12. Jordan T. Stiede and Eric A. *Storch Psychiatric Clinics of North America*. (Family Factors in the Development and Management of Anxiety Disorders). https://doi.org/10.1016/j.psc.2024.04.018

13. Shaun Sweeney, Charlotte Wilson, *Journal of Affective Disorders/ ScienceDirect. Parental* (anxiety and offspring development: A systematic review). https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.128

14. Jacob L.Taylor, (Paternal âge related de Novo mutations and risk for five disorders https://www.biorxiv.org/content/10.1101/192740v2.full.pdf

15. Tazouti Y, Portenseigne C, Luxembourger C *Enfance. 2018;2018/4(4):533-548.* (Relations entre anxiété parentale et anxiété de l'enfant face à la scolarisation). https://doi.org/10.3917/enf2.184.0533

16. Jean Xavier, *La Revue du Praticien* (Refus scolaire). https://www.larevuedupraticien.fr/article/refus-scolaire

17. Zebdi R, Lignier B *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. (Anxiété de séparation et refus scolaire anxieux chez l'enfant : étude de cas). 2017;27(4):165-176. https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2017.06.001

18. Jenney Zhu, Nicole Racine, Suzanne Tough, and Sheri Madigan; *Pubmed* (Pathways of Intergenerational Risk: Examining the Association Between Maternal Adverse Childhood Experiences and Child Socio-Emotional and Behavioral Concerns). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11894878/