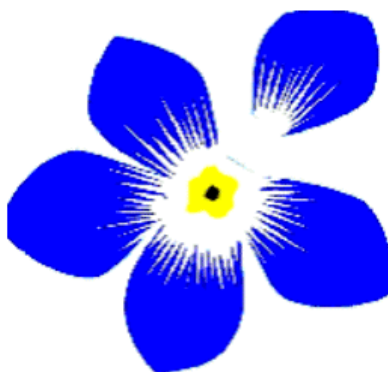


PETALES asbl

Rue des Montis, 16

B-5537 ANHEE



Parents d'Enfants présentant
des Troubles de l'Attachement :
Ligue d'Entraide et de Soutien.

L'ENFANT SOUFFRANT DE TROUBLES DE L'ATTACHEMENT

Information rassemblée par
Françoise HALLET
Marylou BEAUFORT

INTRODUCTION

Les troubles de l'attachement sont une terrible réalité pour bon nombre d'enfants et de parents aimants qui ne comprennent pas pourquoi leur enfant ne veut pas de leur amour. Jusqu'il y a peu, en Belgique francophone et même dans toute la francophonie, ces parents vivaient dans l'isolement, n'osant pas parler de ce qui se vit chez eux, se croyant de mauvais parents, incapables d'élever cet enfant pas comme les autres, culpabilisés, parfois terrifiés devant l'évolution de leur enfant.

En novembre 2000, un article de l'hebdomadaire belge francophone *Le Vif / L'Express* "L'enfant passoire" a été pour un certain nombre de parents une révélation. Non, ils ne sont pas seuls, oui, leur enfant n'est pas 'comme les autres', il souffre de **TROUBLES DE L'ATTACHEMENT**.

Avec l'aide et de soutien de Wat Nu?, association flamande de parents, ces premiers parents francophones se sont regroupés et ont mis sur pied en janvier 2001 **PETALES**, asbl "Parents d'Enfants présentant des Troubles de l'Attachement : Ligue d'Entraide et de Soutien".

Depuis lors, des centaines de parents ont contacté cette asbl, se reconnaissant dans les descriptions faites dans divers articles de journaux, émissions de radio ou de télévision.

La documentation en français sur les troubles de l'attachement est pauvre, alors que les anglo-saxons, les Américains en particulier, connaissent ce problème depuis longtemps. Il existe chez eux de nombreuses publications d'origines diverses (chercheurs, thérapeutes, centres de traitement, parents...) qui détaillent les causes, les symptômes et les traitements possibles des troubles de l'attachement.

Je me suis donc attachée depuis plus d'un an dans le cadre de l'asbl PETALES à lire et à traduire tout ce que j'ai pu trouver, dans l'ordre où je l'ai découvert. J'ai rassemblé et traduit ainsi plus d'une certaine d'articles, de sites internet, et deux livres.

Ce fascicule est avant tout une compilation de l'essentiel de ce que j'ai pu lire et traduire, il essaie de présenter l'état actuel des connaissances d'une façon organisée. Ces informations ont été relues et commentées par Marylou Beaufort, psychothérapeute, et moi-même à la lumière de notre expérience de mamans et de nos connaissances professionnelles.

J'espère qu'il permettra aux parents comme aux professionnels de mieux comprendre les souffrances de nos enfants et de nos familles et de trouver des pistes pour y remédier quelque peu.

J'attends vos commentaires, critiques et compléments d'information pour améliorer ce travail.

Docteur Françoise HALLET
Bd Saintelette, 80
7000 Mons
065/31.87.75
hallet.francoise@skynet.be

Ne soyez pas trompés par moi.
 Ne soyez pas trompés par l'air que j'ai
 Parce que je porte un masque –
 Un masque que j'ai peur d'enlever.
 Faire semblant est un art qui est ma seconde nature...
 Mais ne vous y trompez pas.

Je vous donne l'impression que je suis en sécurité.
 Que tout est ensoleillé et sans faux pli avec moi, à l'intérieur comme à l'extérieur.
 Que la confiance est mon nom et le calme est mon jeu.
 Que l'eau dort et que je contrôle.
 Et que je n'ai besoin de personne.
 Mais ne me croyez pas ... s'il vous plaît.

Ma surface peut sembler lisse, mais ma surface est mon masque.
 En dessous sourd le vrai moi dans la confusion – dans la crainte – seul – dans la souffrance.
 Mais je le cache; je veux que personne ne le sache.
 Je panique à l'idée de mes faiblesses, de mes craintes et de ma souffrance exposées.
 C'est pourquoi je crée avec frénésie un masque pour me cacher derrière lui.

J'ai besoin d'aide ... d'aide qui est suivie de l'attention des gens qui se préoccupent assez pour m'aider.
 C'est la seule chose qui puisse me libérer. De moi-même; des murs de ma propre prison que j'ai bâtie moi-même.
 Des barrières que j'ai si péniblement érigées.
 Mais je ne vous dis pas cela. Je n'ose pas. J'ai peur.
 J'ai peur que vous pensiez que je n'en vaud pas la peine et que vous riiez. Et votre rire me blessera.
 J'ai peur qu'au fond de moi je ne sois rien, que je ne sois rien de bon. Et que vous le verrez et que vous me rejetterez.

Aussi je joue mon jeu, mon jeu désespéré; avec un masque d'assurance à l'extérieur.
 Et un enfant tremblant à l'intérieur.

Je déteste me cacher. Honnêtement.
 Je déteste le jeu superficiel que je joue, le jeu superficiel, le drôle de jeu.
 J'aimerais vraiment être sincère et spontané ... être moi.
 Mais vous devez m'aider.
 Vous devez me tendre la main même si c'est la dernière chose dont je semble vouloir ou avoir besoin.
 Il n'y a que vous qui pouvez essuyer de mes yeux le vide et la peine que j'essaie de ne pas ressentir.
 Il n'y a que vous qui pouvez m'aider.
 Chaque fois que vous êtes gentil, et doux et encourageant
 Chaque fois que vous essayez de me comprendre parce que vous vous préoccupez réellement de moi,
 les ailes commencent à pousser dans mon cœur.
 De toutes petites ailes, de très faibles ailes. Mais des ailes.

Avec votre sensibilité et votre sympathie, avec votre pouvoir de compréhension, vous pouvez m'insuffler la vie.
 Je veux que vous sachiez cela.
 Je veux que vous sachiez combien vous êtes important pour moi.
 Combien vous pouvez être le créateur de la personne qui est en moi si vous le choisissez.
 S'il vous plaît, choisissez-le.
 Vous seul pouvez casser le mur derrière lequel je tremble. Vous seul pouvez enlever mon masque.
 Vous seul pouvez me libérer de mon sombre monde de panique et d'incertitude – de ma prison solitaire.
 Aussi ne passez pas sans me voir. S'il vous plaît ne passez pas.
 Ce ne sera pas facile pour vous.

Une longue conviction de manque de valeur et de colère construit des murs solides.
 Plus vous vous approchez de moi et plus je peux m'enfuir à l'aveuglette. C'est irrationnel. Parfois je suis irrationnel.
 Je combats cette chose même que je pleure d'avoir.
 Mais on me dit que l'amour, les soins et la tendresse sont plus forts que des murs solides;
 là se trouve mon espoir.
 Mon seul espoir.
 S'il vous plaît, essayer d'abattre ces murs avec des mains fermes mais avec des mains douces
 parce qu'un enfant est très sensible.

Qui suis-je, vous demanderez-vous. Je suis quelqu'un que vous connaissez bien.
 Parce que je suis chaque homme que vous rencontrez. Et je suis chaque femme que vous rencontrez.

Auteur inconnu

TABLE DES MATIERES

L'ATTACHEMENT	5
LES TROUBLES DE L'ATTACHEMENT	17
LESIONS NEUROLOGIQUES	31
TYPES D'ATTACHEMENT	43
SYMPTOMES DES TROUBLES DE L'ATTACHEMENT	49
PREVENTION DES TROUBLES DE L'ATTACHEMENT	72
ATTITUDES THERAPEUTIQUES	81
LES PARENTS	115
LE CAS PARTICULIER DES ENFANTS ADOPTES	123
PETALES	131
CONCLUSION	137
BIBLIOGRAPHIE	139
REFERENCES ET SITES INTERNET	153
TABLE DES MATIERES	157

L'ATTACHEMENT

Depuis toujours la psychologie s'intéresse au développement psycho-affectif de l'enfant. Des chercheurs importants comme Wallon, Spitz, Erikson et Bowlby disent que les fondements de la personnalité de l'adulte se construisent à partir de la sociabilité de l'enfant.

Les chercheurs et les théoriciens tiennent compte en particulier de l'apport de la relation d'attachement en tant que facteur contribuant au développement des compétences sociales et affectives du jeune enfant. En effet *le premier lien que connaît généralement l'enfant, le lien avec sa mère, devient par la force des choses le premier modèle de ce qu'est une relation et de ce qu'il peut en attendre.*

1. John Bowlby et la théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement commence à prendre forme en 1948. John Bowlby (1907-1990), psychiatre anglais, fait une enquête systématique sur les effets de la séparation des petits enfants et de leur mère, observant pour cela des enfants hospitalisés ou séjournant dans une pouponnière. Ces enfants séparés de leur mère pour une longue période, sans substitut maternel stable, vivent dans la détresse pendant leur éloignement et lors de leur retour en famille présentent des troubles d'autant plus importants qu'ils ont été plus longtemps séparés de leur mère. Ces troubles sont des réactions de protestation, de désespoir et de détachement. Il en conclut que la perte de la figure maternelle pendant la petite enfance est un événement déterminant dans l'établissement de la personnalité.

En 1950, l'OMS demande à Bowlby d'étudier la santé mentale des enfants sans foyer, particulièrement nombreux après la guerre. Bowlby conclut qu'il est essentiel que les enfants aient accès à une relation chaleureuse, intime et continue avec leur mère ou avec un substitut maternel stable. D'autre part, il est aussi important que cette relation apporte de la satisfaction et de la joie tant à la mère qu'à l'enfant. Par conséquent, Bowlby considère que la perte de la figure maternelle ou de son substitut est le principal agent pathogène dans l'enfance (Bowlby, 1969).

La théorie de l'attachement formulée par Bowlby, rompt avec toutes les théories antérieures des premiers liens sociaux et affectifs de l'enfant humain. Elle peut se formuler ainsi : **la construction des premiers liens entre l'enfant et la mère ou celle qui en tient lieu, répond à un besoin biologique fondamental.** Il s'agit d'un besoin primaire, c'est-à-dire qui n'est dérivé d'aucun.

Cette théorie, avec les travaux d'Harlow et de Bowlby, arrive à maturité en 1958, et c'est vers cette date que le terme *d'attachement* est proposé pour la distinguer, sinon l'opposer, à la théorie des pulsions de Freud.

A travers ce concept Bowlby rompt avec toutes les théories antérieures des premiers liens sociaux et affectifs. Il est en accord avec ses prédécesseurs pour reconnaître l'existence

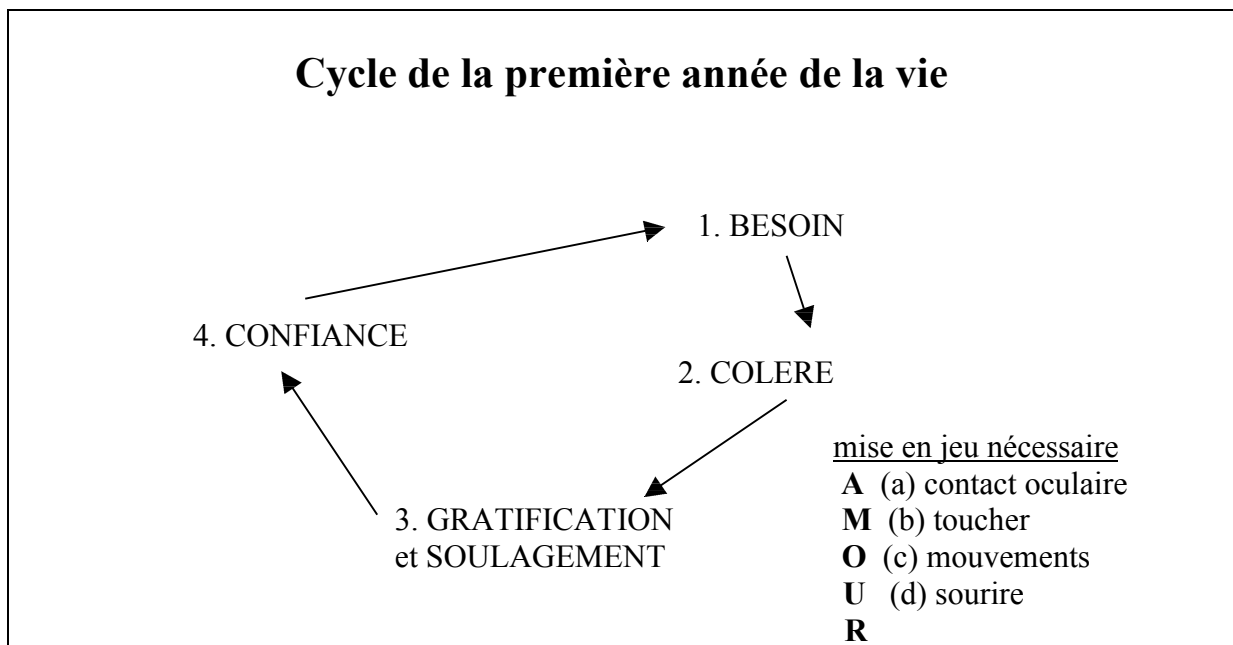
de besoins primaires, indispensables à satisfaire (celui de la nourriture, par exemple). Il insiste sur cette notion en rajoutant une autre jusqu'à présent considérée comme secondaire : c'est le besoin d'attachement.

Son originalité repose sur l'émission de l'hypothèse que le besoin d'attachement est lui aussi primaire et fondamental dans le développement de la personnalité. Cette hypothèse repose sur la théorie du comportement instinctif dont un cas particulier avait été proposé par Lorentz, chez l'animal sous le nom d'empreinte. Dans ce sens il s'éloigne ainsi de Freud pour lequel les seuls besoins primaires sont ceux du corps, l'attachement de l'enfant n'étant qu'une pulsion secondaire qui s'étaie sur le besoin primaire de nourriture.

La théorie de l'attachement s'oppose donc aussi bien à toutes les théories de l'apprentissage social, pour lesquelles les liens affectifs se construisent avec des individus intervenant dans la réduction des besoins primaires qu'à la théorie psychanalytique pour laquelle le lien à la mère s'étaie sur la satisfaction du besoin de nourriture.

2. Comment se développe l'attachement?

a. Cycle de la première année de la vie



La chose la plus importante dans la première année de la vie d'un enfant sont ses besoins et les moyens de les combler. Ses besoins sont la priorité naturelle de ses parents, ils doivent le mettre sur un piédestal. Quand il a un besoin, nourriture, chaleur, contact ou réconfort, il pleure pour avoir satisfaction. Ces pleurs deviennent rapidement de la colère quand l'enfant, dans son impuissance et son désespoir, est dans un état de malaise intolérable pour lui si ses besoins ne sont pas comblés. Quand l'enfant a 7 jours, son attachement à sa mère est tel que ses pleurs et sa communication non verbale sont clairement compris par elle (Verny, 1981). Quand on change de donneur de soins, comme dans le cas des familles d'accueil, de la crèche ou d'une hospitalisation, la nouvelle personne ne connaît pas le langage de l'enfant. Quand l'enfant pleure pour avoir chaud, la nouvelle personne, incapable de

déchiffrer les pleurs et les appels à l'aide de l'enfant, comblera souvent le mauvais besoin. Les pleurs de l'enfant et ses appels à l'aide, quand ils sont correctement compris et comblés par le regard, le toucher, les sourires, le mouvement et du sucre, l'amènent à se sentir en sécurité, à faire confiance et à se lier. Cette confiance de base est le début du développement de la conscience morale (Cline, 1982). La conscience morale nous aide à nous préoccuper des sentiments et besoins des autres, et nous empêche de nous blesser ou de nous tuer les uns les autres.

Le sentiment de sécurité qui est acquis constitue l'élément essentiel qui va permettre à l'enfant à partir d'environ un an, l'exploration du monde extérieur. L'enfant de cet âge est extrêmement sensible à la séparation, à toute menace de perte des figures significatives, mais il est aussi naturellement porté vers l'exploration, s'il se sent assez en sécurité.

Par ses travaux sur des enfants de cet âge, Mary Ainsworth a démontré des liens étroits entre le système d'attachement et le système d'exploration, conduisant au concept de la mère comme base de sécurité (Ainsworth, Bell et Stayton, 1974).

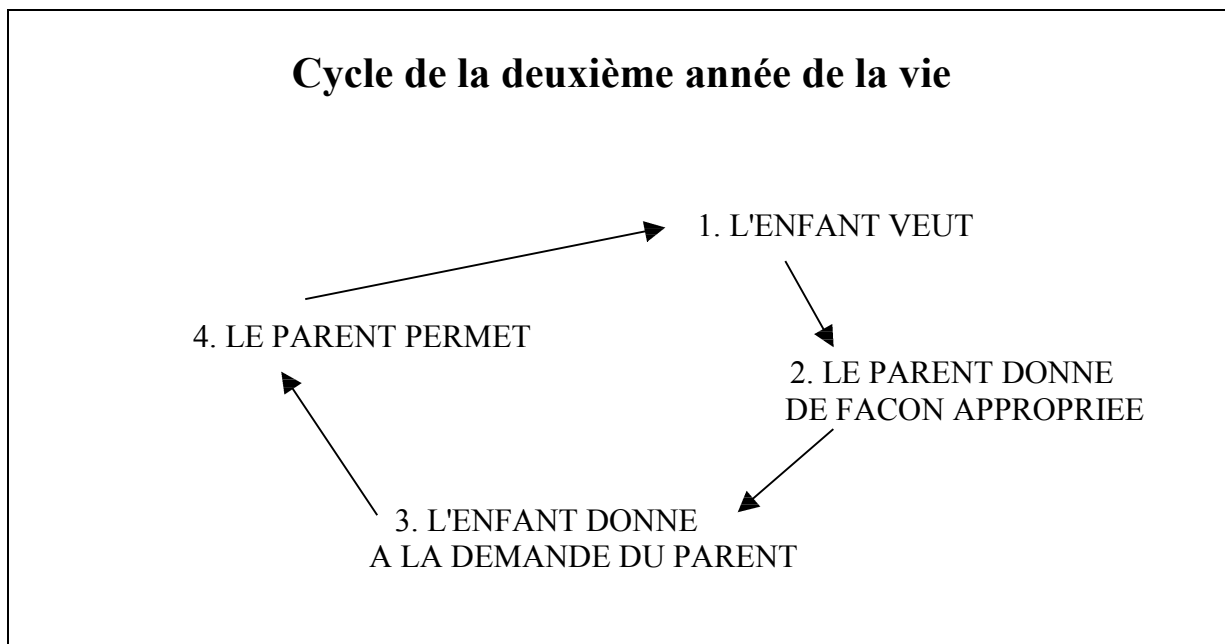
Au cours du développement, les comportements d'exploration et d'attachement se succèdent. En effet, comme le fait remarquer Ainsworth (1967), dès qu'un enfant peut se traîner, il part en excursion (système de comportements d'exploration) s'éloignant parfois au-delà du regard de sa mère. Cependant, il revient de temps en temps afin de s'assurer qu'elle est encore présente et disponible (système de comportements d'attachement) d'autant plus que celle-ci peut être occupée à des tâches autres que celles se rapportant aux soins de son enfant (système de comportements non liés aux soins maternels).

Le système de comportements d'exploration fait rapidement place au système d'attachement si l'enfant est effrayé, s'il se fait mal ou si sa figure d'attachement s'éloigne (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; Bowlby, 1969; Bretherton, 1985). Dans la même perspective, le système de comportements non liés aux soins maternels s'arrête si l'enfant s'éloigne à une certaine distance de sa mère ou si le temps passé hors de sa vue est long. Dans ce cas, la mère ira voir son enfant afin de s'assurer que tout va bien (système de comportements de soins maternels). Enfin, la protection, l'aide ou l'apaisement que procure idéalement la figure d'attachement à l'enfant permettent de répondre favorablement à la fonction ultime des systèmes de comportements en cause, c'est-à-dire, de promouvoir la survie et la reproduction de l'espèce (Bowlby, 1969).

En résumé, c'est à travers les expériences de la vie quotidienne que le lien psychologique se forme entre la personne attachée et la figure d'attachement. Les systèmes de comportements d'attachement et de soins maternels favorisent la proximité entre l'enfant et sa figure d'attachement. Les systèmes d'exploration et d'absence de soins maternels favorisent globalement l'adaptation de l'enfant ou plus particulièrement, le développement de compétences diverses dont l'autonomie.

Le comportement d'attachement, présent donc dès le départ, va se diversifier, s'élargir à des figures auxiliaires, et persiste toute la vie, se manifestant sous des formes assez variées, parfois même symboliques.

b. Cycle de la deuxième année de la vie



Pendant la deuxième année de la vie, entre le premier et le deuxième anniversaire, l'accent devrait être mis sur les limites imposées par les parents. C'est l'année où l'enfant descend du piédestal. Le concept du "NON" et l'acceptation des limites doivent se développer. L'enfant veut avoir des choses, veut faire des choses, comme jouer avec les boutons de la chaîne stéréo. Un parent efficace met des limites en disant "non" et en le pensant. L'enfant qui est attaché et dont le développement de la conscience est adéquat voit le mécontentement dans les yeux du parent, arrête de jouer avec les boutons de la chaîne stéréo, et voit ensuite le contentement dans les yeux du parent. C'est comme cela que l'enfant apprend à accepter les limites. "Ce cycle de désir – mise des limites – acceptation des limites se répète de nombreuses fois dans la journée pendant cette seconde année. Le petit enfant acquiert plus de liberté et d'autonomie en acceptant les limites." (Cline, 1982) Ceci apprend à l'enfant à se contrôler et à respecter les règles de la société.

À partir des expériences quotidiennes des soins maternels, d'exploration, de recherche de proximité ou d'absence de soins maternels, l'enfant se construit un modèle interne opérant (internal working models) de l'environnement, de sa figure d'attachement principale et de lui-même.

c. Le rôle du père

Quant aux pères, "Ils peuvent aider à protéger la mère et le bébé contre tout ce qui tend à s'immiscer dans le lien existant entre eux, ce lien qui constitue l'essence et la nature même des soins maternels." (Winnicott) Ils sont les garants de la relation mère-enfant: le lien est "très puissant" dans les premières semaines, et le rôle du père est alors de "dégager la mère des soucis extérieurs pour qu'elle se centre sur son bébé". Au moment de la naissance, le père est aussi bien souvent le témoin visuel des bons soins prodigués au bébé, c'est lui qui fera le lien pour la mère entre le nouveau-né de l'expulsion et le nourrisson propre et habillé après les soins.

Mais il est aussi témoin de la séparation. Dès lors, en tant que symbole de la fonction paternelle, portée dans une moindre mesure par la mère, le père a aussi un rôle de tiers séparateur. Cette séparation symbolique est à l'œuvre dès l'origine d'un être, au travers des rites qui accompagnent la naissance et rejouent la séparation des corps (perte du placenta, coupure du cordon, présentation de l'enfant) et en soulignent la progression. En incarnant la loi et l'ordre, il pose l'interdit de l'inceste. Le passage de la relation duelle entre le bébé et sa mère à la relation triangulaire permet l'ouverture au monde pour l'enfant, et l'introduction du principe de réalité. L'importance du père dans la vie de l'enfant et dans l'ensemble des processus évolutifs a été mise en évidence plus particulièrement par les théories et travaux psychanalytiques. Si le rôle du père, en tant que modèle identificatoire pour l'enfant, va habituellement croissant à partir de 2 à 3 ans, on ne doit plus sous-estimer les influences antérieures, tant par le biais du vécu maternel qu'au niveau de la relation affective et éducative où il intervient de plus en plus précocement et concrètement. Sans oublier que le rôle et les attitudes du père sont largement conditionnés par le contexte culturel et social, on peut dire schématiquement que les attitudes éducatives paternelles répondant aux besoins d'affection et d'autorité de l'enfant constituent une influence positive ; au contraire, l'attitude caractérisée par l'autoritarisme ou la carence d'autorité, le rejet ou la surprotection, ont des influences négatives, à des degrés variables selon la manière dont elles sont perçues par l'enfant, compensées par d'autres facteurs de milieu.

La plupart des auteurs, lorsqu'ils décrivent la relation mère-enfant, parlent en fait de la figure maternelle. Cette figure peut regrouper plusieurs personnes physiques : la mère, le père, et, par exemple, la puéricultrice de la crèche. Le bébé, comme peut s'en rendre compte un expérimentateur averti, fait la différence entre les gestes, les jeux, la voix, l'odeur de ces différentes personnes qui médient chacune à leur façon son rapport au monde et contribuent donc chacune à sa manière à construire sa personne. Tout au long de la première année, et de manière moins exclusive bien au-delà, le développement de la perception affective et des échanges affectifs précède celui de toutes les autres fonctions psychiques, l'évolution globale étant marquée par une intrication somato-psychique s'exprimant notamment au niveau des différents aspects du développement psychomoteur.

3. Fonctions du comportement d'attachement

Le comportement d'attachement, résultant à la fois d'un besoin inné et d'acquisitions, est bien plus important chez l'homme que chez l'animal et a une double fonction :

- Une fonction de protection (sécurité apportée par l'adulte capable de défendre l'enfant vulnérable contre toute agression) aussi importante que le comportement alimentaire avec sa fonction de nutrition et que le comportement sexuel avec sa fonction de reproduction.
- Une fonction de socialisation : l'attachement se déplace au cours des cycles de la vie, de la mère aux proches, puis aux étrangers, enfin à des groupes de plus en plus larges et devient un facteur aussi important dans la structuration de la personnalité de l'enfant que la nourriture dans la vie physique.

Un **modèle interne opérant** se construit à partir des interactions quotidiennes qu'un enfant entretient, d'abord avec sa mère, puis avec les autres personnes significatives qui

gravitent autour de lui. Ainsi l'enfant se construit un modèle constitué de représentations internes de ce que sont:

- 1) les relations sociales en général;
- 2) de ce qu'il peut attendre d'un lien affectif particulier.

Idéalement, l'enfant se construit un modèle flexible et sécurisant qu'il généralise aux relations ultérieures. Un modèle interne opérant efficace permet au jeune enfant d'anticiper divers phénomènes et le protège des dangers susceptibles d'apparaître dans son environnement de même que dans les environnements nouveaux (Bowlby, 1969).

Mais, si, suite à des expériences déplaisantes répétées avec la figure ou les figures principales d'attachement, ce modèle devient insensible aux expériences changeantes ou inhabituelles, le comportement de l'enfant peut devenir rigide, inadéquat, voire pathologique (Bretherton, 1992; Bretherton, Ridgeway & Cassidy, 1990; Crittenden, 1985).

Concrètement, si un jeune enfant se sent rejeté par sa figure d'attachement principale, il est probable qu'il se forme un modèle interne opérant de lui-même comme n'étant pas digne d'être aimé ou accepté et un modèle interne opérant de son parent comme étant insensible, contrôlant, ridiculisant ou ignorant ses besoins (Bretherton, 1992; Bretherton et al., 1990). De là, les systèmes comportementaux de l'enfant qui se structurent avec le temps cherchent constamment à s'ajuster en fonction du fait qu'ils ne parviennent pas à obtenir la proximité ou la communication (avec la figure d'attachement) essentielle à la sécurité recherchée. En outre, le système de comportements d'attachement d'un enfant qui se conçoit comme indigne d'être aimé est constamment activé et cette utilisation répétée entraîne le développement d'un attachement anxieux. Certes, une telle organisation des comportements diminue la douleur reliée aux relations déformées (Crittenden, 1985). *Toutefois, le schéma défensif ainsi développé (utilisation régulière des comportements d'attachement) pourrait se transposer involontairement dans de nouvelles relations (Kreppner, 1992; Rutter & Garmezzy, 1983) et devenir la base de comportements stéréotypés.*

Donc, les théoriciens de l'attachement proposent un modèle aménagé sur des représentations intériorisées se fondant sur l'expérience passée avec ses figures d'attachement (Ainsworth, Blehar, Waters et Wall, 1978; Bowlby, 1969, 1973, 1980). Prises ensemble ces représentations peuvent être conçues comme une idée représentative ou un modèle cognitif de la relation. Aspect de l'image de soi, espérance de comportements de la part des autres et impression émotionnelle implicite de la relation sont autant d'éléments qui font partie intégrante de ce modèle (Grusec & Lytton, 1988). Ce modèle est initialement développé lors des premières interactions mère-enfant et poursuit sa croissance à travers la perspective longitudinale, la croissance de l'enfant et l'acquisition d'expériences avec les figures d'attachement. *Cependant, malgré l'addition de ces composantes, les modèles ultérieurs restent dépendants du premier modèle de représentations de ce qu'est une relation et des premières structures cognitives s'y rattachant (Crittenden, 1985; Turner, 1991).*

4. Mary Ainsworth et la situation étrange

La théorie de l'attachement ne serait pas ce qu'elle est aujourd'hui sans l'apport de Mary Ainsworth. En effet, les travaux d'Ainsworth ont permis d'aller plus loin en élaborant une procédure empirique (la situation étrange) permettant de mesurer les comportements d'attachement. Cette procédure expérimentale de quelques minutes consiste à faire subir à un enfant un léger stress comparable à un stress quotidien. La réaction qu'il aura renseigne le chercheur sur la qualité de sa sécurité. L'un des indices les plus révélateurs de cette sécurité est l'accueil que fait l'enfant à sa figure maternelle (Desbiens & Provost, 1990). Par exemple, *un enfant sécurisé, c'est-à-dire un enfant pour qui le lien l'unissant à sa figure maternelle est ressenti sans menace, recherche activement un contact physique chaleureux au retour de sa mère.*

Mary Ainsworth a beaucoup observé les interactions parent-enfant en Ouganda dans les années 1950 et 1960. Elle a ainsi identifié trois principaux types d'attachement (voir plus loin) qui influencèrent par la suite la direction des recherches dans le domaine de l'attachement. Elle a aussi observé la variation des comportements à l'intérieur d'un type d'attachement donné.

De retour en Amérique, Ainsworth établit une procédure de laboratoire, la "situation étrange" pour évaluer la relation d'attachement en dehors du milieu naturel, dans un contexte qui ferait ressortir plus clairement l'organisation de l'attachement en période de détresse.

Cette étude est basée sur le fait que dès 6 mois les enfants manifestent de l'inconfort lorsqu'ils sont séparés de leur mère et que cet inconfort se manifeste de différentes façons selon l'âge de l'enfant. Ainsworth choisit de réaliser cette étude avec des enfants de 12 mois, parce que c'est à cette période que l'attachement atteint un niveau d'organisation se reflétant dans la locomotion et l'expression.

La mère et l'enfant sont introduits seuls dans une pièce inconnue. Après 3 minutes, entre une personne inconnue qui commence par parler avec la mère puis joue avec l'enfant. Ensuite la mère quitte la pièce et l'enfant reste seul avec l'inconnue. Elle joue avec l'enfant et s'il manifeste de la détresse, elle essaie de le consoler. Après 3 minutes, la mère revient dans la pièce et réconforte son enfant s'il le demande. Puis la mère et l'inconnue quittent la pièce et l'enfant reste seul. L'inconnue revient ensuite puis la mère. Les réactions de l'enfant sont observées pendant tout ce temps, principalement la façon dont il se comporte quand sa mère le quitte et le retrouve.

Ces études ont permis à Mary Ainsworth de mettre en évidence trois profils d'attachement bien distincts.

5. Les profils d'attachement

Pour grandir en développant son plein potentiel, un enfant a besoin de la disponibilité de sa mère et de l'exploration de son environnement. Dans une perspective où la mère répond adéquatement aux besoins de son enfant, c'est-à-dire qu'elle est disponible, celui-ci développe un modèle interne opérant à partir duquel il développe le sentiment d'être compétent et aimable. *Ainsi, la disponibilité physique et affective de la mère sous-tend le sentiment de sécurité de son enfant.* D'ailleurs, les mères des *enfants sécurisés (profil B, environ 65% des enfants)* sont généralement tendres, attentives et manifestent de la sensibilité à l'égard de leur enfant (Crockenberg, 1981). Ce contexte, permet donc à ce dernier d'explorer son environnement dans des conditions favorables, d'autant plus qu'une relation sécurisante lui

apporte le sentiment que sa figure d'attachement est disponible s'il a besoin d'elle. Ultérieurement, cette sécurité lui permet d'établir des relations sociales profitables. À l'opposé, les enfants anxieux ou insécurisés développent un modèle interne opérant qui n'est pas aussi efficace.

L'attachement insécurisé se divise en deux profils (A, environ 20% des enfants et C, environ 15% des enfants). Le premier, fait référence aux *enfants anxieux* (**profil A**, anxieux-évitant) qui sont *évitants* et qui ignorent la mère en période de stress ou lors de la réunion avec leur figure d'attachement suivant l'absence de celle-ci (Ainsworth et al., 1978; Greenberg, Cicchetti & Cumming, 1990). Ces enfants n'expriment pas nécessairement de la détresse lors de la séparation d'avec leur mère mais ils démontrent en quelque sorte cette détresse par leur incapacité de se servir de leur mère comme base de sécurité lorsqu'elle revient dans la pièce expérimentale.

Les *enfants anxieux ambivalents-résistants* (**profil C**, environ 15 % des enfants) vivent excessivement de détresse lorsqu'ils sont séparés de leur mère (Greenberg et al., 1990). Cependant, lors du retour de celle-ci ces enfants ne sont pas rassurés et manifestent une ambivalence entre l'expression de contrariété, de colère ou de résistance et l'expression de dépendance ou de comportements de maintien du contact (Cassidy & Berlin, 1994).

Les mères des enfants ambivalents-résistants sont inconsistantes. Elles sont définies par Cassidy et Berlin (1994) comme peu disponibles et peu sensibles vis-à-vis leur enfant. De plus, elles initient peu d'interactions avec leur enfant et acceptent peu les contacts qu'il veut initier.

Ce qui particularise ces mères, c'est qu'elles créent de l'interférence lorsque leur enfant tend à explorer. Cela a pour effet que l'attention de l'enfant est dirigée de plus en plus vers la réalité ou l'environnement de la mère. Un tel contexte relationnel conduit l'enfant, incertain de la disponibilité réelle de sa mère, à être très dépendant d'elle. Cette incertitude le pousse à explorer de moins en moins son environnement ce qui réduit la croissance de son autonomie. D'ailleurs, les mères des enfants ambivalents-résistants tendent à retirer leur affection ou à punir leur enfant s'il explore ou s'il détourne son attention d'elles. Par conséquent, non seulement ces enfants sont peu attirés par les éléments nouveaux et les situations nouvelles de leur environnement mais encore ils vont rarement vers les pairs et refusent même les offres d'interaction de ceux-ci. En somme, ces enfants se révèlent comme retirés, dépendants, passifs et inhibés socialement.

Ce profil comportemental résulte, selon Cassidy et Berlin (1994), du fait que ces mères sont davantage préoccupées par leur propre insécurité que par leur rôle de parent. La distorsion de l'environnement qu'elles transmettent à leurs enfants peut être une façon de rencontrer leurs propres besoins (par ex. d'avoir quelqu'un près d'elles qui les sécurise) plutôt que ceux de leurs enfants (par ex. d'être une base sécurisante). Dans cette perspective, les enfants des mères préoccupées ne développent pas leur plein potentiel puisqu'ils sont absorbés à répondre aux besoins de leurs mères. En fait, s'ils quittent leur mère, celles-ci sont alors en contact avec leur propre insécurité. C'est pourquoi elles développent autant de stratégies pour contrôler les tentatives d'autonomie de leur enfant mais qu'elles sont en même temps incapables d'investir affectivement leur enfant. En outre, l'anxiété qu'elles vivent les amène à être centrées sur leur besoin d'être sécurisées.

**Profil B: Sécurisé (sécurité affective)
(Schneider-Rosen, 1990)**

- Ce qui prédomine chez lui, c'est sa bonne humeur.
- Il est facilement consolé par sa FA (Figure d'Attachement) ou par les adultes connus et significatifs.
- Des échanges affectifs ont lieu durant les périodes de jeu (sourires, vocalisations).
- Il sollicite activement le réconfort de sa FA quand il est en détresse.
- Il vient saluer spontanément la FA durant la journée.
- Il est soigneux avec les jouets et les animaux domestiques.
- Il engage des échanges d'objets (je te donne, tu me donnes) avec la FA.
- Il est affiliatif avec les étrangers en présence de la FA.
- Il se montre prudent avec les étrangers mais est graduellement capable d'entrer en interaction avec eux.
- Si la FA s'absente, il peut être affiliatif avec un étranger mais il ne doit pas être en détresse.
- Vers deux ans, il s'engage dans un dialogue avec la FA.
- Il peut discuter et décrire le jeu qu'il fait.
- Il initie des interactions verbales avec les étrangers.
- Il peut manifester sa détresse, si la FA s'absente, et la rechercher activement ou réagir par de la passivité ou par l'arrêt du jeu.

**Profil A: Anxieux ou insécurisé (évitant)
(Schneider-Rosen, 1990)**

- Il n'implique pas la FA (Figure d'Attachement) dans ses jeux et ses explorations.
- Il évite activement la FA du regard.
- Il n'a peu ou pas tendance à rechercher l'interaction ou le contact avec la FA.
- Il y a peu ou pas de partage affectif avec la FA.
- Il fait une exploration active des jouets et des lieux.
- Il recherche peu de proximité avec la FA.
- Il a une affiliation avec les étrangers que sa FA soit là ou pas.
- Il a un partage affectif avec les étrangers.
- Il offre les jouets aux étrangers.
- Il ignore la FA en ne la regardant pas et en conservant son attention sur son jeu.
- Il répond positivement aux invitations de jouer d'un étranger.
- Il se montre peu prudent lorsqu'il entre dans des nouvelles pièces ou devant des étrangers.
- Il affiche peu de détresse au départ de la FA.
- Il cherche peu sa FA lorsqu'elle s'absente.

Profil C: Anxieux ou insécurisé (ambivalent-résistant) (Schneider-Rosen, 1990)

- Il pratique une exploration passive des jeux et des nouveaux endroits.
- Il fait peu d'effort d'interaction avec la FA (Figure d'Attachement) qu'il soit proche d'elle ou à distance.
- Il peut chercher à s'approcher de sa FA mais un conflit manifeste apparaît entre une tendance à s'approcher d'elle et celle de l'éviter.
- Il lui est difficile de se sentir à l'aise lorsqu'il est avec la FA.
- Il a des difficultés de se séparer de sa FA pour explorer.
- Il est graduellement capable d'explorer de nouveaux jouets et de nouveaux environnements mais revient fréquemment vers sa FA.
- Il implique peu la FA dans ses jeux.
- Il a peu d'interaction à distance avec sa FA.
- Ses explorations se font avec passivité.
- Il a peu ou pas d'interaction avec les étrangers en présence de la FA.
- Il est incapable d'interagir avec un étranger.
- Si la FA s'absente, il résiste fortement aux contacts avec un étranger (p. ex. pour jouer).
- Si la FA s'absente, il ne la recherche pas ou passivement.
- L'enfant alterne les recherches de contact et la résistance au contact avec la FA.

6. L'attachement à l'adolescence

Les travaux sur l'attachement à l'adolescence se multiplient. Ils se posent d'abord la question de la signification de la sécurité ou de l'insécurité d'attachement à l'adolescence (Allen & al. 1999).

Plusieurs études récentes mettent en évidence l'importante stabilité des patterns d'attachement de la petite enfance tout au long du cycle de vie de l'individu. Ainsi les recherches de Sroufe et collaborateurs (voir Schneider, 1991), démontrent que le type d'attachement de l'enfant dans la première année de vie (**sécurisé, évitant ou ambivalent**) prédit le développement de ce dernier à travers tout le cycle de vie. Bowlby a développé l'idée de modèles opérationnels internes pour expliquer la tendance qu'a l'enfant de faire progressivement siens les modèles d'attachement. Ceci expliquerait pourquoi le modèle d'attachement en bas âge est si déterminant et qu'il se caractérise davantage par la continuité que le changement tout au long du cycle de vie. Dans les cas d'attachement insécurisé, une prise en charge thérapeutique pourrait modifier cette continuité (voir résilience plus loin).

Waters et al. (voir Van Ijzendoorn, Juffer et Dayvestejn, 1995) ont trouvé une très bonne corrélation entre les modèles d'attachement (sécurisés ou insécurisés) de sujets testés à un an et au début de l'âge adulte: 70 % des sujets présentaient à l'âge adulte le même type d'attachement qu'à un an. Les auteurs remarquent aussi que, pour les 30 % qui ne présentent plus le même type d'attachement à l'âge adulte qu'à un an, l'instabilité des schémas pouvait dans une large part s'expliquer par l'intervention de certains facteurs dans la relation

d'attachement, comme une maladie grave, des séparations ou des pertes de figures d'attachement.

7. La transmission intergénérationnelle

Les schémas d'attachement de la petite enfance se répercutent non seulement tout au long du cycle de vie mais ont également tendance à se transmettre à la génération suivante, comme en font foi les récentes recherches portant sur la transmission intergénérationnelle.

Une série d'investigations (voir Zeanah, 1996) portant sur la transmission intergénérationnelle des schémas d'attachement démontre que le type d'attachement noté chez un parent dans le cours de la grossesse prédit de façon significative le schéma d'attachement du bébé au-delà de l'âge de un an. L'étude de Fonagy et al. (1996) paraît très intéressante à ce sujet. Cette recherche met en lien le type d'attachement de la mère et du père tel que mesuré par l'*Adult Attachment Interview* durant le dernier trimestre de grossesse et celui de l'enfant tel que mesuré par la "situation étrange" à douze mois avec la mère et à dix-huit mois avec le père. Les résultats confirment les prévisions transgénérationnelles. Quand les entretiens avec la mère indiquent qu'elle est de type préoccupé ou détaché, près des trois quarts des enfants, après le bref épisode de séparation, répondent à leur mère de façon évitante ou inconsolable. Ceci offre un contraste avec les 80 % d'enfants de mères autonomes qui répondent, au retour, par une diminution notable de l'angoisse. Les résultats avec les pères s'avèrent moins probants mais statistiquement significatifs.

On peut se demander quels facteurs expliquent la transmission intergénérationnelle des patterns d'attachement? L'étude de Fonagy (1996) permet d'établir des hypothèses explicatives. En effet, il appert que ce n'est pas la nature objective du vécu des parents qui prédirait le pattern d'attachement de l'enfant mais plutôt l'importance de leur position défensive. Il semble en effet que les comportements défensifs que l'on peut discerner dans les réactions des enfants en situation de stress trouvent leur origine dans les stratégies défensives des parents. Fonagy constate que les défauts de réponse de la mère à l'égard des besoins de son enfant proviennent de ses propres défenses contre la reconnaissance et la compréhension d'affects négatifs en elle-même.

8. L'attachement à l'âge adulte

"Aucune variable n'a des effets plus profonds sur le développement personnel que les expériences de l'enfant dans sa famille. En commençant dès les premiers mois de sa relation avec ses parents, il construit des modèles opérationnels sur la façon dont les figures d'attachement peuvent se comporter envers lui dans toute une variété de situations et sur ces modèles sont basées toutes ses attentes, et par conséquent tous ses projets pour le restant de sa vie." (John Bowlby, *Attachement et perte*, 1973, p.369)

Il y a un lien direct entre les schémas d'attachement de l'enfance, les styles d'attachement de l'adulte et son fonctionnement dans des relations intimes et romantiques. La confiance dans la disponibilité des figures d'attachement se développe dans l'enfance. Les attentes et les systèmes de croyance ("modèles opérationnels") qu'on développe pendant ces premières années ont tendance à persister toute la vie. Ces croyances guident nos perceptions des autres et des comportements et nous recréons souvent les schémas d'attachement que nous

avons vécu antérieurement. Ce qui veut dire que les schémas de l'enfance sont recréés sans le savoir dans les relations adultes (par exemple dans le mariage).

Des parents consistants, sensibles et aimants permettent un attachement sécurisé et des croyances positives. Les autres sont vus comme des gens sur qui on peut compter et sur qui on peut s'appuyer, et on se voit soi-même comme digne d'amour et de soutien.

Les mauvaises expériences de soins (par exemple maltraitance et négligence) conduisent à des attachements insécurisés et à des croyances négatives. Les autres sont vus comme non disponibles, menaçants et rejetants, et on se voit soi-même comme ne méritant pas d'amour ni de soutien.

L'absence d'attachement sécurisé crée une détresse considérable entraînant une vulnérabilité à une variété de problèmes physiques, émotionnels, sociaux et moraux. Les expériences d'attachement et les schémas s'étendent à la vie adulte et influencent:

1. le sentiment de sécurité,
2. le sens personnel donné aux expériences et aux relations,
3. la capacité de développer et de maintenir des liens intimes affectueux,
4. les conflits et le sentiment d'isolement souvent vécu par les couples.

9. Pourquoi est-ce que l'attachement est si important?

L'attachement est essentiel à la création d'une personnalité saine et est nécessaire pour:

- atteindre son plein développement intellectuel
- être capable de penser logiquement
- développer sa conscience
- être capable de faire face au stress et aux frustrations
- devenir autonome
- développer des relations
- être capable de gérer ses peurs et ses inquiétudes
- être capable de faire face à toute menace contre soi-même
- disposer d'un large éventail d'émotions, renvoyant à une grande variété de besoins (pas seulement la sécurité)

Il est donc important de prendre en compte la façon dont l'attachement s'est créé tant chez un enfant que chez un adulte, et de chercher les moyens de guérir ou d'améliorer les troubles de l'attachement depuis la prime enfance et pendant toute la vie. En fournissant à un individu, enfant ou adulte, un soutien de la part de son entourage et en lui renvoyant une image positive de lui, on peut poser les bases de la résilience qui lui permettront éventuellement de modifier son attachement.

LES TROUBLES DE L'ATTACHEMENT

Dans la littérature sur le sujet, il est dit que la capacité d'établir un lien sélectif avec une figure d'attachement doit être reconnue comme un facteur décisif dans le développement normal, puisque l'échec à former un tel lien dans la petite enfance est associé à des troubles permanents, et en dépit des traitements, difficilement réversibles de la socialisation. En effet, l'enfant qui n'a pu bénéficier dans les premières années de vie d'une présence maternelle apte à favoriser l'apparition de liens d'attachement (soit en raison de ruptures répétées ou encore de l'incapacité de la figure maternelle à être sensible à ses besoins) risque de se détourner peu à peu de la relation pour devenir complètement détaché.

Rutter, 1979 (voir Steinhauer, 1996) soutient que l'échec à former un lien sélectif durant la première enfance entraîne plus tard toute une série de comportements sociaux inadéquats. Pour lui, l'incapacité à établir un lien sélectif dans la première enfance compromet sérieusement l'adaptation sociale de l'enfant, ce handicap ne pouvant être entièrement surmonté plus tard par le placement de l'enfant dans un environnement plus favorable.

En 1995, Rutter précise que plus la période passée sans substitut maternel stable et adéquat est longue, plus les possibilités de rattrapage sont limitées. En effet, l'enfant, au lieu de former de nouveaux liens d'attachement, se détourne peu à peu de la relation pour réinvestir en lui-même l'amour d'abord destiné aux figures parentales. Tout se passe comme s'il avait abandonné l'idée qu'on puisse répondre à ses besoins. Il se montre peu disposé à aimer et à se laisser aimer, se liant plutôt de façon superficielle aux adultes, qui deviennent facilement interchangeables à ses yeux.

Selon Steinhauer (1996), un enfant qui n'aurait pas développé avant deux ans sa capacité d'attachement conservera de graves séquelles, tant au plan social que cognitif. En effet, ce dernier prétend que c'est afin de maintenir ses liens à la figure maternelle, que l'enfant parvient à abandonner des comportements non désirables socialement mais qui lui procurent du plaisir.

Loeber (1991, voir Holland et al., 1993) affirme aussi qu'il existe une période critique durant l'enfance, qui assure l'apprentissage d'habiletés sociales et que des situations de déprivation durant cette période, par des événements comme la séparation d'avec la mère, la succession des figures maternelles et la pauvre qualité des soins, préfigurent des comportements antisociaux ultérieurs

1. Que se passe-t-il si l'enfant est séparé de sa mère pendant les premières années de la vie?

a. Séparations de courte durée

Les enfants peuvent être confiés à une crèche, à un tiers, régulièrement ou ponctuellement, pendant les vacances ou lors d'une hospitalisation brève avec séparation. Quelles sont les réactions observées, y a-t-il des problèmes à long terme? Les enquêtes sont nombreuses.

Avant 6 mois, la séparation brève n'entraîne aucune réaction visible. Mais cela ne veut pas dire que le bébé ne vit pas de détresse émotionnelle, nous en reparlerons plus loin. Après 4 ans non plus, on n'observe pas de réactions vives à la séparation. En revanche, il y a une réponse immédiate **entre 6 mois et 4 ans**. Cette réaction peut se décomposer en 3 phases, qui ressemblent aux observations de Spitz, en 1940:

- protestation: au bout de quelques heures, agitations, cris, pleurs de colère, protestation. Chez les plus âgés, on peut observer un comportement hostile à l'égard des personnes qui s'approchent.

- désespoir: apathie, plus de relations avec l'extérieur, ne pleure plus, immobilité, sans réactions, ne s'alimente plus. Cet état va jusqu'à la dépression et même la mort !

- détachement: si la durée de séparation est trop importante, l'enfant se conduit avec la mère comme avec une étrangère et peut s'attacher à un étranger. Si au moment où l'enfant semble être détaché de sa mère, elle revient, on note ensuite un surcroît des comportements d'attachement: il anticipe les initiatives de séparation de sa mère retrouvée.

(Bowlby, *Attachement et perte*, vol. 2 "Séparation, colère et angoisse", P.U.F., Paris, 1978)

En 70, on observe que si un enfant hospitalisé est accompagné de sa mère, il y a moins de problèmes à la sortie. **Entre 5-6 mois et 5-6 ans**, il y a des réactions immédiates à la séparation qui peuvent donner des troubles psychologiques dans les mois qui suivent (troubles de l'alimentation, du sommeil...)

Une enquête longitudinale et prospective sur les effets à long terme des séparations précoces, dans le cas des hospitalisations, a été menée en 1975 par Douglas, sur 76.000 enfants.

Si l'enfant a moins de 6 mois ou plus de 3-4 ans, s'il s'agit d'une admission inférieure à 1 semaine, pour problème chirurgical bref, même douloureux, et si la mère travaille (rare à l'époque), alors on observe une corrélation négative avec les troubles à l'adolescence. Les enfants ayant vécu ce type d'expérience s'en sortent mieux que ceux qui ne l'ont pas vécu.

De plus, l'expérience clinique de H. Stork a montré que les bébés séparés trop tôt de leur mère ont beaucoup de mal à faire complètement ce travail d'"*incorporation*" de la fonction maternelle. (Stork, Paris, Paidós/Le Centurion, 1986.)

Cependant, la présence de fratrie ou d'un substitut maternel peut réduire avec efficacité l'intensité de sa réaction. Un environnement étranger, l'état de la mère et la qualité de la

relation antérieure avec la mère sont d'autres variables qui jouent sur la réaction de l'enfant mais l'absence de la figure maternelle est de loin la principale variable. D'ailleurs, il n'y a pas que les enfants dont la relation avec la mère n'était pas favorable qui éprouvent le plus de détresse lors de la séparation d'avec elle mais aussi ceux dont la relation était préalablement affectueuse. En effet, plus l'enfant manifeste de l'émoi au cours de la séparation, plus cela signifie qu'il était attaché de manière sécurisée. En conclusion, pour Bowlby *l'agent pathogène de premier ordre est intimement lié aux séparations d'avec la mère.*

b. Séparations répétées et/ou durables

Elles peuvent engendrer des difficultés d'adaptation à long terme. Il est difficile d'isoler les facteurs expliquant ceci, car il est difficile de distinguer les problèmes occasionnant cette séparation : douleur et hospitalisation, ...

Il existe des différences inter individuelles marquées: certains supportent mieux que d'autres (en moyenne, les garçons supportent mieux que les filles).

Les séparations de longue durée et les hospitalisations commençant durant la période préscolaire (avant 5-6 ans) sont susceptibles de constituer un facteur de risque psychologique. Ces problèmes se retrouvent chez les enfants issus de familles prédisposantes (familles déviantes, discordantes, conflictuelles, attitudes éducatives insécurisantes).

Il faut également tenir compte des problèmes de santé justifiant la maladie, qui sont aussi la cause de la perturbation émotionnelle. On ne peut pas toujours distinguer la séparation des autres facteurs environnementaux.

Les phases de la séparation se divisent en trois moments: la protestation, le désespoir et le détachement.

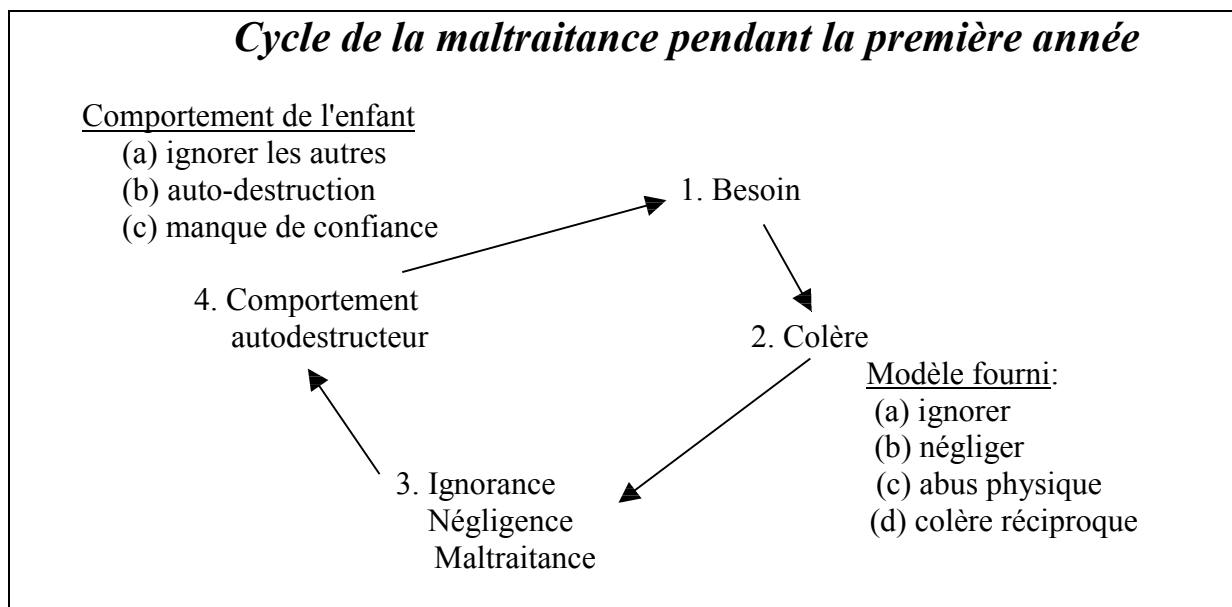
Comportements	Signification
Protestation: l'enfant pleure, se jette par terre et est à l'écoute des indices annonciateurs du retour de la mère, ...	l'enfant cherche à retrouver sa figure maternelle
Désespoir: l'enfant pleure de manière monotone et intermittente, il se renferme sur lui-même et est passif, ...	l'enfant vit un deuil
Détachement: l'enfant ne réagit plus à l'environnement, il se centre sur lui et démontre une stabilité superficielle, ...	perte du sens du maternage et du contact humain

De nombreuses personnes pensent encore actuellement que les bébés et les enfants peuvent récupérer de n'importe quoi et qu'il n'y a pas grand chose qui les affecte. Cette vision fautive a permis de créer de nombreuses croyances et de nombreux comportements traumatisants pour les bébés et les enfants. La façon dont un bébé est capable d'obtenir la satisfaction de ses besoins la première année de sa vie est en relation avec son développement non seulement physique mais aussi psychologique. Le processus par lequel les besoins de l'enfant sont rencontrés influence le développement de sentiments de joie ou de colère chez l'enfant, de désespoir, d'impuissance ou d'espoir, d'insatisfaction ou de satisfaction, de défiance ou de confiance envers ceux qui le soignent. L'enfant commence à comprendre si son

monde est sans danger ou non. Parmi les nombreux apprentissages de la petite enfance, il y a la façon d'entrer en relation avec les gens, comment il trouve sa place dans le monde et des méthodes pour contrôler les influences internes et externes sur sa vie.

2. Que se passe-t-il si le cycle de l'attachement est rompu pendant les premières années?

Comme dans la situation précédente, les besoins de l'enfant élèvent ses émotions jusqu'à la colère. Mais peut-être que sa mère va répondre en criant à son tour "Tais-toi!". Encore en colère, l'enfant est finalement calmé par une claque donnée par sa mère.



Au plus haut de son état émotionnel, il apprend que ses besoins peuvent être comblés par des coups. La maltraitance a remplacé les soins aimants, et devient son moyen de gratification. Il peut éventuellement répondre en se cognant la tête contre le sol, en s'arrachant les cheveux ou de toute autre façon auto-destructrice.

Il apprend ainsi à faire confiance à lui-même et à personne d'autre. Il apprend aussi qu'il a le pouvoir de mettre les autres en colère, et qu'il peut les faire agir sous l'emprise de la colère. Plus tard il deviendra un maître du contrôle, de la manipulation et de la colère. Il se sentira à l'aise et en sécurité dans la colère et dans la maltraitance, mais très agité et en danger quand il dépendra des autres.

Les expériences traumatisantes placent les enfants à l'écart du reste des expériences humaines, créant un certain degré de solitude et d'isolement et leurs sentiments de désespoir ne peuvent pas être compris par ceux qui n'ont pas fait d'expérience similaire. Ces enfants se sentent différents des autres depuis le moment où leur traumatisme a débuté, et (à moins que des moyens extrêmement lourds ne soient mis en place durant la thérapie ultérieure) vont continuer toute leur vie à se sentir profondément seuls et à part des autres.

3. Facteurs favorisant la rupture du cycle de l'attachement

Il n'y a pas une seule cause qui mène à des perturbations de l'attachement. Les difficultés cognitives, nutritionnelles, les carences sociales ne semblent pas jouer un rôle causal premier dans les comportements liés aux troubles de l'attachement (O'Connor, Bredenkamp, Ruter & Adoptés anglais et roumains, équipe d'étude, 1999). Cependant par définition les soins pathogènes sont supposés être le premier facteur étiologique dans le développement des troubles réactionnels de l'attachement. En plus d'autres facteurs étiologiques potentiels, comprenant les facteurs de risques parentaux, des considérations développementales et des facteurs biologiques ont été suggérés.

Il est utile de réviser les effets du stress sur le développement, dans le contexte Berlin, 1990 : *"A travers toute vie antérieure à l'âge adulte, le plus puissant stress que l'on peut rencontrer est la perte totale ou la séparation prolongée du parent nourricier"*.

Comment la perte ou la séparation du parent nourricier peut-elle se vivre en fonction de l'âge de l'enfant?

a. Avant la naissance

Tout stress maternel important pendant la grossesse (décès de la mère, rupture du couple, perte d'emploi...) peut détourner la mère de la création du lien avec l'enfant à venir. Dans le même ordre d'idée, une grossesse non désirée (chez une mère seule, dans un couple au bord de la rupture, un enfant "surprise", ...) peut être difficilement acceptée et le lien entre la mère et le fœtus se créera difficilement, voire pas du tout.

Les enfants porteurs d'un symbolisme qui les dépasse, les enfants réparateurs d'une tension dans le couple, les enfants pression de la mère sur le père, ... les enfants qui ne sont pas souhaités pour eux-mêmes mais dans un but autre sont différentes situations dans lesquelles le lien peut se créer avec difficulté.

Les mères qui consomment de l'alcool et/ou des drogues pendant leur grossesse vont difficilement créer le lien avec le bébé à venir. De plus le développement neurologique de l'enfant sera perturbé par les toxiques consommés par la mère.

b. Pendant la période périnatale

Les enfants dont l'aspect ou l'état de santé ne correspond pas à ce que la maman attendait sont parfois difficilement accueillis, voire même rejetés dans un premier temps. La confrontation entre l'enfant réel et l'enfant rêvé est parfois très douloureuse.

On a compris depuis peu l'importance de la première rencontre entre la maman et son bébé dans les secondes qui suivent sa naissance, et aujourd'hui on veille autant que possible à ce que cette première rencontre se passe au mieux, dans une relative intimité. Cette rencontre sensorielle est essentielle, elle se vit à travers le contact visuel, le toucher de peau à peau, l'audition aussi (premiers cris, premières paroles rassurantes), l'odorat et le goût (première tétée). C'est notamment pour cette raison que les césariennes se font maintenant le plus souvent sous anesthésie péridurale, pour que la maman puisse accueillir son bébé, l'introduire dans le monde dès le premier instant. Malheureusement, pour des raisons tenant notamment à

l'état de santé du nouveau-né ou à celui de la maman, cette première rencontre ne se passe pas toujours ainsi. Il faut y ajouter les habitudes des diverses maternités et leur sensibilité variable. Et quand l'enfant doit passer plusieurs jours, voire plusieurs semaines en couveuse, on imagine sans peine la difficulté d'établissement du lien.

La façon dont se passe l'alimentation du nouveau-né peut aussi jouer un rôle : une maman qui souhaite donner le sein mais qui ne le peut pas pour diverses raisons peut se sentir très frustrée et ne pas arriver à surmonter cette déception pour se consacrer à son bébé. L'inverse est possible aussi.

C'est dès les premiers moments, dès les premiers regards, la première tétée, le premier bain, que commence ce que D. Stern a appelé "l'accordage affectif", cette mise sur la même longueur d'onde de la maman et de son bébé, qui fera que dès les premiers jours, l'enfant tournera son regard vers sa mère qui le regarde dans les yeux, la reconnaîtra à son odeur, puis à sa voix...

Par la suite, l'excès ou le manque de stimulation du bébé, une séparation même temporaire peuvent être à l'origine d'une rupture du cycle de l'attachement.

Pour les enfants nés très tôt, dont les parents ont été mal accompagnés, qui ont développé des pathologies graves et ont été proches de la mort, hospitalisés longtemps, les risques sont élevés. Les mamans de prématurissimes, par exemple, ne présentent pas de dépression post-partum. Par contre, elles risquent de développer ce que l'on nomme une "maternité blanche" c'est-à-dire sans affect. L'enfant n'est pas "investi". Elles se comportent et s'identifient aux soignantes avec des conséquences graves au niveau du développement de l'enfant.

Il y a aussi "le deuil ante mortem". L'enfant gravement malade ou potentiellement handicapé peut aussi faire l'objet d'un rejet parental. Une des caractéristiques de la naissance très prématurée est que l'enfant imaginaire reste plus longtemps "vivant" que l'enfant réel, notamment parce que la mère ne peut utiliser les sens "naturels" pour le reconnaître (odorat, toucher, imprégnation visuelle post-partum etc.). L'enfant réel est source de douleur, en souffrance, peu valorisant. Il n'y a pas de reconnaissance sociale ou peu, de la grossesse et de la naissance. Des barrières se mettent en place alors qu'il y aurait urgence à créer des liens. Bref, l'enfant imaginaire reste vivant et l'enfant réel n'est pas reconnu vivant, avec les mêmes conséquences que dans la situation précédente.

c. Dans la petite enfance

Dans la petite enfance, une maladie aiguë qui conduit à l'hospitalisation et à la séparation est un stress majeur. Des problèmes structuraux du développement héréditaire ou congénital, de nature orthopédique, comme un pied-bot; la spina bifida qui nécessite une chirurgie douloureuse et répétée; d'autres défauts congénitaux tels que des anomalies cardiaques, nécessitent également des procédés chirurgicaux inconfortables. De telles conditions peuvent être menaçantes pour la vie, et très douloureuses. De tels stress peuvent n'avoir aucune conséquence traumatique si le support thérapeutique est adéquat.

Des maladies aiguës graves des parents, y compris des maladies mentales, provoquent des séparations et interfèrent avec la capacité des parents d'être préparés aux besoins du

développement et aux demandes relationnelles de l'enfant. Dans la nature des choses, une maladie mentale d'un parent peut être un facteur de stress puissant et traumatique.

Avant l'acquisition de l'aptitude au langage les nourrissons peuvent montrer leurs réactions au traumatisme ou au stress par des coliques, le fait de ne pas cesser de bouger, des problèmes de sommeil et des pleurs ou des vagissements constants. Dans les cas sévères, il y a des interférences avec la prise de poids, la croissance du corps, et la maturation sensori-motrice. S'ils ne sont pas pris en compte et soignés, ces problèmes de la petite enfance peuvent conduire à des interférences avec les fonctions du développement telles la marche, la parole, et l'habileté dans la coordination entre l'œil et la main.

On comprend sans peine qu'une maladie, une dépression ou le décès de la mère entraînent la rupture du cycle de l'attachement. Toute séparation de la mère et de l'enfant, pendant les deux ou trois premières années de la vie, sont des ruptures graves du cycle de l'attachement, à l'origine bien souvent de troubles de l'attachement.

La dépression sévère de la mère présente son aspect le plus nuisible sur le nourrisson et le jeune enfant à tout âge, comportant une détresse empathique, une séparation, et parfois une négligence.

La maltraitance, la négligence, l'abus physique/psychique/sexuel de l'enfant le mettent bien entendu dans des conditions de rupture de lien (cfr le cycle de la maltraitance) et l'enfant apprend que ses besoins ne seront pas comblés par autrui, voire qu'on répondra à ses besoins par des coups, des injures ...

Les déplacements multiples, les placements de l'enfant sont aussi des raisons de rupture du cycle normal de l'attachement.

On relève aussi dans le passé d'enfants en difficulté de lien des histoires de traumatisme dans la petite enfance, de maladie grave nécessitant une hospitalisation et donc une séparation, même temporaire de la mère, ou même une pathologie parfois bénigne mais douloureuse, telle une otite, surtout si elle n'est pas comprise pendant quelque temps.

Les enfants qui reçoivent des soins quotidiens inconsistants ou inadéquats, notamment les enfants de mamans peu préparées à leur rôle, de mamans qui ont peu d'habiletés parentales, quelle qu'en soit la raison, les enfants de mères adolescentes ... vivent aussi des ruptures du cycle de l'attachement. Certains jours, leur mère est capable de répondre adéquatement à leurs besoins, mais d'autres jours elles les négligent, ou même sont maltraitantes.

La situation de divorce a des conséquences particulièrement sévères sur le développement de la petite enfance, sur les enfants d'âge pré-scolaire ou scolaire ou sur les adolescents comme l'a souligné récemment Wallerstein, cela peut même être gravement perturbant vers la fin de l'adolescence.

d. Soins pathogènes

Il y a une accumulation de preuves démontrant que la relation entre la durée de la privation de soins et la possibilité de troubles réactionnels de l'attachement légers ou sévères est relativement linéaire (O'Connor et al., 1999). Dans plusieurs études il apparaît que les

comportements liés à des troubles de l'attachement sont associés avec des conditions d'éducation très défavorisées (Hodges & Tizard, 1989; O'Connor et al., 1999). Cependant il apparaît aussi que les soins pathogènes ne sont ni nécessaires ni suffisants pour que des comportements liés à des perturbations de l'attachement se développent. Dans une étude, des comportements liés à des troubles de l'attachement ont été observés dans un groupe d'enfants adoptés, malgré le fait qu'ils n'aient pas expérimenté de soins pathogènes (O'Connor et al., 1999). Dans une autre étude, les enfants dont on savait qu'ils avaient reçu des soins pathogènes montraient de multiples difficultés développementales (par exemple, schémas de langage inhabituels, retards moteurs, échec de l'acquisition des capacités à prendre soin de soi en relation avec l'âge, faible attention et mauvaise concentration, labilité émotionnelle, agressivité, impulsivité et comportements d'opposition), mais les comportements liés à des perturbations de l'attachement n'ont pas été observés (Richters & Volkmar, 1994). En résumé, *il apparaît en fonction de la recherche actuelle que tous les enfants subissant des soins pathogènes ne développent pas de troubles réactionnels de l'attachement, et que les soins pathogènes ne sont pas indispensables pour que certains des symptômes comportementaux des troubles réactionnels de l'attachement apparaissent.* Par conséquent une anamnèse et une analyse extrêmement fine de chaque cas est indispensable.

e. Facteurs de risques parentaux

Il est évident que certains facteurs de santé sociale, tels que la violence du partenaire, la toxicomanie parentale, les mères adolescentes, peuvent servir de facteurs de risque pour un attachement parent-enfant problématique ou désorganisé (Carlson, 1998; Main & Hesse, 1990; Radke-Yarrow, Cummings, Kuczynski & Chapman, 1985). Dans une étude examinant des mères à faible revenu avec une histoire de violence du partenaire et leurs enfants de 15 mois, on a démontré que les mères qui vivaient la violence du partenaire la plus sérieuse avaient plus de risque d'avoir des enfants avec un attachement désorganisé (Zeanah et al., 1999).

f. Problèmes de développement

L'âge de l'enfant au moment de la rupture avec la personne maternante semble affecter le développement d'un attachement de qualité (Albus & Dozier, 1999; Stovall & Dozier, 1997) aussi bien que le développement de difficultés associées. Par exemple, Erickson, Egeland and Pianta (1989) ont démontré que les enfants maltraités quand ils étaient des nourrissons avaient plus de problèmes de développement que ceux dont la maltraitance survenait plus tard dans l'enfance. Dans une autre étude, les nourrissons qui recevaient des soins psychologiques inadéquats avaient des résultats plus bas dans les tests de QI et moins de capacité à 3 ans de jouer de façon appropriée à leur âge (Gowan, 1993). Donc des études suggèrent que l'âge de l'enfant au moment des soins pathogènes semble affecter le type de problème présenté. Cependant la progression du développement ou l'évolution des perturbations de l'attachement est encore peu claire reste un domaine important pour de futures recherches.

g. Facteurs biologiques

Les traumatismes et la maltraitance sont actuellement reconnus pour entraîner des modifications neurobiologiques chez quelques enfants. Plus spécifiquement, on pense que le traumatisme exerce des effets sur l'axe hypothalamo-hyophyso-surrénalien, le système nerveux central et sympathique et le système immunitaire (Putnam, 2000; Putnam é Trickett,

1997). On a aussi suggéré que les réponses traumatiques et les ruptures d'attachement (Bremner et al., 1993; Bremner, Krystal, Charney & Southwick, 1996; Ito, Teicher, Glod & Ackerman, 1998) influencent le développement de certaines voies neurologiques spécifiques, en particulier celles qui régulent les affects et les émotions. Par ailleurs, des facteurs tels que la prématurité, un tempérament difficile, une longue maladie, des anomalies physiques, des coliques persistantes, des difficultés d'alimentation autant que des conditions neurologiques et de développement (par exemple une perte sensorielle, un retard mental, l'autisme, et des troubles de communication) peuvent contribuer à la formation d'un attachement perturbé et influencer la probabilité qu'un enfant réagisse de façon pathogène à la maltraitance (Chess & Thomas, 1996; Coolbear & Benoit, 1999; Minde, 1999; Richters & Volkmar, 1994, 1996; Shin, Lee, Min & Emed, 1999).

Il n'y a aucun doute que le tempérament joue un rôle en déterminant la réponse de l'enfant à la maltraitance, mais dans certains cas, une personne maternante exceptionnellement douée peut adoucir les dispositions du tempérament (Karen, 1990). En résumé, *la recherche à ce jour fournit des preuves que les séquelles neurologiques de la maltraitance peuvent influencer le développement du type d'attachement*. Ceci reste un domaine important pour de futures recherches.

4. Comorbidité

Par définition, les enfants qui ont expérimenté la maltraitance ou la négligence rentrent dans les critères de troubles réactionnels de l'attachement pour les soins pathogènes. Mais est-ce que la plupart des problèmes de comportement observés chez les enfants maltraités sont plus conformes aux critères diagnostiques des troubles réactionnels de l'attachement ou est-ce qu'ils rentrent mieux dans les critères d'autres diagnostics qui ne sont pas basés sur les perturbations fondamentales de l'attachement? Il est possible que les comportements concernés soient correctement classés dans d'autres diagnostics, tels que le syndrome de stress post-traumatique, les troubles anxieux, les troubles de l'ajustement ou soient plus directement liés à des problèmes parentaux tels que la dépression ou la toxicomanie.

Il semble clair que les diagnostics de troubles réactionnels de l'attachement et de syndrome de stress post-traumatique chez les nourrissons et dans la petite enfance se recouvrent largement. Quand un traumatisme survient dans le contexte d'une relation d'attachement primaire d'un nourrisson (par exemple, violence domestique, maltraitance physique, etc.), alors des symptômes compatibles avec chacun des troubles peuvent survenir. En plus il y a un recouvrement apparent entre le diagnostic de troubles réactionnels de l'attachement et les problèmes dans les relations avec les pairs qui ne reflète pas nécessairement un trouble psychiatrique (O'Connor et al., 1999). Finalement il a été rapporté que des comportements d'attachement désordonnés peuvent être confondus avec de l'autisme ou des troubles du langage (Shin et al., 1999). Cependant les enfants qui ont des perturbations primaires de l'attachement ont tendance à avoir de meilleures relations sociales que les enfants autistes, bien que plus déviantes socialement que celles des enfants avec troubles du langage (Richters & Volkmar, 1994).

De la même façon des comportements qui correspondent aux critères de diagnostic des troubles réactionnels de l'attachement peuvent être décrits en utilisant une autre terminologie comme dérégulation des émotions, ou labilité affective, qui ne sont pas nécessairement des diagnostics psychiatriques certifiés. Une recherche d'un intérêt particulier dans le diagnostic

des troubles réactionnels de l'attachement c'est la recherche sur l'agression réactive. Il a été décrit que les enfants maltraités ont plus de risques de percevoir une menace dans des situations neutres ou amicales suite à leur sur-réactivité et à leur agressivité. Ceci est à mettre en relation avec leurs expériences antérieures (par exemple que le monde est dangereux) mais hors de contexte avec la situation actuelle (Shields & Cicchetti, 1998). Par conséquent ces enfants peuvent être perçus comme agressifs, colériques et difficiles à élever. Bien que ces comportements aient des ressemblances avec les troubles réactionnels de l'attachement, ils ne peuvent pas en eux-mêmes et par eux-mêmes refléter une incapacité à former des attachements ce qui est à l'origine du diagnostic des troubles réactionnels de l'attachement.

Envisager les symptômes des enfants comme des réponses comportementales apprises à la maltraitance plutôt que comme le reflet d'un trouble sous-jacent présumé de l'attachement suggère des approches thérapeutiques très différentes que celles qui sont souvent discutées dans la littérature sur les troubles réactionnels de l'attachement.

5. Le cas particulier des enfants adoptés

Dans le cas des enfants adoptés, l'existence d'une séparation entre la mère de naissance et l'enfant est évidente, et pourtant elle est souvent minimisée, voire ignorée.

Dans notre société actuelle, l'adoption est le plus souvent vue par les gens de l'extérieur comme un "beau geste", un acte qu'il faut louer et admirer. Les parents adoptifs et leurs proches qui ont vécu un véritable "parcours du combattant" qui a duré en général plusieurs années entre le moment où ils ont choisi d'adopter et pris contact pour la première fois avec un organisme d'adoption et le moment où l'enfant tant attendu, tant rêvé, est pour la première fois dans leurs bras, voient cette adoption comme la solution à leurs difficultés de créer une famille. Pour la plupart d'entre eux, c'est le plus beau jour de leur vie, ils sont intensément heureux et comme on les comprend!

Mais le bébé ou l'enfant qu'on met dans leurs bras pour la première fois, qui songe à sa souffrance dans ces moments si chargés d'émotions, si heureux? Il a quitté sa mère de naissance parfois depuis quelques heures, parfois depuis plus longtemps et il ne comprend rien à ce qui lui arrive. Non seulement il ne comprend rien, mais il est en plein deuil alors que tous sont heureux autour de lui.

Les enfants adoptés ont vécu la perte de leur mère de naissance, l'abandon physique et que de nombreuses personnes se sont occupées d'eux. La plupart ont souffert de carences et/ou de négligences à des degrés variables. Certains ont enduré de la maltraitance physique et/ou sexuelle. Ces conditions interfèrent avec la capacité de former des attachements sûrs.

La plupart des enfants adoptés sont soumis à d'autres expériences qui augmentent leur risque de souffrir de troubles de l'attachement. Si une mère sait qu'elle ne sera pas capable de garder son bébé, l'enfant peut vivre le rejet alors qu'il est encore dans son ventre. La mère peut risquer sa vie en donnant naissance dans un endroit malsain ou peu sûr. Les enfants peuvent avoir des traumatismes périnataux à cause de soins médicaux insuffisants. Il y a des femmes qui veulent garder leur enfant mais qui sont soumises à des pressions venant de leurs familles ou des autorités. Ces enfants peuvent être cachés et ne pas recevoir de soins ni d'amour pendant un certain temps avant l'abandon.

Même les meilleurs orphelinats ne sont pas capables de donner à un enfant les soins et l'attention qu'il recevrait en famille. Normalement, les bébés vivent le cycle de l'attachement des milliers de fois pendant les trois premières années de leur vie. Quand un bébé a faim, est mouillé, a froid ou veut être pris dans les bras, il s'excite. Il se sent en colère ou perturbé et il pleure. Quand ce besoin est comblé, le bébé ressent de la reconnaissance et sa confiance se développe. Chaque fois que ce cycle ne se termine pas de façon satisfaisante pour lui, le bébé se sent impuissant et en colère et n'apprend pas à faire confiance et à explorer le monde en sécurité et en pouvant retourner vers sa mère.

Les bébés dans les orphelinats passent souvent toute la journée couchés dans un berceau, mouillés et ayant froid. Ils sont nourris suivant un rythme déterminé par la disponibilité du personnel de l'orphelinat. Si on cale leur biberon près d'eux, ils n'associeront pas le fait d'être nourri avec le contact humain et la chaleur. Les pleurs de détresse peuvent durer des heures sans qu'on y prête attention. Après un certain temps les enfants ne savent plus reconnaître les signaux de leur propre corps. Leurs sentiments de besoin deviennent si douloureux qu'ils se ferment. Même si leurs besoins physiques sont assurés, ils n'apprennent pas la joie qui naît du contact avec un autre être humain ou le réconfort d'être soigné et consolé par des mains aimantes. Ils manquent de contact physique, d'être tenus dans des bras aimants. Les nourrissons qui ne sont pas touchés peuvent présenter un retard de croissance.

Les enfants abandonnés qui ne sont pas forts et durs meurent. Ceux qui vivent développent des compétences de survivants qui sont adaptées à la vie en institution mais qui vont empêcher l'attachement dans une famille. Même le séjour en famille d'accueil dans le pays d'origine a ses propres risques. Certains parents d'accueil sont maltraitants et négligents et d'autres sont plus motivés par l'argent que par l'amour. Certains parents d'accueil ont de nombreux bébés en garde. Beaucoup sont pauvres et illettrés. Même les enfants placés dans un bon endroit vivent l'abandon originel par leurs parents de naissance et ensuite la perte de leurs parents d'accueil.

Dans l'adoption internationale il n'y a souvent pas de transition progressive, pas de temps pour se préparer à une nouvelle situation et faire de deuil de la perte de l'ancienne. Les enfants plus âgés qui peuvent comprendre la procédure ne sont pas toujours préparés et informés honnêtement de ce qui va leur arriver. Quand leurs amis de l'orphelinat sont adoptés, ils les voient disparaître pour toujours (ce qui est une perte de plus pour l'enfant qui reste à l'orphelinat). Quand il est adopté, l'enfant est soudainement retiré de tout ce qui lui était familier. Etre placé dans les mains d'étrangers peut être terrifiant. Des gens qui parlent un langage inconnu, qui paraissent, sentent, mangent et se conduisent différemment, qui ont aussi des attentes différentes. Cette expérience répète l'abandon originel où ils étaient dans les bras de leur mère et l'instant d'après, elle était partie et leur vie dépendait d'étrangers. Une fois dans l'avion, tout ce qui était familier disparaît. Quels que soient leurs cris et leurs larmes, leur mère, les personnes qui s'occupaient d'eux, la famille d'accueil, personne ne vient. Par conséquent, l'acte d'adoption, s'il est apparemment heureux pour les parents adoptifs, peut être vécu par l'adopté comme une réédition de son abandon initial.

Il est fréquent que les enfants adoptés souffrent de retard de développement et/ou de troubles de comportement. Ces schémas de comportement et ces symptômes font partie de différents syndromes qui se recoupent: état de stress post-traumatique, troubles d'intégration sensorielle, trouble déficitaire de l'attention, hyperactivité, trouble d'opposition défiante, trouble envahissant du développement, autisme, deuil, troubles de prononciation et de langage, troubles de l'apprentissage.

Tous ces troubles de comportement et de langage peuvent ou non coexister avec des troubles de l'attachement. Par exemple, les troubles de l'intégration sensorielle peuvent surgir dans les mêmes situations (carences et négligences) que celles qui entraînent des troubles de l'attachement mais c'est malgré tout un diagnostic différent. Cependant il y a toujours une composante de deuil, de perte et de traumatisme chez chaque enfant qui souffre de troubles de l'attachement. Les traumatismes et les troubles de l'attachement peuvent aussi entraîner des symptômes qui ressemblent à beaucoup de ces troubles (comme les troubles de l'attention et les troubles envahissants du développement) tout autant qu'à d'autres troubles psychiatriques non cités plus haut. Il est important pour les parents de savoir que le fait que ces symptômes se recouvrent rend le diagnostic exact difficile ainsi que la recherche d'un traitement adapté.

Tout trouble du langage ou du comportement peut aussi interférer avec la formation d'attachements sûrs même quand l'enfant vit dans un environnement sûr. Un enfant en deuil peut avoir l'impression qu'il est déloyal à ses parents précédents ou à ceux qui s'occupaient de lui s'il se permet d'aimer ses nouveaux parents. Il peut craindre trop une perte pour risquer d'aimer à nouveau. Ou être trop en colère pour ressentir d'autres sentiments. De la même façon un enfant traumatisé ne pourra pas croire que ses nouveaux parents ne vont pas le blesser ou le quitter. Il pourra éviter tout contact physique ou toute interaction que ceux-ci entreprennent. Physiologiquement et émotionnellement il peut encore vivre dans un état de terreur intérieure. Un enfant avec des troubles d'intégration sensorielle, qui est très sensible au toucher, peut refuser les câlins de ses parents et se rejeter en arrière. Les troubles du langage interfèrent aussi avec la capacité de l'enfant de communiquer ses besoins et ses sentiments. Tout cela peut amener l'enfant à avoir des comportements que ses parents jugeront rejetants ou effrayants.

6. La résilience

La résilience est une notion développée notamment par Boris Cyrulnik, psychiatre français. Il développe ce concept dans un de ses ouvrages, "Les vilains petits canards", paru aux éditions Odile Jacob en 2001.

Boris Cyrulnik est convaincu qu'un enfant blessé n'est pas condamné à rater sa vie. Il a développé la notion de résilience, cette capacité de l'enfant maltraité à pousser droit en dépit de l'adversité et à refuser le statut de victime. Boris Cyrulnik a lui-même vécu une enfance tourmentée: "Si je suis psychiatre, c'est évidemment à cause de mon enfance. Il faut avoir un compte à régler pour faire ce métier".

En 1999, Boris Cyrulnik, neuropsychiatre, psychanalyste et éthologue, a écrit "Un Merveilleux Malheur", et montrait qu'il était possible de "transformer le désespoir en hymne à la joie". Avec "Les Vilains Petits Canards", il poursuit sa réflexion. Il décrit en profondeur les processus qui permettent de se remettre en selle après un traumatisme.

Pour Boris Cyrulnik, qu'il soit abandonné, martyrisé, victime de génocide, handicapé ou simplement englué dans l'histoire de ses parents, l'enfant n'est pas réductible à l'état de victime. Comme tout humain, il est infiniment adaptable et social, il tisse dès ses premiers jours et tout au long de sa vie des relations affectives qui l'aideront à supporter puis surmonter des difficultés inhumaines. "Faire naître un enfant n'est pas suffisant, il faut le mettre au monde... *Le mettre au monde implique que les adultes disposent autour de l'enfant les*

circuits sensoriels et sensés qui lui serviront de tuteurs de développement et lui permettront de tricoter sa résilience".

Dans cet essai, Boris Cyrulnik analyse deux périodes pendant lesquelles se mettent en place les processus de résilience: d'une part, la période qui précède l'acquisition du langage où l'enfant se façonne, se "tricote" avec la propre histoire de ses parents. D'autre part, la période qui suit l'acquisition du langage, où l'enfant acquiert la possibilité de se représenter son passé et son avenir et donc de donner un sens à sa vie et ainsi d'agir en la métamorphosant. Et c'est ainsi que les vilains petits canards se transforment en cygnes: "Quand l'enfant blessé parvient à devenir celui qui donne, alors il éprouve un doux sentiment de bonheur. Il n'est plus la petite victime, le petit fautif. En un simple geste, il devient l'enfant fort, celui qui aide". "Les Vilains Petits Canards" est un livre optimiste qui tend à prouver que, pourvu que des mécanismes de défense se mettent en place et que des mains se tendent, aucune blessure n'est irréversible.

A la base, la résilience est un terme utilisé en métallurgie, c'est la capacité interne d'un métal à retrouver sa forme initiale après avoir reçu un choc. En psychologie, on utilise cette image: c'est la capacité de reprendre un développement malgré l'adversité. Les enfants qui ont connu la violence, l'abandon, l'orphelinat, la misère ou encore la guerre seront des enfants blessés et des adultes blessés tout au long de leur vie. Mais ces enfants ne sont ni foutus, ni sans valeurs. Tout le processus de développement peut se remettre en marche, il n'y a pas de fatalité au malheur.

Il est clair qu'après un traumatisme, rien ne pourra revenir comme avant. Mais ce qui est sûr c'est que tout enfant blessé peut tricoter des liens de résilience, dit Boris Cyrulnik. Ces enfants blessés sont contraints à la réussite s'ils veulent s'en sortir. Ils doivent d'abord puiser dans les ressources internes qui constituent leur personnalité, car dans les 3 premiers mois de leur vie, les bébés ont reçu des informations de tendresse, de chaleur humaine, d'amour ou d'attention qui resteront gravées en eux toute leur vie. L'enfant blessé saura instinctivement qu'il connaît des sentiments positifs et agréables qui l'aideront à sortir la tête de l'eau. Ensuite, et c'est capital, ils auront recours aux ressources externes, il s'agit en fait de toutes les mains tendues: un éducateur, un médecin, un ami, un parent. Ces personnes-là sont essentielles, car elles sont celles qui vont prouver à l'enfant meurtri que quelqu'un reconnaît enfin qu'il vaut quelque chose. De plus, un tiers des enfants meurtris n'ont aucune ressource interne, ils n'ont reçu aucun amour étant bébé, donc ils sont bien obligés de chercher de l'amour chez autrui. Pour eux, c'est plus dur, mais beaucoup parviennent à s'en sortir. Et bien souvent, le psychothérapeute est la première personne à qui on préfère révéler un secret lié à une blessure avant d'en parler aux autres.

Ils utilisent des mécanismes de défense. Le recours au rêve, d'abord. Quand le présent est intolérable, l'imagination d'un autre futur fournit des trésors qui aident à le supporter. Ces enfants-là refusent de faire une carrière de victime, ils s'évadent de façon à laisser la partie saine de leur personnalité agir. Ces enfants ont souvent de grandes capacités intellectuelles. L'intellectualisation est un moyen de se défendre contre la souffrance endurée. Ils deviennent philosophes à l'âge où d'autres jouent à la poupée. Et très vite, les enfants résilients deviennent de grands créatifs, et transforment leur blessure en œuvre d'art pour mettre une distance entre eux et leur traumatisme : ils sont souvent écrivains, comédiens.

Certains se tournent vers les autres, et veulent s'engager socialement (œuvres humanitaires, éducateurs de rue...) ou s'orientent vers de longues études (souvent en

psychologie) : ce qu'ils veulent avant tout, c'est devenir l'auteur de leur destin. Ce sont des décideurs parce qu'ils n'ont rien décidé de leur enfance.

Dans une fratrie qui aurait subi les mêmes sévices, le petit frère vivra un traumatisme, que le grand ne vivra pas, car, encore une fois tout dépend de l'environnement de l'un et l'autre; chaque histoire est unique, le grand frère aura, peut-être, eu quelqu'un à qui parler, se confier et qui aura pu le rassurer sur ce qu'il vaut, alors que le petit, trop meurtri sera resté dans le silence. En fait, il y a des traumatismes qui affecteront certains et d'autres non. Freud, déjà, parlait de l'inégalité face au traumatisme, et tout peut être blessure.

LESIONS NEUROLOGIQUES

1. Facteurs prénataux

Certains individus sont-ils plus prédisposés que d'autres ? Comment, en effet, expliquer que des parents qui, après enquête, apparaissent comme normalement capables d'attachement, puissent avoir des enfants qui ne le sont pas bien ? On sait que 7% d'enfants naissent avec des difficultés de perception: de ce fait, ils sont plus difficiles à élever. Y a-t-il des erreurs dans les interprétations de l'apparition de l'attachement ? Ces facteurs seuls ne donnent pas une explication satisfaisante. On s'intéresse de plus en plus au rôle des facteurs prénataux.

Dans une étude, le professeur Buitelaer, de l'Université d'Utrecht, examine l'influence sur les troubles du comportement de facteurs hormonaux pendant le deuxième semestre de la grossesse.

Le stress exerce une influence sur la sécrétion de testostérone de la mère, il en fait monter le taux. Il y aurait plus d'enfants souffrant de troubles du comportement chez les mères qui ont été confrontées à un stress élevé pendant la grossesse.

Il n'y a pas que le stress: les psychotropes aussi pourraient avoir une influence. Aux Etats Unis, on a tendance à donner aux futures mères en situation de stress particulière, de fortes doses de médicaments contre l'élévation du taux de testostérone, afin d'éviter de nuire au fœtus. D'autres plaident plutôt pour qu'on ne donne en aucun cas ce traitement, parce qu'il aurait une influence nocive sur le fœtus. Une grande attention est donc consacrée à la grossesse.

Il n'est pas rare qu'il soit très difficile de parler à ces enfants pour essayer d'influencer leur comportement de manière cognitive: on ne remarque aucun sentiment, ils ne peuvent pas se mettre dans la peau de quelqu'un. La question se pose de savoir s'il est question de troubles spécifiques du langage, par exemple dans le cas où un enfant ne peut pas verbaliser ce qu'il éprouve. Des recherches ont lieu, pour le moment, sur le lien entre le taux de testostérone pendant la grossesse et le développement linguistique.

De nombreuses mères ignorent encore ce que les enquêteurs cherchent en notant l'anamnèse. Il se peut que, pendant l'anamnèse, des facteurs de stress importants qui sont apparus pendant la grossesse, soient passés sous silence. Si, par exemple, la mère de la future mère décède pendant sa grossesse, celle-ci doit faire face à un événement très triste et, en même temps, à un autre événement heureux, c'est-à-dire la naissance imminente de son enfant: le chagrin est mal géré. Du fait de l'expérience positive, l'événement négatif sort de la mémoire pendant l'anamnèse, des années plus tard. Il en est de même si le père a présenté une bouffée psychotique pendant la grossesse. Même si celle-ci a été gérée positivement, elle peut avoir constitué un fardeau psychique important pour la mère.

Etant donné l'issue positive, elle ne se souvient plus de l'événement plus tard. On ne voit pas le lien avec le développement du fœtus. Naguère, cet intérêt pour la période prénatale était considéré avec paternalisme. Pourtant, "cela bouge" dans ce domaine. Nous devons y être attentifs.

2. Période postnatale

L'époque n'est plus où on ne parlait que d'influences psychologiques: négligence, abus sexuels, violences ne déclenchent pas seulement des mécanismes psychologiques, mais laissent aussi des traces biologiques dans le cerveau. Celui-ci contient des réseaux nerveux, dont le développement peut être affecté. Il y a quatre ans, on a découvert qu'il existe, dans le cerveau, une sorte de centre de crise qui sert de filtre : les *amygdales*. Ce centre détecte les signaux de danger. Quand ce centre détecte un signal, il se produit immédiatement une réaction sous forme de mécanismes de fuite et de lutte. Ceci survient tout à fait instinctivement. La plupart du temps, ces réactions inconscientes sont bonnes, mais elles peuvent aussi avoir le résultat inverse. Par exemple, une mère qui traverse la rue avec son enfant entend tout à coup un moteur s'approcher. Sans le voir, elle serre instinctivement son enfant plus fort et fait un pas en arrière. Cela peut éviter un accident, mais le pas en arrière peut tout aussi bien la mettre dans la trajectoire du motocycliste. Le système d'alarme donne des réactions immédiates. Ce filtre agit par comparaison avec des événements antérieurs.

a. Etat de stress permanent

Dans les cas de négligence de longue durée et de violences répétées, les *amygdales* fonctionnent en permanence; elles ont alors une action nocive et sont cause d'erreurs d'interprétation. Un événement correct est ressenti comme une menace et il se produit des mécanismes de fuite et de lutte inadéquats. L'enfant dit qu'il ne sait pas ce qu'il fait ni pourquoi il le fait. En quelque sorte, son corps s'emballe en même temps que lui. Bien souvent, on n'entend pas les parents ni les enfants à ce sujet. Ici, le pourquoi ne compte pas: en effet, il ne s'agit pas de contrôle conscient mais de réaction instinctive. De nombreuses thérapies essaient bien d'agir sur le filtre: on essaie de verbaliser la chaîne de réactions: «Que s'est-il passé juste avant que tu ne réagisses? Comment réagir autrement la prochaine fois?». On essaie aussi de laisser s'apaiser le centre de crise en éliminant les menaces. Cette «non-menace» est presque impossible à réaliser dans une famille, où un flux continu d'impulsions circule; par contre, on aura plus de chances dans un environnement social fortement structuré. *Ce dont l'enfant a besoin, avant tout, c'est de sécurité et de tranquillité, pour permettre à tout l'organisme d'être au repos.*

Aux Etats-Unis, différents projets de recherche s'occupent des causes biologiques. On utilise pour cela des appareils spéciaux, entre autres la Résonance Magnétique Nucléaire. On étudie les dimensions des *amygdales* et on cherche des signes de lésions au cerveau. Toutefois, la variété est telle qu'il a encore trop peu de possibilités de comparaison. En tout cas, ceci plaide pour le rejet du complexe de culpabilité: il s'agira plutôt de chercher des explications biologiques et de passer de la problématique du «SOIT une cause, SOIT une autre» à celle du «ET une autre».

Chez certains enfants souffrant de troubles du comportement, on trouve des lésions du cervelet, par exemple à la suite de malaria. Ceci causerait une interruption de la transmission dans le cerveau. Dans les recherches précédentes, cela n'avait pas été découvert, parce que

seules les parties frontales du cerveau étaient examinées et que celles-ci semblaient intactes. On a donc conclu qu'il n'y avait aucun problème. Grâce à la RMN, il est possible d'examiner le cervelet et d'étudier les problèmes de transmission.

b. Mode d'attachement chaotique

Certains types de schémas d'attachement sont peu connus et donc rarement étudiés: le schéma chaotique est l'un d'entre eux. Certains ont des problèmes avec leurs éducateurs: ils ont des idées irrationnelles et des secteurs de comportement où tout va bien et d'autres où cela ne va pas bien. Par exemple, cela va bien à la maison, mais pas à l'école ou vice-versa. Souvent, cela se présente sous forme de «schémas en bloc». On constate fréquemment un passage de l'apathie à un comportement perturbé et chaotique. Ces enfants ont un des paramètres de stress les plus élevés (taux de cortisol élevé).

Il y a aussi un attachement pathologique chez 19% des mères, par exemple celles chez qui on trouve un processus de deuil pathologique envers leur propre mère, avec laquelle elles avaient un lien très étroit et un schéma d'attachement chaotique.

En outre, il y a aussi des enfants qui, eux-mêmes, passent par un processus de deuil. On pensait jadis que le deuil pour la perte d'un proche ne survenait qu'à l'âge de 3-4 ans, quand la mémoire fonctionne à plein; c'est pourquoi on ne trouvait que très peu de deuil chez les enfants très jeunes. On sait maintenant que le bon développement des *amygdales* est déterminé par l'intensité et la chronicité des signaux d'alarme du corps, et donc aussi par les premières expériences de la vie: les *amygdales* constituent un registre de la mémoire émotionnelle qui réagit impulsivement aux expériences. Donc, d'un point de vue neurobiologique, des périodes d'absence temporaire des parents qui ont été vécues comme extrêmement pénibles par l'enfant, sont stockées dans le registre de la mémoire émotionnelle. Cette mémoire émotionnelle perdure dans la vie ultérieure et laisse des traces à long terme: par exemple, l'impression de se sentir tout à coup triste, comme si on était seul et abandonné, tout en sachant très bien que l'on n'est pas un enfant abandonné. Cette recherche parle en faveur d'un repère biologico-organique.

3. Relation entre l'état de stress du nourrisson et le développement de son cerveau

Les interactions entre le bébé et la personne qui s'en occupe, les événements fructueux qui surviennent lors du développement du cerveau et leur relation possible avec une vulnérabilité psychique ultérieure ont été explorés lors d'un séminaire de formation continue "Comprendre et traiter les traumatismes: approches développementale et neurobiologique", à l'Université de Californie, Los Angeles. Les présentateurs étaient Daniel Siegel, MD, directeur médical des services pour nourrissons et enfants d'âge pré-scolaire à l'UCLA et directeur des études interdisciplinaires de la Children's Mental Health Alliance Foundation, et Allan N.Schore, PhD.

Lors de leur présentation, Schore et Siegel ont intégré les dernières découvertes des neurosciences, du développement, de l'attachement et de la psychanalyse, domaines qui depuis trop longtemps ont évité de rassembler leurs informations en un tout cohérent. Comme l'explique Schore: "Les chercheurs sur l'attachement ont étudié les expériences nécessaires

pour le développement social et émotionnel, mais ils n'ont regardé que les comportements et pas les structures cérébrales. Les chercheurs sur le développement du cerveau ont regardé les structures mais pas les conséquences sur le comportement."

La théorie de l'attachement reconnaît que les attachements sécurisés et les interactions harmonieuses entre le nourrisson et la personne qui s'en occupe sont cruciales pour un développement psychique sain. Schore va un pas plus loin dans la théorie de l'attachement en reliant le dialogue d'accordage entre le nourrisson et la personne qui s'en occupe à son stade neurobiologique correspondant, et explique comment ces stades peuvent entraîner la formation de circuits cérébraux sains.

Les chercheurs de la petite enfance, et parmi eux le psychiatre Daniel Stern, MD (1977), ont décrit ce dialogue d'accordage. Les chercheurs Beebe et Lachmann (1988) ont été les premiers à rapporter ses nuances, seconde par seconde. Ils ont photographié des séquences montrant la mère et l'enfant face à face, leurs regards s'entrecroisant et leurs expressions se modelant en miroir l'une sur l'autre. En s'accordant à chacun des subtils changements du nourrisson, la personne qui s'en occupe accentue les états positifs d'excitation, de joie et de plaisir et minimise la détresse. Comme le décrit Siegel, "l'enfant se sent compris". De cette façon, la mère sert de régulateur d'affects, elle est un cortex auxiliaire pour le cerveau encore sous-développé du nourrisson. C'est aussi le type de thérapie proposée par H. Wallon (thérapie wallonienne), trop peu répandue.

Siegel offre un exemple de réaction d'accordage. "Imaginez un enfant de 11 mois très excité de s'être enfin mis debout tout seul. Il avance le long de la table, le visage rayonnant de fierté et dit 'Aaaaah!' La réponse d'accordage des parents serait 'Ooooooh!' reflétant le même crescendo et decrescendo, le même profil d'énergie."

Extrapolant à partir des recherches sur l'animal et des études en pleine expansion sur l'imagerie du cerveau humain, Schore localise ces réactions d'accordage dans le cortex orbitofrontal droit du nourrisson et soutient qu'elles sont essentielles à son développement synaptique. Les parents le font d'instinct et comme par hasard. Il ne faut pas avoir peur d'avoir des comportements régressifs avec un enfant.

Le cortex orbitofrontal se trouve au sommet du système limbique et contrôle les branches sympathique et parasympathique du système nerveux autonome. Schore conceptualise l'accordage psychobiologique comme "une communication directe de cerveau droit à cerveau droit", dans laquelle le cerveau droit de la mère "engagé dans l'expression inconsciente et le traitement d'informations émotionnelles" sert de gabarit au développement des circuits neuroniques du nourrisson (Schore, 1997).

Ces expériences d'attachement surviennent au moment où le cerveau du nouveau-né est en train de connaître une croissance explosive. Les chercheurs en neurologie Greenough et Black (1992) ont décrit les premiers un modèle de "synaptogenèse cérébrale dépendant de l'expérience" dans lequel il y a une poussée d'activité métabolique – une surprolifération de synapses. Peu importe les codes génétiques, les synapses qui n'arrivent pas à faire des connexions meurent par un procédé d'élagage. Schore prétend que la maltraitance, les négligences et les états chroniques de mauvais accordage conduisent à un élagage excessif de synapses dans le cortex orbitofrontal droit, laissant les individus avec une incapacité de moduler et de régler leurs émotions en réponse au stress.

En régulant les affects, la personne qui s'occupe de l'enfant régularise en même temps la libération des neurohormones dans le cerveau du nourrisson. De hauts taux de cortisol, une hormone de stress qui peut être libérée dans le cerveau pendant des périodes de détresse, peuvent détruire des synapses ainsi que certaines études l'ont démontré chez l'animal.

Dans les inévitables états de détresse du nourrisson, les attitudes de la personne qui s'occupe de l'enfant pour rétablir la connexion et reconforter le nourrisson réduisent les taux de cortisol et d'autres hormones liées au stress. En conséquence, le cortex frontal développe une plus grande concentration de récepteurs aux glucocorticoïdes qui peuvent moduler les réponses au stress (Schoore, 1996).

Quand il n'y a pas d'interaction réparatrice, quand la personne donneuse de soins est absente, maltraitante, négligente ou continuellement désaccordée, le nourrisson reste chroniquement dans des états négatifs, avec un taux de corticostéroïdes chroniquement élevé. Cela entraîne une réduction du nombre de synapses, et même la mort de certains neurones, suivant l'hypothèse de Schoore.

a. Elévation du cortisol

Les chercheurs sur l'attachement ont récemment commencé à étudier les données endocriniennes dans l'attachement non sécurisé (Main, 1996). Dans le classique test de la situation étrange développé par les chercheurs sur l'attachement, une mère emmène tout d'abord son bébé dans une pièce où ils rencontrent un étranger. La mère laisse l'enfant seul avec l'étranger pendant un petit temps puis revient. La réponse de l'enfant à ces situations de séparation stressante et de réunion permet d'évaluer la sécurité de l'attachement. Les enfants attachés de façon sécurisée peuvent être modérément perturbés par la disparition de leur mère, mais accueillent son retour d'une façon non équivoque et sont rapidement calmés par ses soins. Ces enfants montrent une élévation de leur cortisol au moment de la séparation suivie d'une diminution lors de la réunion.

Dans la catégorie la plus pathologique de troubles de l'attachement, les attachements non sécurisés désorganisés, les enfants réagissent au retour de leur mère de façon désorganisée, conflictuelle, parfois même par des comportements auto-mutilants. Siegel a décrit ce comportement "Les enfants peuvent aller vers le parent, puis s'en aller, tourner sur place, se frapper la tête contre le mur, donner des coups de pied par terre." Au lieu d'être reconfortant, le retour du parent entraîne un "état de désorganisation chez l'enfant". Les attachements désorganisés semblent survenir lorsque le parent a un comportement désorienté, de maltraitance ou de menaces. Les enfants avec ces attachements désorganisés montrent une plus grande élévation du cortisol et une élévation prolongée du cortisol tout au long du déroulement du test de la situation étrange. Des enfants avec des attachements désorganisés qui ont été suivis pendant 17 ans ont aussi montré une plus grande vulnérabilité aux troubles mentaux plus tard dans la vie.

La recherche sur l'animal, qui permet l'examen direct des tissus cérébraux suite à des expériences sociales particulières, a depuis longtemps suggéré que les relations sociales altèrent la structure même du cerveau. Les singes élevés en isolement social ne montrent pas seulement des symptômes de dysrégulation sociale, mais aussi une absence de neurones fondamentaux dans des portions de l'hippocampe, une région du cerveau qui joue un rôle dans la régulation des émotions (Nelson et Bloom, 1997).

Carlson et Earls (1997) ont récemment étudié des anomalies neuroendocriniennes similaires chez des enfants élevés en institution dans les orphelinats roumains. Il reste à savoir si ces anomalies peuvent être corrigées en améliorant les relations sociales. Cela pourrait peut-être se faire en améliorant les relations sociales en en créant le temps nécessaire une sécurité "exceptionnelle".

Ces dernières années, l'utilisation plus intense de la tomographie computerisée à émission de positrons (PETscan), des images par résonance magnétique nucléaire (RMN) et d'autres techniques d'imagerie cérébrale moins invasives ont commencé à fournir des preuves plus directes des interactions entre les expériences précoces et les structures cérébrales chez les humains.

Une étude récente par PETscan de la circulation cérébrale régionale par Chiron et al. (1997) a confirmé que le cerveau droit est prédominant dans la petite enfance et jusqu'à la troisième année de la vie, suggérant que son développement le plus important survient pendant la période où l'attachement se forge. Jones et al. (1997) ont récemment trouvé des différences entre les électroencéphalogrammes (EEG) de nourrissons dont les mères sont dépressives et ceux de nourrissons dont les mères ne le sont pas. A 3 mois, 12 des 17 enfants de mères dépressives montraient une asymétrie relative plus grande de l'EEG frontal droit, alors que deux enfants seulement sur 15 enfants de mères non dépressives montraient les mêmes aspects (Field et al., 1995).

Ce schéma reproduisait en miroir les anomalies électroencéphalographiques des mères dépressives qui pour 10 sur 17 d'entre elles montraient des asymétries relatives de l'EEG frontal droit (contre 3 mères sur 15 dans le groupe non dépressif). Aucune différence discernable dans les affects entre ces deux groupes d'étude ne reflétait ces différences. Bien que ces anomalies EEG puissent simplement refléter des différences génétiques innées, elles suggèrent aussi la notion de cerveau droit de la mère modelant le cerveau droit du nourrisson. Comme l'explique Siegel "L'expérience répétée de certains états peut les transformer en traits de caractère." Cette asymétrie relative plus grande de l'EEG frontal droit a été mise en évidence chez des nourrissons dès un mois (Jones et Field, 1997).

Plusieurs autres études ont établi que les nourrissons reproduisent en miroir les symptômes dépressifs de leur mère dès 3 mois en montrant moins d'expressions faciales positives, plus d'expressions faciales négatives et un taux d'activité plus bas. Dawson et al. (1997) ont trouvé que les enfants entre 11 et 17 mois de mères dépressives montrent une augmentation de l'activation EEG dans la région frontale quand ils expriment des émotions négatives. Même quand ils expriment des émotions apparemment semblables, les nourrissons de mères non dépressives ont moins d'activité EEG dans la région frontale.

b. EEG anormaux

Dans une étude sur des adolescents, Teicher et al. (1997) ont trouvé récemment des tracés EEG anormaux dans les régions fronto-temporales ou antérieures chez 42,9% de ceux qui ont un passé de maltraitance psychologique, 54,4% de ceux qui ont subi des abus physiques ou sexuels, et 71,9% de ceux qui ont subi des abus physiques ou sexuels graves, par comparaison à 26,9% des patients qui n'ont pas été maltraités. La maltraitance précoce est associée à des anomalies de l'hémisphère gauche et à une inversion de l'asymétrie hémisphère gauche/droit, ce qui fait supposer à Teicher que la maltraitance précoce exerce un effet

délétère sur le développement du cortex gauche et de l'hippocampe, et empêche l'intégration hémisphérique et l'établissement d'une dominance du cortex gauche.

Si les expériences d'attachement déterminent la formation des circuits du cerveau et que les circuits erronés entraînent une vulnérabilité à la dysrégulation émotionnelle ultérieure, quelle preuve a-t-on d'une plasticité neuronale une fois la période critique passée? Et si la plasticité persiste, quelles interventions psychothérapeutiques auront les meilleures chances de faire grandir de nouvelles synapses ou d'utiliser celles qui ne le sont pas?

En tant que psychothérapeutes et réfléchissant sur l'intégration, Siegel et Schore ont tenté d'émettre quelques hypothèses. En général, la recherche suggère qu'une "thérapie par la parole" doit aller plus loin que la parole si le problème se trouve dans des zones du cerveau droit qui ne répondent pas aux interventions verbales. Schore croit que, particulièrement quand il y a une rupture thérapeutique, un mauvais accordage avec le thérapeute, le patient peut évoluer vers un état hautement émotionnel dans lequel le cerveau droit devient dominant. "Ce qui va passer c'est un ton de voix, une attitude, des expressions faciales et un sens de l'empathie qui est enraciné dans l'accordage psychobiologique précoce entre la mère et le nourrisson", dit Schore.

Pour Siegel, s'aligner sur l'état du patient – communication directe de cerveau droit à cerveau droit – et ensuite expliquer cet état affectif en termes clairs et directs peut aider beaucoup de patients. "Je me suis trouvé en train de dire des choses que je n'aurais jamais pensé sciemment dire comme 'Ooh, c'est beaucoup trop'. Cette sorte d'état de clarification et d'accordage des sentiments émerge inconsciemment et peut être très utile." Bien sûr, la communication de cerveau droit à cerveau droit seule ne constitue pas une psychothérapie. Pour Siegel, construire une narration plus linéaire qui intègre les fonctions des cerveaux droit et gauche est aussi essentiel.

Mais beaucoup d'études de psychothérapie ont montré que quand les patients relatent ce qui les a le plus aidé dans leur psychothérapie, ils ne se souviennent pas souvent d'interprétations spécifiques ou perspicaces. Ce dont ils se souviennent, c'est de la qualité de la relation, la façon dont ils se sentaient dans le cabinet du psychothérapeute ou d'avoir partagé un regard mutuel – expériences réminiscentes de l'accordage précoce. Quant à savoir si de telles expériences entraînent réellement la formation de nouvelles connexions neuroniques dans l'hémisphère droit du patient, une meilleure utilisation des connexions existantes et une meilleure coordination entre les cerveaux droit et gauche, cela reste une question ouverte.

4. Etat de stress post-traumatique

Bessel van der Kolk, MD, psychiatre et chercheur bien connu sur les effets des traumatismes chroniques sur le développement, a présenté une série d'ateliers très intéressants lors de la 8^e Conférence Annuelle d'ATTACH à Omaha, Nebraska, en 1997.

Tout d'abord, le docteur van der Kolk fait remarquer que les tâches normales de la petite enfance et de l'enfance sont d'apprendre à s'attacher et à faire confiance aux autres, d'apprendre à jouer et à partager avec les autres, d'avoir des conflits et d'apprendre des moyens de les résoudre, d'apprendre à rêver et à imaginer, d'apprendre à avoir de l'empathie pour soi et pour les autres, d'apprendre comment se consoler quand on est troublé, et

d'apprendre comment contrôler son niveau d'excitation. Un traumatisme grave, chronique dans la petite enfance ou dans l'enfance interfère de façon dramatique avec chacune de ces tâches. Les expériences traumatisantes mettent les enfants en dehors du reste des expériences humaines, créant un certain degré de solitude et d'isolement dans la profondeur et les sentiments de désespoir ne peuvent pas être compris par ceux qui n'ont pas fait d'expérience similaire. Ces enfants se sentent différents des autres depuis le moment où leur traumatisme a débuté, et (à moins que des moyens extrêmement lourds ne soient mis en place durant la thérapie ultérieure) vont continuer toute leur vie à se sentir profondément seuls et à part des autres.

a. Effets des hormones de stress

Un attachement sain ne peut pas avoir lieu quand le mésencéphale (cerveau médian) d'un enfant (le système limbique et les amygdales surtout) est en état d'éveil permanent, est constamment sujet à des demandes d'hormones du stress et est incapable de poursuivre le processus normal de maturation et de créations de connexions interneuronales. En conséquence les enfants traumatisés n'apprennent pas à jouer, à se détendre, à contrôler leur propre niveau d'excitation, et comment comprendre et avoir de l'empathie et de la compassion pour eux-mêmes et pour les autres. Le docteur van der Kolk note que "*être dépendant des autres engendre un sentiment de honte extrême pour les enfants traumatisés.*" Ils ont appris à avoir un cocon d'autosuffisance, et détestent et se défient quiconque veut essayer de pénétrer ce cocon. Au moment où il devient nécessaire de faire confiance à d'autres, ils ont l'impression que leurs systèmes de défense ont échoués et ils répondent à ce qu'ils ressentent comme une attaque de la part des autres en attaquant ceux qui désirent leur confiance. Leur entourage ne perçoit pas leur état de stress, n'y répond donc pas, c'est pourquoi leur comportement est souvent agressif d'une façon assez imprévisible. Ils ont besoin de faire sentir combien ils ont mal.

Parce qu'ils ont appris à se consoler tout seuls alors qu'ils étaient bébés, leur cerveau et leur corps s'est adapté à des comportements auto-stimulants ou auto-apaisants qui peuvent paraître étranges aux autres mais qui sont en relation avec des comportements d'apaisement qui avaient du sens quand ils étaient traumatisés. Ces enfants iront vers tout le monde pour obtenir des soins et de l'attention, mais résisteront à toute relation de proximité avec eux parce que cela interférerait avec leurs comportements auto-stimulants et auto-apaisants. "Quand il est répondu à vos besoins, cela devient le socle sur lequel se construit la capacité de régler vos systèmes biologiques internes" et l'attachement est en partie destiné à enseigner aux enfants comment régler ces systèmes. Ce qui pose problème dans les troubles de l'attachement, c'est que les enfants n'apprennent pas cela, et le leur apprendre plus tard que dans la petite enfance est très difficile. Cet apprentissage ne paraît possible qu'après diminution du stress pathologique.

Les traumatismes chroniques ont aussi des effets sur le développement du cerveau, le système immunitaire, les mécanismes de réponse aux stress et la mémoire des enfants. En premier lieu, le mésencéphale s'attend à ce que la plupart des événements de la vie soient traumatisants et vit donc dans un état constant d'excitation, ce qui amène ces enfants à être hyperactifs et à avoir des réponses démesurées aux événements de la vie de tous les jours. "Le rôle des parents est d'apprendre aux enfants comment régler leurs propres systèmes biologiques internes et d'amener un enfant d'une situation à une autre sans entraîner d'hyperexcitation". Ces enfants ont de grandes difficultés à se calmer une fois qu'ils ont été stimulés et même des petites perturbations peuvent entraîner une hyperexcitabilité et une

incapacité à se calmer. La plupart des ces enfants sont aussi experts en dissociation (un comportement d'auto-apaisement) et se sentent plus en sécurité s'ils peuvent se dissocier des autres et se consoler tous seuls dans leur propre petit monde (tout comme un adulte stressé se replie sur lui-même).

b. Mémoire post-traumatique

Les enfants traumatisés stockent leurs souvenirs traumatisants dans la partie droite de leur cerveau (les gens normaux utilisent les deux parties de leur cerveau pour stocker leurs souvenirs agréables et désagréables, alors que les gens traumatisés stockent leurs souvenirs agréables à gauche et leurs souvenirs désagréables à droite) et dans le système limbique (les gens normaux utilisent leur système limbique pour stocker leurs souvenirs jusque vers 3 ans et ensuite des systèmes cérébraux plus élaborés prennent en charge le stockage de la mémoire). Chez les enfants traumatisés le système limbique est constamment sollicité par des émotions et des excitations, par conséquent les autres parties du cerveau ne se développent jamais pour stocker et donner un sens aux souvenirs. Le rôle de la mémoire c'est d'aider à faire face à des événements futurs en s'appuyant sur des stratégies anciennes qui ont fonctionné. Pour les enfants traumatisés, ce n'est pas possible, ils sont pris de façon répétée dans des souvenirs traumatiques et ne sont pas capables de répondre de façon appropriée à des situations actuelles.

Les souvenirs traumatiques sont aussi plus déformés par le temps que les souvenirs positifs, et les enfants traumatisés continuent à réagir à de nouveaux événements comme si c'était des événements passés, et leur comportement apparaît souvent étrange et illusoire. En fait ces enfants deviennent obsédés par leurs souvenirs traumatiques, les séparent de leur conscience et les expriment somatiquement. Quand on compare avec des enfants non traumatisés (environ 100 enfants dans chaque groupe comparatif), on diagnostique plus souvent chez les enfants traumatisés des dépressions (25% contre 11% dans le groupe contrôle), des déficits de l'attention (32% contre 4%) et des troubles de conduites (25% contre 10%). De plus la recherche sur l'animal montre que les rats traumatisés ont des niveaux d'hormones de stress qui sont jusqu'à 5 fois plus élevés que chez les rats non traumatisés. Si c'est vrai aussi pour les humains, nous pouvons en déduire que les systèmes de réponse au stress de ces enfants sont en hyperalerte constante, entraînant des différences surprenantes entre les deux groupes quant à la fréquence des problèmes somatiques. 50% des enfants traumatisés ont des problèmes digestifs (10% dans le groupe contrôle), 60% ont des problèmes de peau comme de l'acné (16% dans le groupe contrôle), 50% présentent de l'asthme (4% dans le groupe contrôle) et les céphalées et les migraines sont aussi fréquentes dans le groupe des enfants traumatisés. Par contre il est intéressant de noter que ces enfants ne sont pas souvent malades parce que l'hyperexcitation de leur système de réponse au stress entraîne que leur système immunitaire travaille plus aussi (ce qui pourrait expliquer pourquoi les enfants avec des troubles de l'attachement sont rarement malades jusqu'au moment où ils deviennent attachés à leur famille). Cependant il est possible que le stress chronique conduise à des dépressions du système immunitaire et lorsqu'ils sont adultes il y a une plus grande fréquence de maladies auto-immunes dans ce groupe (comme de l'asthme et des maladies rhumatismales).

Le système de mémorisation des enfants traumatisés est aussi affecté d'autres manières. Les gens normaux ont trois types de mémoire: une mémoire sémantique (des modes de comportements qui sont appris des parents et qui sont adaptés et fonctionnels), une mémoire épisodique (un système primitif dans lequel les souvenirs sont stockés en fonction

des émotions et des événements qui ont eu lieu au moment où le souvenir a été stocké) et une mémoire procédurale (la routine, les actions inconscientes et les réponses à la vie de tous les jours). Les enfants traumatisés n'ont accès qu'à leur mémoire procédurale et épisodique, et leur mémoire procédurale peut être perturbée par des réminiscences et des souvenirs sensoriels qui stimulent leurs souvenirs épisodiques. Ceci leur laisse peu de possibilités pour apprendre de nouvelles réponses aux événements de la vie, et une incapacité à utiliser leurs parents comme modèles pour des comportements nouveaux, mieux adaptés. Ils sont essentiellement coincés par d'anciens comportements et ne peuvent pas faire confiance à leurs systèmes de mémorisation pour les aider à en apprendre de nouveaux. C'est une des raisons pour lesquelles les enfants traumatisés sont si difficiles à traiter avec les thérapies classiques et ont besoin plutôt de thérapies post-traumatiques comme on en propose aux personnes fortement traumatisées par un événement soudain et violent.

De plus, parce que ces enfants sont sujets à des stimulations sensorielles de leurs souvenirs traumatiques, et que ces souvenirs sont stockés dans le cerveau droit (laissant l'enfant incapable d'accéder aux capacités verbales du cerveau gauche), ils ne peuvent pas expliquer verbalement ce qui leur arrive. Ils deviennent "frappés de mutisme" ou n'ont qu'un langage immature venant du cerveau droit qui semble étrange et privé de sens pour les autres. Beaucoup de ces enfants parlent aussi de façon incessante quand ils n'ont pas de souvenirs traumatiques, parce que parler occupe le cerveau gauche et empêche l'accès aux souvenirs du cerveau droit qui menacent constamment de les envahir.

Les enfants ont encore plus de difficultés que les adultes à essayer de donner un sens de ces réminiscences et se comportent de façon étrange quand ces réminiscences surviennent. Ils répondent habituellement par des accès de colère ou des comportements agressifs parce qu'ils ne connaissent pas d'autre moyen de gérer l'influence perturbante de ces réminiscences. Ils se sentent isolés des autres pendant ces réminiscences, comme si les adultes n'avaient plus de sens pour eux, comme s'ils étaient totalement inconscients de la présence des autres.

Encore une fois, c'est parce que les souvenirs traumatisants ne permettent à l'enfant que l'accès à son cerveau droit (c'est le cerveau gauche qui est responsable d'organiser les informations et de leur donner un sens) que les enfants traumatisés ont souvent des explications étranges et bizarres de leurs comportements qui semblent plutôt des mensonges. Mais ce sont des mensonges bizarres parce qu'ils sont dus à une incapacité de transférer les connaissances d'une aire du cerveau à l'autre (ceci peut expliquer les mensonges insensés qui sont fréquents chez les enfants présentant des troubles de l'attachement).

Il est aisé de reconnaître de nombreux traits et comportements des enfants présentant des troubles de l'attachement dans la description faite par le docteur van der Kolk des enfants traumatisés.

c. Implications thérapeutiques

Le docteur van der Kolk a fait remarquer à plusieurs reprises que les approches thérapeutiques classiques sont inutiles pour les personnes sévèrement traumatisées, spécialement pour les enfants parce qu'elles échouent à atteindre les zones du cerveau qui sont les plus touchées par les traumatismes précoces. Il dit "notre plus grand défi pour les personnes traumatisées c'est de les aider à être ici et pas toujours là-bas, et de ne pas rejouer la même scène encore et encore." Les thérapies classiques maintiennent les gens coincés "là-bas" et ne les aident pas à trouver le chemin vers "ici". De plus les thérapies classiques

encouragent les gens à considérer leur thérapeute comme leur sauveur, plutôt que d'aider les gens à se secourir eux-mêmes de leur enfermement dans le passé. La thérapie de groupe est particulièrement utile pour aider des gens à récupérer d'un traumatisme sévère, particulièrement si le thérapeute centre la discussion sur les solutions plutôt que sur le problème. Il dit aussi que "la thérapie qui ressasse le traumatisme sans changer les conséquences de ces événements traumatiques renforce le traumatisme et empêche la guérison". Se souvenir de son impuissance et de sa rage à travers des jeux ou à travers la parole sans être capable de les résoudre cela n'aide vraiment pas du tout!

Le docteur van der Kolk fait remarquer que la thérapie de l'attachement marche probablement bien pour ces enfants gravement traumatisés parce que cette thérapie prend en compte les sentiments d'impuissance et de rage de l'enfant mais essaie surtout d'aider l'enfant à trouver d'autres issues au traumatisme. Les thérapeutes doivent aider l'enfant à trouver des systèmes de mémoire flexibles où ils peuvent envisager des solutions alternatives. Par exemple le thérapeute peut demander 'Que serait-il arrivé si la police était arrivée pour t'aider?' et aider l'enfant à voir le passé et le futur autrement. "Si vous restez bloqué dans les anciens souvenirs vous ne pouvez pas adopter d'autres comportements. Dire simplement à un enfant que ce n'était pas de sa faute n'aide en rien parce que le cerveau de l'enfant n'a pas les moyens de comprendre le monde en prenant le point de vue d'une autre personne".

De plus les thérapies classiques se centrent sur le fait de raconter ou de rejouer les conflits, ce qui donne accès à la partie gauche du cerveau, alors que les souvenirs traumatisants sont stockés dans la partie droite. Si on veut résoudre les expériences et les souvenirs traumatisants il faut utiliser des activités qui donnent accès à la partie droite du cerveau. Les souvenirs traumatisants sont souvent stockés dans le système limbique qui est responsable de l'attention, de l'éveil et de l'attachement mais ils sont souvent stockés sous forme de mémoire somatique (sensations corporelles). Les thérapies classiques ne commencent même pas à approcher le système limbique pour résoudre le traumatisme, et donc une thérapie qui accède à la mémoire corporelle (comme le fait la thérapie de l'attachement) est beaucoup plus efficace. L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) est utile pour résoudre de nombreux souvenirs traumatiques parce que les mouvements des yeux distraient la personne de ses souvenirs traumatiques et permettent au cerveau de changer. Il pense que toute autre activité physique que ferait la personne en se rappelant son traumatisme devrait agir de la même façon.

Le docteur van der Kolk pense aussi que, pour que la thérapie marche, il faut qu'il existe un haut niveau d'excitation chez le patient (puisque les souvenirs traumatiques ont été stockés dans des conditions d'excitation intense, les résoudre ne peut se faire que si ce haut niveau d'excitation est présent). Les thérapies classiques cherchent habituellement à diminuer l'excitation, c'est pourquoi elles ne sont pas d'une grande aide pour modifier les conséquences du traumatisme.

Une fois que le côté droit du cerveau a été stimulé pour produire des souvenirs traumatisants, la thérapie doit se centrer sur une stimulation du côté gauche du cerveau, comme il a la possibilité d'aider les enfants à résoudre les traumatismes, alors que rester coincé dans le cerveau droit équivaut à rester coincé dans le traumatisme. Le thérapeute doit donc aider l'enfant à utiliser le langage (une fonction du cerveau gauche) pour fournir un schéma signifiant pour les souvenirs traumatiques afin que l'enfant acquière la maîtrise de sa mémoire. Les thérapeutes doivent rester conscients en permanence du sentiment intense de solitude qu'expérimentent les enfants gravement traumatisés, parce que les adultes perdent

leur signification quand ces enfants sont dans les profondeurs de leur solitude, et ils vont repousser l'aide et le soutien à moins que les adultes (y compris les thérapeutes) ne forcent pour que l'enfant les laisse faire. Beaucoup de thérapeutes font l'erreur d'essayer d'éviter que les enfants n'éprouvent des émotions intenses, pensant que cela aidera les enfants à ne pas être trop bouleversés par le traumatisme.

Malheureusement cela n'aide pas l'enfant à résoudre le traumatisme. Si le thérapeute essaye d'éviter les émotions, l'enfant en conclura que ses émotions sont mauvaises ou d'une certaine façon trop dangereuses et il cachera ses émotions. Les enfants ont besoin de savoir qu'ils peuvent avoir des sentiments intenses, que le thérapeute peut faire face à ces émotions, et qu'il peut aider l'enfant à résoudre ces émotions en leur faisant face et en trouvant une meilleure issue pour elles. Les enfants ont besoin d'apprendre comment gérer des émotions intenses et non comment les cacher. Les enfants traumatisés ont l'impression qu'il n'y a pas de fin à leurs problèmes et les thérapeutes ont besoin de les aider à trouver des chemins qui mènent vers la fin de leurs problèmes.

Les thérapeutes ne devraient pas décider qu'un enfant abusé par un homme devrait avoir un thérapeute féminin, parce que certains enfants peuvent considérer que leur mère n'a pas su les protéger et manqueront plus de confiance dans les femmes que dans les hommes. Dans de tels cas, un thérapeute masculin peut être plus efficace pour aider l'enfant à guérir. Les thérapeutes devraient faire attention aux besoins individuels des enfants et ne pas faire de généralités à propos du genre du thérapeute dont l'enfant a besoin.

Finalement le docteur van der Kolk souligne que la thérapie de l'attachement n'est pas traumatisante pour les enfants parce qu'elle se centre sur la résolution du traumatisme. Les thérapies qui laissent l'enfant bloqué dans son traumatisme sont retraumatisantes et ne devraient pas être utilisées avec des enfants traumatisés.

LES TYPES D'ATTACHEMENT

1. Les types d'attachement selon Mary Ainsworth

Au début des années 60, Mary Ainsworth a étudié les petits enfants et a décrit trois types d'attachement: sécurisé, insécurisé/évitant, et insécurisé/anxieux ou ambivalent.

a. Attachement sécurisé

L'enfant recherche la personne maternante quand il est perturbé, il est facilement consolé, absorbé par ses jeux, curieux et répond aux sollicitations environnementales.

b. Attachement insécurisé / évitant

Ces enfants montrent plus d'affection envers les étrangers qu'envers leurs parents; ils ne recherchent pas la personne maternante pour être réconfortés; ils accordent plus d'attention à l'environnement qu'aux personnes. Ils deviennent progressivement hostiles et distants avec leurs pairs et leurs professeurs, socialement isolés, moins compliants aux règlements, et expriment plus d'émotions négatives. En grandissant, ces enfants sont souvent très indépendants, butés et opposants; ils ne chercheront pas d'aide quand ils sont blessés ou déçus; ils sont colériques et distants; ils manquent d'empathie, se sentent tout-puissants dans leur approche du monde et repoussent les marques d'affection. Parmi les enfants attachés de cette façon, on retrouve souvent des enfants abusés ou négligés.

Ils ne semblent pas souhaiter avoir des relations avec les autres. Leur rejet de l'affection peut les faire ressembler aux enfants ambivalents, mais la différence est que l'enfant ambivalent rejette l'affection parce qu'il ne veut pas que quelqu'un ait le contrôle sur lui, alors que l'enfant évitant n'aime pas être avec les autres parce qu'il ne se sent pas en sécurité. Il est constamment sur ses gardes, craignant une attaque des autres, et est hypervigilant. L'enfant évitant a un extraordinaire sentiment de toute-puissance, il pense qu'il peut s'occuper seul de lui-même et qu'il n'a besoin de personne. En conséquence, il est souvent buté et opposant, mais d'une façon passive agressive surtout.

c. Attachement insécurisé / anxieux

Ces enfants alternent la recherche d'une proximité et la résistance au contact; ils ont des difficultés à s'intéresser à leur environnement, leur anxiété et leur peur sont évidentes. En grandissant, ils deviennent collants et dépendants des adultes; ils se plaignent sans arrêt, sont dépendants et exigeants; ils veulent à tout prix faire plaisir; ils envahissent l'espace des adultes; ils boudent quand on leur met des limites; ils ont des difficultés importantes à vivre la séparation et manquent de confiance en eux. Ils se sentent facilement rejetés et trahis et font montre de comportements immatures et régressifs dans leur demande d'amour et d'affection. Bien qu'ils soient capables de saboter la relation quand les parents se sentent proches émotionnellement, ils essaient d'impliquer le parent par manipulation si ce dernier se montre distant.

Ils sont habituellement passifs agressifs, persistent à faire mal de petites choses, mais rien de vraiment mal, ce qui fait que les parents ont l'impression que cet enfant les rend fous! Ils sont habituellement très bavards, parlant sans arrêt de tout et de rien. Ces enfants récupèrent souvent mieux que les autres enfants avec des troubles de l'attachement.

d. Attachement ambivalent

Ces enfants sont de façon habituelle ouvertement colériques et provocateurs. Ils sont souvent destructeurs à la fois de leurs propres affaires et de celles des autres. Ce sont des enfants extrêmement difficiles à élever, parce qu'ils sabotent ou détruisent tout ce qui leur arrive de positif. Ces enfants utilisent la manipulation pour culpabiliser les autres. Ils ne sont affectionnés que dans la mesure où ils veulent quelque chose. Ces enfants n'ont pas d'amis bien qu'ils disent en avoir. Ils sont seuls à l'école, ils ne sont pas invités chez des copains, etc. Ces enfants ne gardent leurs "amis" que quelques jours. Ils n'ont pas la capacité de donner et de recevoir de l'amour ou de l'amitié. Ils ont un remarquable manque d'empathie pour les autres. Ils sont souvent cruels envers les animaux et les autres enfants.

2. Les types d'attachement selon Martha Welch

a. Attachement sécurisé

Un enfant – ou un adulte – attaché de façon sécurisée est compétent, il a confiance en lui, il est résilient, il est joyeux la plupart du temps, il anticipe les besoins des autres (mais pas en co-dépendance), il est empathique, il a de l'humour, il est joueur, il essaye de toutes ses forces de faire face à l'adversité, il n'est pas vulnérable quand il approche des étrangers, parce qu'il ne partira pas avec eux (adulte, il est ouvert sans être téméraire), il a une bonne estime de lui-même, il va jusqu'au bout de ce qu'il entreprend, il est capable d'utiliser toutes ses ressources mentales, physiques et émotionnelles, il est réceptif, affectueux, capable de s'impliquer profondément quand cela en vaut la peine, capable de s'exposer quand cela en vaut la peine, il a des réactions émotionnelles appropriées, il est capable d'interactions avec les autres à l'école ou au travail, il sera probablement en bonne santé physique toute sa vie, il agit de façon responsable, a bon cœur et est compatissant, a une véritable autonomie, n'est pas co-dépendant parce qu'il a un système de modulation interne bien développé, a moins de risques de se tourner vers des supports extérieurs (dépendances) pour moduler ses affects.

b. Attachement résistant

Un enfant – ou un adulte – attaché de façon résistante est collant, parfois repoussant ou collant et repoussant, très tendu (physiologie du stress = physiologie de la séparation), il est impulsif – la présence de la mère module l'état physiologique de l'enfant, ce qui l'aide à contrôler son comportement – il est passif, défaitiste, il n'est pas courageux dans l'adversité, il a des crises de colère explosives – toujours un symptôme de tension de l'attachement – il a des difficultés à s'engager et à maintenir ses engagements, il a des difficultés à l'école et au travail, il est irritable, réactif, il s'engagera volontiers dans des activités ou des hobbies à haut risque, il a besoin de systèmes externes de contrôle de ses affects, il présente plus de risque de co-dépendance dans ses relations avec les autres (je m'occupe de toi si tu t'occupes de moi), il

n'agit pas de façon responsable, il présente plus de risque de maladies physiques pendant sa vie.

c. Attachement évitant

Un enfant – ou un adulte – attaché de façon évitante est activement hostile, agressif, exigeant mais distant, il se suffit à lui-même de façon compulsive - "je n'ai pas besoin de toi" – il n'est pas capable de donner et de prendre, il peut prendre de façon négative, mais ne pas "recevoir" dans un cycle de réciprocité, il n'est pas capable de s'engager, il s'isole ou se met en retrait, il a des difficultés à développer et à maintenir de bonnes relations avec les autres, il peut même se conduire de façon sociopathe – utiliser le monde, reprocher aux autres ses propres erreurs, ne pas se conduire de façon responsable, être incapable de montrer de l'affection, être facilement en colère ou offensé – il interprète les actions des autres personnellement et cherche à se venger, il dépend souvent d'un système de modulation externe pour contrôler ses affects (particulièrement l'alcool et les drogues), il s'engage souvent dans des hobbies dangereux, et aura tendance aux maladies somatiques toute sa vie.

d. Attachement désorganisé

Un enfant – ou un adulte – attaché de façon désorganisée est déprimé, inhibé, quand il commence à pleurer, il peut difficilement s'arrêter, on ne sait pas le consoler, il est anxieux, collant – avec n'importe qui – il est très vulnérable à la maltraitance par des étrangers, il ne finit pas ce qu'il commence, rien ne le motive. Comme adulte, il consultera souvent pour dépression ou troubles anxieux, il a souvent besoin d'un système de contrôle externe de ses affects (médicaments anti-dépresseurs ou anxiolytiques) il a plus de risques d'avoir des maladies somatiques toute sa vie, il a des difficultés à maintenir des relations, il doute de lui, et pense souvent "qui veut de moi?".

Ces enfants ont souvent une psychose atypique, des troubles bipolaires et des troubles neurologiques. Ils ont souvent une histoire familiale de maladie mentale. Le plus perturbant pour les parents est leur excitabilité excessive (par comparaison aux autres enfants avec troubles de l'attachement qui sont souvent maussades). Les enfants désorganisés sont souvent les plus difficiles à traiter étant donné la multiplicité de leurs problèmes. Il faut souvent une médication et un placement hors de la famille.

Vous trouverez ci-après la définition officielle des troubles de l'attachement, telle qu'elle apparaît dans la nomenclature internationale des troubles mentaux (DSM-IV).

F94.x [313.89] Trouble réactionnel de l'attachement de la première ou de la deuxième enfance**Caractéristiques diagnostiques**

La caractéristique essentielle du trouble réactionnel de l'attachement est un mode de relation sociale gravement perturbé et inapproprié au stade de développement, présent dans la plupart des situations, qui a débuté avant l'âge de 5 ans et est associé à une carence de soins manifeste (Critère A). Il existe deux types de présentation du trouble. Dans le type inhibé, l'enfant montre une incapacité persistante, dans la plupart des situations, à engager des interactions sociales ou à y répondre d'une manière appropriée à son développement. Il a un mode de réponse excessivement inhibé, hypervigilant ou nettement ambivalent (p.ex. "vigilance glacée", refus de se laisser consoler, alternance de mouvements d'approche et de réactions de fuite) (Critère A2). Dans le type désinhibé, on observe un mode d'attachement diffus. L'enfant manifeste une sociabilité indifférenciée ou un manque de sélectivité dans le choix des figures d'attachement (Critère A2). La perturbation n'est pas uniquement imputable à un retard du développement (p.ex. comme dans le retard mental) et ne répond pas aux critères d'un trouble envahissant du développement (Critère B). Par définition, le trouble est associé à une carence de soins manifeste, qui peut prendre la forme d'une négligence persistante des besoins émotionnels élémentaires de l'enfant concernant le confort, la stimulation et l'affection (Critère C1); d'une négligence persistante des besoins physiques élémentaires (Critère C2); ou de changements répétés de personnes prenant soin de l'enfant, empêchant l'établissement de liens d'attachement stables (p.ex. changements fréquents de nourrice ou de parents adoptifs) (Critère C3). On présume que la carence de soins est responsable du manque de réactivité dans le comportement social (Critère D).

Sous-types

On peut indiquer le type de trouble prédominant dans le comportement social en spécifiant l'un des sous-types suivants:

F94.1 Type inhibé. Dans ce sous-type, le trouble du comportement social prédominant est l'incapacité persistante, dans la plupart des situations, à engager des interactions sociales ou à y répondre d'une manière appropriée au stade de développement.

F94.2 Type désinhibé. On utilise ce sous-type lorsque le principal trouble du comportement social est une sociabilité indifférenciée ou un manque de sélectivité dans le choix des figures d'attachement.

Caractéristiques et troubles associés

Caractéristiques et troubles mentaux associés. Certaines situations (p.ex. hospitalisation prolongée de l'enfant, pauvreté extrême ou inexpérience parentale) peuvent favoriser une carence de soins. Pourtant une carence de soins sévère n'entraîne pas nécessairement un trouble réactionnel de l'attachement; certains enfants établissent des liens d'attachement stables et ont des comportements sociaux adaptés, même dans des situations de carence de soins ou de mauvais traitements évidents. Le trouble réactionnel de l'attachement peut être associé à un retard du développement, à un trouble de l'alimentation de la première ou de la deuxième enfance, à un pica ou à un mérycisme.

Examens complémentaires. Des résultats anormaux peuvent être le signe d'une malnutrition.

Examen physique et affections médicales générales associées. L'examen clinique permettra de reconnaître les affections médicales générales associées qui peuvent contribuer à la défaillance des soins ou en résulter (p.ex., retard de croissance, marques de sévices).

Prévalence

Les données épidémiologiques sont limitées mais le trouble réactionnel de l'attachement semble très rare.

Evolution

Le début du trouble survient généralement pendant les premières années de la vie et, par définition, avant l'âge de 5 ans. L'évolution apparaît variable en fonction de facteurs individuels touchant aussi bien l'enfant que les personnes qui s'en occupent, la sévérité et la durée des carences psychosociales associées, et la nature des interventions mises en œuvre. Une amélioration considérable ou une disparition des troubles peut survenir si on place l'enfant dans un environnement procurant un soutien approprié. Dans le cas inverse, le trouble aura une évolution durable.

Diagnostic différentiel

Dans le retard mental, des liens d'attachement stables, appropriés au niveau général du développement, se développent habituellement entre l'enfant et les personnes qui s'occupent de lui. Cependant, certains nourrissons et jeunes enfants ayant un retard mental sévère peuvent poser des problèmes particuliers aux personnes qui s'occupent d'eux et présenter des symptômes caractéristiques du trouble réactionnel de l'attachement. Il ne faut faire le diagnostic de trouble réactionnel de l'attachement que s'il apparaît clairement que les difficultés caractéristiques dans l'établissement de liens d'attachement sélectifs ne sont pas fonction du degré de retard de développement.

Le trouble réactionnel de l'attachement doit être distingué du trouble autistique et des autres troubles envahissants du développement. Dans les troubles envahissants du développement, les liens d'attachement sélectifs ne se développent pas ou sont nettement déviants, mais cela survient dans un environnement qui procure un soutien psychosocial insuffisant. Le trouble autistique et les autres troubles envahissants du développement se caractérisent également par la présence d'une altération qualitative de la communication et par des modes de comportement restreints, répétitifs et stéréotypés. On ne doit pas faire le diagnostic de trouble réactionnel de l'attachement si les critères d'un trouble envahissant du développement sont réunis. Il faut distinguer le type désinhibé du trouble réactionnel de l'attachement des comportements impulsifs ou hyperactifs du déficit de l'attention/hyperactivité. A la différence du déficit de l'attention/hyperactivité, le type désinhibé du trouble réactionnel de l'attachement s'accompagne typiquement d'une tentative d'établir un lien d'attachement social à la moindre rencontre.

Une carence de soins sévères est l'une des caractéristiques qui définit le trouble réactionnel de l'attachement. Une notation supplémentaire de sévices à enfant, de négligences envers un enfant ou de problème relationnel parent-enfant peut se justifier. Lorsqu'une carence de soins sévère n'entraîne pas de perturbation marquée de la socialisation, il faut noter négligence envers un enfant ou problème relationnel parent-enfant plutôt que trouble réactionnel de l'attachement.

SYMPTOMES DES TROUBLES DE L'ATTACHEMENT

Les signes de troubles de l'attachement sont bien sûr d'intensité variable suivant les enfants, leur passé et leur relation actuelle avec ceux qui les entourent. Ils sont aussi différents suivant l'âge de l'enfant.

Globalement, dit Johanne Lemieux, thérapeute québécoise, on peut dire que tous les enfants adoptés ainsi que tous les enfants qui ont vécu des séparations, une maladie grave, etc. (voir plus haut) ont par définition des **difficultés d'attachement** : ils ont nécessairement vécu une ou plusieurs ruptures avant d'être placés dans une famille permanente. Selon la gravité de leurs séquelles et le niveau de compréhension des enjeux du (nouveau) parent, ils devront "décider" de faire confiance ou pas puis éventuellement d'aimer et de se laisser aimer. Fort heureusement la plupart y arrive tout en gardant certaines insécurités quant à la permanence du lien mais sans troubles de comportements associés.

Un autre pourcentage gardera des **troubles d'attachement** légers, moyens ou assez graves. Ils seront capables d'une forme d'attachement (évitant, anxieux, etc.) donc avec beaucoup de bémols, de pièges, d'autosabotage, de testing, de double message, de problèmes de comportement, etc.

Enfin un petit mais terrible pourcentage gardera des séquelles encore plus profondes et souffrira d'un **désordre de l'attachement** qui nécessite des soins multidisciplinaires et psychiatriques. Ce désordre s'apparenterait beaucoup plus à un TED (trouble envahissant du développement) qu'à une "simple" atteinte neuro-psychologique.

Cette "nomenclature" ne fait pas encore consensus mais est de plus en plus à l'ordre du jour.

Les symptômes repris plus loin sont d'autant plus évidents que les troubles de l'attachement sont plus importants et ils sont aussi plus difficiles à vivre au fur et à mesure que l'enfant grandit et qu'il n'est pas soigné.

Attention : tout enfant peut présenter, à un moment ou à un autre de son évolution, de façon temporaire, un ou plusieurs des signes repris ci-après. Cela ne veut pas dire qu'il souffre de troubles de l'attachement. Pour parler de troubles de l'attachement il faut qu'un nombre important de signes soient présents et qu'ils soient présents pendant plusieurs mois avant de formuler l'hypothèse de troubles de l'attachement.

Tous les signes décrits ci-après ne sont certainement pas présents chez tous les enfants qui souffrent de troubles de l'attachement, mais on en retrouve plusieurs. Certains enfants n'ont pas de perturbations marquées pendant l'enfance et les troubles apparaissent à l'adolescence. Cependant il y a des indices observables même chez les tout-petits, et il est important d'y être attentif parce qu'il est essentiel de commencer la prise en charge au plus tôt.

Ce qu'il faut surtout comprendre, c'est que ces comportements que les enfants ne peuvent s'empêcher d'avoir sont le résultat d'une grande souffrance intérieure non dite, vécue par l'enfant avant tout comme une immense colère (réactive à la tristesse), une colère envahissante, non contenue, équivalente à un acte de survie, d'appel désespéré lancé vers les parents et le monde, seuls à pouvoir les soulager, et que ces comportements sont source de souffrance pour les parents et de dysfonctionnement pour toute la famille.

L'enfant qui souffre de troubles de l'attachement a appris que l'adulte n'a pas la compétence pour lui assurer une base solide comprenant l'amour et une éducation avec des règles claires, stables et cohérentes. Il se méfie par conséquent de tout adulte, en particulier de ses parents, et va tenter de les maintenir à distance, d'imposer ses propres règles. Il juge d'office que les adultes qui essaient d'entrer en relation avec lui sont incompetents et il va reproduire avec eux les comportements qui lui ont permis antérieurement de se protéger en cas de détresse, ce qui détruit toutes les tentatives de l'adulte.

Quand un enfant est psychologiquement dépendant de lui-même, sa capacité à s'attacher est sérieusement endommagée ou même n'existe plus. Pourquoi devrait-il dépendre d'une autre personne quand il est capable de s'occuper de sa survie?

Pour reconnaître qu'un enfant souffre de troubles de l'attachement, il faut à la fois :

- qu'il n'ait pas pu expérimenter une relation privilégiée, basée sur des interactions réciproques pendant sa vie in utero et/ou pendant une partie des deux premières années de sa vie ;
- qu'il ne fasse pas confiance dans les adultes parce qu'il estime qu'ils ne peuvent pas répondre à ses besoins ;
- qu'il présente des crises de rage phénoménale quand il ne peut obtenir ce qu'il désire ;
- qu'il présente un retard de développement d'abord dans la finesse d'adaptation émotionnelle et puis par rapport à la pensée conceptuelle.

Chacun de ces symptômes peut évoquer, quand il est seul, d'autres diagnostics (troubles du comportement, de l'identité, de l'ajustement, angoisse de séparation, hyperactivité avec déficit de l'attention ...). **Ce qui caractérise les troubles de l'attachement c'est avant tout l'étiologie : la rupture d'attachement, accompagnée ou non de carence de soins, de maltraitance, de négligence ou d'incohérence.**

Cette distinction est importante parce que le traitement des troubles de l'attachement passera par la recréation du lien parents-enfant plutôt que par des thérapies comportementales.

Notre groupe de soutien PETALES a réalisé une enquête auprès des parents qui pensent que leur enfant souffre de troubles de l'attachement pour essayer d'évaluer la prévalence de certains symptômes chez nos enfants. A ce jour (30/09/02), 37 familles ont répondu à l'enquête, familles ayant de 1 à 9 enfants, ce qui représente 116 enfants au total, dont 49 sont reconnus par leurs parents comme souffrant de troubles de l'attachement. Ces 49 enfants sont 20 filles (41 %) et 29 garçons (59 %) – 2 biologiques (4 %), 6 adoptés en Belgique (12 %), 36 adoptés à l'étranger (73 %) et 3 en famille d'accueil (6 %). Ces enfants sont âgés de 8 à 38 ans.

Evaluation de l'attachement chez un nourrisson, par Walter D.Buenning, Ph.D

L'observation de l'enfant permet de choisir dans les colonnes de droite de façon assez fine (entre 0 et 10) ce qui correspond le mieux au comportement de l'enfant.

Un enfant dont le résultat se situe entre 27 et 81 présente des problèmes d'attachement légers, un enfant dont le résultat se situe entre 82 et 189 présente des problèmes d'attachement modérés et un enfant dont le résultat se situe entre 190 et 270 présente des problèmes d'attachement sévères.

Symptômes	Aucun	Léger			Modéré			Sévère			
1. Pleure tout le temps; air misérable; difficile en permanence	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Résiste au réconfort et aux soins	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Résiste ou n'aime pas être tenu	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Faible contact oculaire ou évite le contact oculaire	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Trop calme (pas de réactions aux stimulations diverses)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Préfère rester dans son parc ou son berceau que d'être tenu	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Pleure rarement (bébé trop facile)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Pleure de façon coléreuse ou rageuse	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Excessivement exigeant	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. A l'air triste ou le regard vide	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Veut tenir seul son biberon très tôt	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Se raidit ou devient rigide quand on le prend	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Préfère être tenu dos à la mère	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Ne tient pas quand il est tenu dans les bras (pas de réciprocité)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Quand il est tenu torse contre torse, il regarde au loin	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Ne rend pas les câlins et les bisous	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. Habituellement sans réaction par rapport à ses parents	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. Pleure ou enrage s'il est maintenu au-delà de ce qu'il accepte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19. Joue de façon très indépendante, ne demande rien	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20. Cherche d'autres que ses parents pour être pris dans les bras	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21. Faible réponse verbale	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22. Ne sourit pas en retour	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23. Peu de comportements d'imitation	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24. Préfère Papa à Maman	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25. Monte et descend fréquemment des genoux des parents	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26. Ne semble jamais vraiment détendu, même au repos.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27. Ne réagit pas à la douleur (haut seuil de tolérance à la douleur)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1. Chez le petit enfant (avant 3 ans)

Il est évident qu'on ne parle pas encore de troubles de l'attachement chez le tout-petit. Néanmoins certains indices peuvent laisser penser que le petit enfant n'a pas pu créer de lien réciproque satisfaisant avec sa maman ou la personne qui en tient lieu, et qu'il est en danger d'évoluer vers des troubles de l'attachement si on n'est pas attentif. C'est d'autant plus important de repérer ces signaux qu'il y a de nombreux moyens de créer ou de recréer ce lien et de permettre une évolution tout à fait favorable.

C'est un enfant qui pleure d'une façon anormale quand il est bébé, soit il pleure d'une façon misérable sans arrêt; soit il pleure rarement (bébé trop facile); ses pleurs sont les mêmes quelle qu'en soit la cause, faim, inconfort, douleur, colère, tristesse, rage, tout se ressemble; ou alors il est colérique ou rageur quand il pleure : ses émotions n'ont pas commencé à se différencier.

C'est un enfant qui ne supporte pas beaucoup d'être touché : il se rétracte au toucher, il s'accroche peu quand on le prend dans les bras et présente une extrême résistance au bercement; il est "raide comme une planche". Il préfère rester dans son parc ou son berceau plutôt que d'être pris dans les bras. Il n'aime pas être tenu dans les bras ou sur les genoux, il préfère s'asseoir sur les genoux dos à sa mère et ne la regarde pas. Il pleure ou il rage quand il est tenu plus longtemps qu'il ne le souhaite. Plus grand, il monte et il descend des genoux de ses parents, il ne s'installe jamais.

Nina, adoptée à 28 mois, n'a jamais pu être bercée par sa maman qu'assise sur l'accoudoir d'un fauteuil, regardant vers l'avant, avec les bras de sa maman autour d'elle pour la tenir. Quand elles se couchaient ensemble sur le lit, Nina voulait un espace d'environ 60 cm entre elle et sa maman, et elle essayait de la repousser. Un jour sa maman l'a laissée pousser pour voir jusqu'où elle irait et elle l'a poussée hors du lit. Ce comportement a continué pendant plus de 4 mois après son arrivée. Elle a continué à résister au bercement pendant un an.

C'est un enfant qui n'a pas beaucoup de contacts oculaires : il ne regarde pas beaucoup l'adulte, il ne le suit pas des yeux; il ne répond pas au sourire par un sourire, il est indifférent aux autres; il ne reconnaît pas son père ou sa mère, plus tard il demande à une autre personne que ses parents de le prendre dans les bras; il ne rend pas ou ne réciproque pas les câlins, il reste mou ou se raidit ou se détourne.

Notre fille a été adoptée à l'âge de 23 mois et a maintenant 3 ans ½. Elle a un bon contact oculaire quand elle ment ou quand elle veut obtenir quelque chose de nous, mais maintenir ce contact oculaire quand nous le lui demandons est difficile pour elle. Elle regarde partout dans la pièce si elle est forcée d'avoir un contact oculaire et cligne sans arrêt des yeux en protestation

C'est un enfant qui a besoin de tout contrôler dès son plus jeune âge : il pique des crises de rage disproportionnées quand il ne peut pas atteindre un objet ou avoir ce qu'il souhaite; il veut tenir son biberon tout seul dès que possible, manger tout seul, faire un maximum de choses tout seul. Il cherche souvent à attirer l'attention, que ce soit en faisant du charme ou en cassant quelque chose.

Notre fille, adoptée à 23 mois, actuellement âgée de 3 ans ½, est incroyablement autoritaire, manipulatrice et contrôlante. Elle dit à chacun comment il doit faire ce qu'il fait, où il faut mettre cela, quand le faire, et ainsi de suite. Les autres enfants détestent jouer avec elle parce qu'elle les commande tout le temps et ne leur laisse rien décider. Elle commande aussi sans arrêt ses frères et sœurs plus âgés et ils la rejettent pour cela. Elle essaye aussi de manipuler les gens grâce à son charme et au fait qu'elle est mignonne, et jouera un parent contre l'autre. Elle doit contrôler chacun des aspects de notre vie,

nous faisant tout faire à sa façon. Elle adore être le centre de l'attention et boude vigoureusement si on ne lui permet pas d'interrompre et de contrôler une conversation ou une réunion. Si elle est contrariée, elle va rager ou se taire et ensuite exercer des représailles d'une façon passive-agressive en détruisant quelque chose, en blessant quelqu'un, comme pour être sûre que nous ne nous amusons pas.

Quand il dort, il remue beaucoup; il a des difficultés pour s'endormir, il a peur de s'endormir, il a des comportements extrêmes pour éviter d'aller au lit; il parle en dormant; il se promène la nuit; il fait souvent des cauchemars ou des terreurs nocturnes; il s'accroche au parent quand il est endormi, on ne peut pas le poser dans son lit sans le réveiller

L'enfant qui est abandonné apprend dès son plus jeune âge à prendre soin de lui par lui-même et à ne dépendre que de lui-même. C'est un enfant qui apprend très vite à s'adapter à son environnement et à survivre très bien (dans les institutions).

Laetitia a passé les 18 premiers mois de sa vie dans un orphelinat à l'étranger. Le jour où ses parents sont venus la chercher, les neuf autres enfants du groupe étaient dans un parc dans le jardin, au soleil et sans jouets. Laetitia avait un hochet en main. Au moment de quitter l'orphelinat, une des puéricultrices décide de remettre Laetitia dans le parc 'pour dire adieu à ses copains'. En moins de 30 secondes, les autres enfants l'avaient poussée par terre et lui avaient pris le hochet des mains.

Lors de la conférence organisée par le Réseau de Parents pour les enfants post-institutionnalisés à Cleveland, Ohio, en septembre 1996, Victor Groze, professeur associé à la Mandel School of Applied Social Sciences à Cleveland, classait les enfants venant des institutions en 3 groupes :

- ❑ *Les canailles adaptés – environ 20% des enfants des institutions. Ce sont des survivants, ils brillent dans les institutions et par conséquent les éducateurs leur donnent plus d'attention et ils continuent ainsi à briller. Ils se débrouilleront vraiment bien dans les familles qui les adopteront.*
- ❑ *Les merveilles blessées – 60 % des enfants. Ils ont quelques problèmes de santé comme des otites chroniques. Ils ont retard de développement quand ils sont placés, mais ils semblent capables de récupérer d'une façon spectaculaire du traumatisme qu'ils ont enduré.*
- ❑ *Les enfants à défis – 20 %. Bien qu'ils puissent faire des progrès significatifs, ils continueront à présenter les effets négatifs spectaculaires de leur institutionnalisation précoce. Ils tireront bénéfice d'une intervention précoce mais ils ne récupéreront jamais jusqu'à retrouver le niveau de croissance et de développement qu'on attendrait d'un enfant 'normal'. Ils représentent un défi pour les familles qui s'en occupent et pour le système social dont ils feront partie pour le reste de leur vie.*

Les enfants élevés en institution apprennent à gérer leur propre vie et à satisfaire leurs propres besoins ou inversement s'anesthésient de la peine due aux besoins non comblés. L'enfant apprend rapidement à nier la douleur des dents qui poussent par exemple. On ne leur donne pas de médicament pour soulager la douleur ni de pommade pour frictionner la gencive gonflée.

Enquête PETALES

Par rapport aux divers symptômes décrits dans la littérature sur les troubles de l'attachement, même en revoyant a posteriori la vie de leur enfant, les parents ne signalent d'une façon significative que des pleurs rageurs chez près de la moitié des bébés, et pas ou peu de sourires, de contacts visuels chez un quart des bébés.

Dans la continuité des pleurs rageurs de la petite enfance, les parents signalent chez la moitié des enfants de 2 à 6 ans des accès de colère fréquents.

Les parents signalent aussi chez la moitié des enfants des manifestations d'affection envers les étrangers. "Au supermarché, il partirait sans problème avec quelqu'un d'autre".

A souligner aussi, près de la moitié des enfants sont jugés hyperactifs par leurs parents, ce qui est souvent un premier motif de consultation et parfois un premier diagnostic donné.

11 enfants (28 %) ont des comportements boulimiques.

20 enfants (51 %) présentent des perturbations du sommeil, sommeil court, léger, difficile à trouver, cauchemars fréquents, et parfois un sommeil jugé par les parents trop long et/ou trop profond. 5 enfants (13 %) sont énurétiques.

15 enfants (38 %) ont déjà des relations difficiles avec leur mère : les parents signalent des relations peu affectueuses, distantes, froides (13 %), des relations agressives, destructrices, tyranniques (10 %).

D'autres parents signalent des relations très possessives, séductrices, dépendantes, voire fusionnelles (18 %), de la provocation "lancinante" (10 %), l'enfant veut protéger sa mère, vient dans son lit, suit sa mère à la trace, demande des relations régressives.

Quand les relations sont jugées bonnes, on précise parfois "mais légères".

Quelques parents signalent de l'anxiété manifestée par des pleurs quand la maman disparaît, le besoin d'être seul avec les parents, une crainte d'être à nouveau abandonné (8 %).

Une maman signale que son enfant a un comportement "sexualisé", son enfant veut l'embrasser sur la bouche, mettre la main très haut sur sa cuisse ..., ce qu'elle attribue à des contacts possibles avec les milieux de la prostitution dans son pays d'origine (enfant arrivé à 4 ans ½).

Tous ces enfants ont fréquenté l'école maternelle. La plupart des parents signalent les premières difficultés de comportement dans le cadre de l'école maternelle. Si certaines de ces difficultés sont banales et fréquentes (pleurs, hyperactivité, manque d'application), d'autres attirent plus l'attention : certains enfants sont agressifs avec leurs camarades, les frappant, les mordant, les rackettant, détruisant leur production (18 %).

Des parents signalent aussi des difficultés à s'intégrer dans un groupe, des amitiés très superficielles (8 %).

Un parent signale que son enfant tient difficilement en place, ne reste pas plus de 5 minutes sur un travail. L'institutrice de 3^e maternelle a trouvé le "truc": elle envoie l'enfant faire le tour de la cour de récréation en courant et cela donne de bons résultats.

2. Chez le grand enfant (avant 10 ans)

R. Delaney a établi en 1990 les catégories de troubles présentés par les enfants qui souffrent de troubles de l'attachement.

CATEGORIES

- A Violence – agressivité
 - B Troubles de l'alimentation
 - C Troubles du comportement émotionnel
 - D Compulsion au vol et au mensonge
 - E Agressivité passive
 - F Absence de conscience et de remords
 - G Obsessions sexuelles
-

A. Troubles du comportement – violence – agressivité

1) accès de colère

L'enfant qui souffre de troubles de l'attachement présente souvent des accès de colère fréquents et persistants, semblant parfois dépasser ses possibilités de contrôle, en particulier quand il est frustré, quand on lui refuse quelque chose ou quand il ne peut pas satisfaire ses impulsions pour diverses raisons. Le facteur déclenchant de ces accès de colère est sans proportion avec l'intensité de la colère, et souvent l'enfant semble avoir oublié le motif de sa colère quand elle est retombée. Cette colère est le plus souvent réservée à la famille ou à la maman et disparaît parfois instantanément quand un étranger pénètre dans la pièce.

Enquête PETALES : 49 % des enfants entre 6 et 12 ans souffrant de troubles de l'attachement présentent des accès de colère fréquents.

Martine, 9 ans, piquait régulièrement des crises de colère épouvantables dans lesquelles elle hurlait, se roulait par terre, injurait sa maman et cassait ce qui lui tombait sous la main, le plus souvent pour des motifs futiles tels qu'un vêtement pas disponible, ou une boîte de biscuits vide quand elle en voulait. Comme ces colères ne se produisaient que quand elle était seule à la maison avec sa maman, celle-ci a voulu les "prouver" à son mari et a pris un enregistreur. A la vue de l'enregistreur, Martine s'est calmée instantanément et a repris une voix normale.

2) destruction

L'enfant qui souffre de troubles de l'attachement ne peut pas souvent jouer seul sans l'adulte, il a besoin de direction ou de supervision constante ou il demande des interactions constantes, et pourtant il est extrêmement indépendant dans ses jeux, il ne demande rien, il veut tout contrôler quand il joue, il n'accepte pas les ordres ou les suggestions des autres joueurs. Il a des jeux désorganisés ou répétitifs, fréquemment sur le thème de l'abandon, de la violence. Il est agressif vis-à-vis de ses jouets, il ne s'attache à aucun jouet et ne montre aucun sentiment de tristesse ou de regret quand un jouet est abîmé ou perdu par sa négligence.

Monique joue régulièrement avec ses poupées à la poupée perdue dans la rue ou dans la forêt. Elle les abandonne sous un meuble ou un fauteuil puis leur trouve une nouvelle famille.

Quand Jacques casse un jouet et qu'on lui fait remarquer qu'il en est désormais privé alors qu'il l'aimait bien, répond "C'est pas grave! C'était à moi!"

3) auto-mutilation

L'enfant qui souffre de troubles de l'attachement a souvent des comportements auto-destructeurs, il a facilement des accidents, il présente souvent de l'énurésie et/ou de l'encoprésie (il refuse d'utiliser les toilettes, fait pipi ou caca dans sa culotte), il peut se faire mal volontairement, il a des conduites et des attitudes sexuelles inappropriées. Il utilise parfois ses excréments comme des "armes" contre ses parents, en faisant volontairement pipi n'importe où (dans un tiroir, sur un tapis...) ou en badigeonnant les murs de la salle de bains avec ses selles. En fait, il agit comme un bébé avec la force réelle de son âge réel.

Tom possédait une grande collection de livrets de football ; il en était très fier. Un jour, il a déchiqueté les 128 cahiers en petits morceaux. J'étais pétrifié quand j'ai aperçu le tas de déchets de papier, et Tom me demandait tout calmement où se trouvait l'aspirateur. Cela ne veut pas dire que la destruction était paisible mais qu'elle a permis de diminuer la pression.

4) cruauté envers les animaux, les jeunes enfants

La cruauté envers les animaux est un symptôme très sérieux, et un de ceux que les parents minimisent souvent, parce que personne ne veut penser que son enfant va tuer Lassie. Les adultes pensent que c'est par hasard que l'enfant a blessé l'animal. Pourtant il y a bien une intention derrière ces gestes : c'est un moyen archaïque de faire sentir à l'autre sa propre souffrance à un stade où les mots n'ont pas encore cours. L'enfant qui souffre de troubles de l'attachement tente de réduire son sentiment d'impuissance face à ce qui lui est arrivé en dominant les animaux. Ceci peut aller de taquineries incessantes et de tourments – tels que tirer la queue, arracher les poils – jusqu'à tuer, allumer un feu, etc. Ce qu'il y a de bien avec les animaux c'est qu'ils vous feront savoir qu'il y a quelque chose qui ne va pas chez l'enfant. Si votre chien était gentil et amical, et qu'il ne l'est plus, vous allez vous demander ce qui se passe.

Tommy, après avoir brûlé son chien, dit "Je ne voulais pas le faire. J'ai juste mis le feu à mon lit et il se trouvait en dessous."

Ce type de comportement peut aussi s'observer avec des enfants plus jeunes qui seront effrayés ou blessés par l'enfant souffrant de troubles de l'attachement sans que celui-ci puisse reconnaître son acte. Il n'est pas capable d'empathie, de se mettre à la place des autres et d'imaginer les sentiments qu'ils peuvent ressentir, car il n'a pas atteint le niveau de développement émotionnel qui le lui permettrait.

Ambre, adoptée à 18 mois, vit dans sa famille adoptive depuis 8 ans. Elle est la plus âgée de 5 enfants adoptés. Pendant des années elle a terrorisé les autres sans que les parents ne le sachent. Elle a essayé d'étouffer une de ses sœurs, a violé son frère de 5 ans et pique régulièrement ses autres sœurs avec des aiguilles. Ambre a promis de tuer toute la famille si quelqu'un parle.

5) agressivité envers les adultes

L'enfant qui souffre de troubles de l'attachement est fréquemment agressif envers les adultes, en particulier envers ses parents. Le plus souvent il évite la confrontation directe, mais dans certains cas même de jeunes enfants peuvent se montrer très agressifs. Cette agressivité se manifeste d'abord par des injures, des objets lancés vers le parent et ensuite par des coups. L'enfant n'a aucune confiance dans l'adulte qui veut lui imposer des limites et ressent l'éducation de ses parents comme abusive et intrusive. Quand il a épuisé ses moyens habituels de contrôle de la situation (évitement, résistance, manipulation) il va utiliser en dernier ressort son agressivité.

B. Troubles de l'alimentation

L'enfant qui souffre de troubles de l'attachement a souvent des problèmes d'alimentation : il cache et amasse de la nourriture, il mange constamment, ne sait pas quand s'arrêter de manger, est boulimique et prend du poids de façon excessive, ou bien il refuse de manger et utilise son appétit pour contrôler ses parents (par exemple il demande un aliment, et quand on le lui donne, il dit qu'il n'aime pas cet aliment, qu'il n'a pas faim). Il a des habitudes alimentaires anormales, par exemple il mange très lentement un jour, dévore le lendemain, il mange des choses anormales (papiers, cailloux, terre ...). Ces comportements peuvent faire penser que l'enfant a connu des périodes où on a négligé de le soigner ou de le nourrir, ou aussi des épisodes de gavage forcé.

Enquête PETALES : 30 % des enfants entre 6 et 12 ans souffrant de troubles de l'attachement ont des comportements alimentaires inhabituels.

C. Troubles émotionnels

L'enfant qui souffre de troubles de l'attachement n'a pas pu dans sa petite enfance créer une relation émotionnellement riche et partager les sentiments qu'il ressentait. Il a appris à étouffer ses sentiments et à ne pas les montrer. Il a plus souvent vécu des sentiments de tristesse, de détresse que des sentiments de joie, de plaisir, d'amour. Au fond de lui se trouve le plus souvent une immense tristesse devant le sentiment d'abandon, de mésestime de soi, de manque de compréhension de ses besoins. Et depuis lors est montée une immense colère, une rage phénoménale devant ce qui lui arrive, cette colère masque la tristesse qu'il n'est même plus conscient de ressentir et s'exprime occasionnellement en réponse à des frustrations ou parfois sans raison apparente, pour relâcher la pression interne. Cette colère est un sentiment vrai qu'il peut exprimer, parfois de façon extrêmement destructrice.

Par contre l'enfant qui souffre de troubles de l'attachement est souvent capable d'exprimer toute une gamme de sentiments attendus par son entourage, alors qu'il ne sait pas lui-même ce qu'il ressent. C'est particulièrement perturbant pour ceux qui vivent avec lui. En effet, s'il ne ressent souvent d'autres sentiments que la colère qui cache une tristesse qu'il ne peut pas reconnaître, il sait très bien ce que les autres attendent de lui en matière de sentiments et d'actes. Il est donc parfaitement capable de se comporter d'une façon attendue et de donner l'impression qu'il ressent des sentiments de joie, de tristesse, d'amour, de peur ... ce qui lui permettra à la fois de dissimuler ses véritables sentiments et d'autre part de contrôler son entourage. Ce type de comportement est aussi une tentative pour obtenir à tout prix la satisfaction de ce qui est son besoin archaïque.

L'enfant qui souffre de troubles de l'attachement regarde rarement son interlocuteur dans les yeux. Le contact visuel est établi dès la naissance, dès le premier cycle d'attachement, quand la maman nourrit son enfant pour la première fois, c'est à ce moment-là que le contact commence. Les enfants qui souffrent de troubles de l'attachement ont des problèmes de contact visuel, parce qu'ils savent que les yeux ont un pouvoir. Toute maman instinctivement regarde son enfant d'une telle façon qu'il comprend qu'il est en train de faire une bêtise. Vers l'âge de 2 ou 3 ans, les parents commencent à avoir un certain contrôle de leur enfant simplement avec les yeux. C'est pourquoi un enfant qui souffre de troubles de l'attachement perd le contact visuel. Dans trois occasions: quand il ment, quand il veut quelque chose, quand il veut utiliser la colère/l'intimidation, certains ont alors un regard direct.

L'enfant qui souffre de troubles de l'attachement a souvent un seuil à la douleur très élevé, il semble insensible à la chaleur, il gratte des écorchures et des croûtes jusqu'au sang sans manifester de douleur. Par contre, il a souvent des réactions excessives devant des petites blessures, il est alors démuné comme un bébé.

Enquête PETALES : 38 % des enfants souffrant de troubles de l'attachement présentent une relative insensibilité à la douleur entre 6 et 12 ans.

Luc a subi de nombreuses interventions chirurgicales particulièrement douloureuses dues à une malformation congénitale. Il a toujours dit qu'il n'avait jamais eu mal, et a toujours refusé les

calmants qu'on lui proposait (aussi bien à 5 ans qu'à 16 ans). Et pourtant quand il s'est égratigné, il s'enfuit quand on veut désinfecter le bobo et devient blême à la vue d'une seringue.

David a été adopté de l'étranger à 6 ans. Six mois après son arrivée il est admis en urgence à l'hôpital pour suspicion de péritonite. Le médecin dit à la mère que David doit avoir eu terriblement mal les dernières 24 heures. En fait David était resté calmement assis sur une chaise presque toute la journée, mais quand elle lui avait demandé si tout allait bien, il avait répondu qu'il se sentait bien. Cependant la mère, instinctivement inquiète avait appelé le médecin. David n'était tout simplement pas conscient de la douleur.

L'enfant qui souffre de troubles de l'attachement demande souvent de l'affection d'une façon qu'il contrôle mais refuse les manifestations d'affection des adultes qui lui sont proches (parents, entourage familial). Il est intolérant à la séparation d'avec les personnes qui s'occupent de lui, sauf s'il en établit les conditions. Il montre de l'affection sans discrimination, parfois envers des étrangers. Il n'est pas affectueux comme le souhaiteraient ses parents, il n'est pas câlin, il refuse l'affection et repousse ses parents à moins qu'il ne puisse contrôler lui-même quand et comment

L'enfant qui souffre de troubles de l'attachement n'est pas souvent affectueux du point de vue des parents, cela veut dire que quand les parents veulent le tenir, le cajoler et le câliner, il résiste. Mais quand le parent est occupé par mille choses, il veut un câlin. Et il y voit le rejet ultime – "je pensais que tu voulais me faire un câlin!" – et le parent ne peut gagner. TOUS LES ENFANTS SONT UN PEU COMME ÇA, MAIS QUAND CELA DEVIENT UN SCHÉMA RÉPÉTITIF, IL Y A UN PROBLÈME.

L'enfant qui souffre de troubles de l'attachement est souvent affectueux avec les étrangers d'une façon non sélective: même un enfant de deux ans qui se promène, vérifie derrière lui que maman est toujours là – est-ce que ma base est toujours là? Mais un enfant qui souffre de troubles de l'attachement sera arrivé à l'autre bout de la Belgique avant de se retourner. Il ne regarde pas derrière lui, il ne regarde que devant parce qu'il a tous les étrangers qu'il rencontre pour le rassurer. Il ne se sent pas assez concerné par la proximité de la base parce qu'il n'a pas été assez connecté avec elle. C'est un enfant qui ira trouver des étrangers, leur demandera de l'argent, montera dans leur voiture. Il rencontre quelqu'un et dix minutes après c'est son meilleur ami, aussi c'est un gros problème de sécurité. C'est de nouveau la diade de besoins attachement-exploration qui est dérégulée, l'ajustement réciproque n'est pas harmonieux.

Enquête PÉTALES : 51 % des enfants entre 6 et 12 ans souffrant de troubles de l'attachement démontrent des marques d'affection inappropriées pour les étrangers.

Les liens émotionnels profonds au sein de la famille sont souvent perçus comme une menace. En même temps l'enfant souffre de solitude. Il a l'impression de ne pas être dans le coup.

Un parent : « Pour tout ce qu'on fait, tout ce qu'on dit, la conclusion d'Eric est toujours la même: 'Personne ne m'aime'. »

Son monde est chaotique parce que trop complexe pour son intelligence affective. C'est un enfant très peu sensible à l'espace, au temps (chronologie, générations...) et à la notion de hiérarchie, ce qui provoque souvent, entre autre, des problèmes scolaires.

«Demain, j'ai été chez grand-mère » c'est une phrase tout à fait normale chez notre Jules de 9 ans. Une dispute avec son frère est de la même importance qu'une dispute avec un petit voisin.

Dans ses relations avec ses pairs comme avec les adultes, l'enfant qui souffre de troubles de l'attachement est souvent méfiant et ne fait pas confiance. Il a du mal de dire bonjour, au revoir et surtout merci. Il ne sait pas ou ne veut pas s'excuser. Il ne sait pas demander ce dont il a envie. Il n'est pas capable de ressentir de l'empathie pour les autres. Il les exploite, les manipule, les contrôle, les commande. Il ressent la nécessité de contrôler ce qui se passe en permanence, c'est plus facile que de vivre la complexité des relations.

Enquête PETALES : 34 % des enfants entre 6 et 12 ans souffrant de troubles de l'attachement veulent tout contrôler.

Amanda fait des cauchemars quand ses parents s'en vont, et devient collante et contrôlante. Elle hurle et se bat quand on la laisse avec une baby-sitter, montrant une grande peur de l'abandon. Parce que ces enfants ont perdu leurs parents ou ont été abandonnés dans le passé, ils sont terrifiés à l'idée de les perdre une fois de plus. Mais les demandes d'Amanda sont aussi une tentative de contrôler, de tenir ses parents en otage émotionnellement. Amanda dit, "Maman si tu ne me donnes pas cette poupée MAINTENANT, je vais tuer ton bébé quand tu dormiras." Les parents ont peur de tels enfants, et ils ont raison. Les statistiques américaines (Magid et McKelvey, 1987) montrent qu'en 1986 plus de 1.300 décès ont été causés par des enfants de moins de 18 ans.

L'enfant qui souffre de troubles de l'attachement a souvent des réponses émotionnelles inappropriées (par exemple il peut rire quand il voit quelqu'un qu'on tue à la TV); il présente des changements d'humeur marqués; il a des difficultés lors de changements ou de moments de transition; il pose sans arrêt des questions sans queue ni tête comme un plus petit, il parle beaucoup pour ne rien dire; il présente une frayeur extrême devant des stimuli inattendus ou inhabituels; il supporte mal l'imprévu et les surprises.

Diane a été adoptée à un an venant d'un orphelinat. Sa mère explique qu'elle chante sans arrêt – dans la voiture, dans le bain, dans les magasins, peu importe l'endroit, peu importe le moment. Quand sa mère en parle, les autres personnes disent "Comme c'est mignon. Ce doit être une petite fille heureuse". Cette mère désespérée dit "si je disais qu'elle se frappe la tête contre le mur toute la journée j'aurais de l'aide. Mais chanter sans arrêt toute la journée est une activité acceptable." Avec le temps la mère remarque que Diane chante encore plus quand elle est dans une nouvelle situation ou les dix dernières minutes avant de partir pour l'école, etc. Parfois les efforts de Diane sont tels qu'elle est toute rouge et en transpiration. Elle emploie le chant comme un moyen d'apprivoiser son anxiété latente et qu'elle sent comme envahissante, destructrice.

L'enfant qui souffre de troubles de l'attachement utilise souvent la communication pour contrôler la distance. Quand il marmonne et qu'on lui demande "Qu'est-ce que tu dis?" il a le contrôle de la distance. Les bavardages incessants ont pour but d'interrompre la communication et de faire du bruit. Les questions sans queue ni tête servent à pousser la mère à bout. C'est un jeu de régulation archaïque de la distance relationnelle et l'enfant gagne souvent et pousse sa mère au bord des larmes parce que, pour elle, c'est épuisant étant donné la "force" intellectuelle d'un enfant de cet âge. Des enfants sans troubles de l'attachement font parfois cela mais les enfants qui souffrent de troubles de l'attachement le font avec une intensité et une fréquence qui épuise le parent non prévenu et non informé des attitudes à prendre.

D. Compulsions au vol et au mensonge

Le vol et le mensonge vont de pair. L'enfant qui souffre de troubles de l'attachement ressent une immense injustice par rapport à ce qui lui est arrivé. Il trouve donc "juste" de réparer en se servant de ce dont il a envie.

Il va donc souvent voler ce qui lui fait envie, sans se préoccuper aucunement d'être vu ou d'être pris, pour satisfaire un besoin momentané. Il peut oublier ou perdre ce qu'il a volé, le laisser en évidence dans sa chambre ... Il n'éprouve pas le besoin de cacher ses larcins, par contre si on lui pose la question, il nie systématiquement avoir pris quelque chose, même si cet objet est dans sa chambre, dans sa poche ou même dans ses mains.

L'enfant qui souffre de troubles de l'attachement vole souvent d'une façon particulière: il vole des choses qu'il obtiendrait s'il les demandait, parce que demander à l'adulte identifié comme non fiable serait beaucoup trop lourd. Et il vole pour être pris – par exemple, une petite fille de 8 ans avait volé une cigarette dans un magasin. C'était un fameux travail. Il aurait été plus facile de voler le paquet que de l'ouvrir et de prendre une cigarette.

Albert vole régulièrement de la nourriture. Mais il laisse les emballages ou les plats vides bien en évidence dans sa chambre. Pourtant quand on lui parle de ces vols, il ne se sent pas concerné, ce n'est pas lui.

Enquête PETALES : 51 % des enfants entre 6 et 12 ans souffrant de troubles de l'attachement volent.

L'enfant qui souffre de troubles de l'attachement ment souvent sur ce qui est évident comme le font les enfants de 3-4 ans. A cet âge, vous ne savez pas que les autres plus âgés utilisent leur réflexion et peuvent évaluer ce que vous dites, aussi vous pensez que ce que vous dites est nécessairement crédible. Le parent dit: "pourquoi portes-tu la blouse de ta sœur?" Et l'enfant proteste: "Mais non! Mary au bas de la rue a juste la même et elle me l'a prêtée."

Enquête PETALES : 66% des enfants entre 6 et 12 ans souffrant de troubles de l'attachement mentent d'une façon maladroite.

L'enfant qui souffre de troubles de l'attachement ment pour couvrir des vols ou d'autres actes ou pour maintenir à distance ses parents. Quand il ment, il regarde l'adulte dans les yeux, et se rend compte une fois de plus de son pouvoir si on le croit. Il peut mentir sur des sujets sans danger tout simplement parce qu'il pense ainsi se protéger. Le parent déçu des mensonges de son enfant se rend compte qu'il peut difficilement lui faire confiance.

L'enfant qui souffre de troubles de l'attachement peut aussi fabuler et raconter d'une façon extrêmement convaincante des histoires qui lui seraient arrivées. Etant donné que bon nombre d'entre eux n'ont pas de connaissances vraies sur leur passé, ils ont depuis longtemps échafaudé une histoire qui les satisfait. Puisque personne ne les a détrompés, ils peuvent faire de même au sujet d'événements plus récents. Ils répètent ainsi un comportement qui les protège et ce comportement primitif empêche l'apparition d'un comportement plus élaboré.

E. Agressivité passive

L'agressivité passive est souvent un mode de comportement de l'enfant qui souffre de troubles de l'attachement par lequel il exprime son incapacité à gérer la complexité de la situation de manière détournée par des comportements d'oubli, de passivité, de provocation silencieuse ...

Il peut par exemple faire preuve d'une docilité dans l'instant, en promettant de faire ce qu'on lui demande, mais sans le faire par la suite. Il s'excusera en disant qu'il a 'oublié'. C'est une façon d'éviter dans un premier temps la confrontation directe. Cela permet aussi à l'enfant attaché anxieux (qui pense qu'il doit tout faire pour faire plaisir) de se faire apprécier dans l'instant.

Il est difficile de réaliser que l'enfant cherche par son comportement à continuer à contrôler son existence avec des moyens primitifs où le temps se réduit à l'instant vécu, les hypothèses les plus fréquentes étant qu'il a des difficultés d'audition, de compréhension ou de mémorisation.

L'enfant qui souffre de troubles de l'attachement peut ne pas répondre aux questions qu'on lui pose, par peur du danger qu'il perçoit. Certains enfants ne s'expriment que par "je ne sais pas, je ne sais plus, j'ai oublié ..." et refusent de donner la moindre indication. Ce qui laisse supposer qu'ils ont quelque chose à cacher ou à se reprocher, alors que ce n'est pas nécessairement le cas. Ils fuient le jugement qui correspond à un niveau de développement non atteint.

Ce comportement passif est particulièrement difficile à accepter par le parent ou l'éducateur qui comprend difficilement que l'enfant ne veuille pas répondre et y voit de l'agressivité. La passivité de l'enfant éveille par conséquent chez l'adulte des sentiments d'agressivité et de violence qui l'impressionnent lui-même. L'enfant habitué à résister au danger se retrouve alors en situation connue.

Il peut ainsi provoquer la colère de son entourage, en se situant lui-même comme innocent. Dans ce cas, ce sont les autres qui expriment la rage qu'il se sent lui-même incapable ou pas autorisé à exprimer. Ici aussi cette colère des adultes, des parents en particulier, les culpabilise.

L'enfant qui souffre de troubles de l'attachement peut parfois se servir de ses urines ou de ses selles pour exprimer son mal-être ou pour provoquer ses parents. Certains enfants n'ont jamais vraiment appris à être propres, certains peuvent bien sûr avoir des anomalies physiques qu'il est utile d'explorer avant de conclure à des troubles psychologiques. L'incontinence des selles et/ou des urines peut être permanente ou occasionnelle. Elle peut être due à l'état de stress permanent dans lequel l'enfant se trouve.

L'enfant peut essayer de cacher son incontinence et par exemple cacher ses vêtements souillés sous le lit ou au milieu du linge propre. Il peut parfois aussi utiliser ses urines ou ses selles comme des 'armes' pour exprimer sa colère en urinant volontairement dans un tiroir, dans une manne de linge propre et repassé, ... ou en utilisant ses selles pour barbouiller les murs par exemple.

L'enfant qui souffre de troubles de l'attachement cache souvent ses qualités, ses capacités et essaie de passer pour un enfant moins intelligent, moins éveillé qu'il ne l'est. Il a une mauvaise image de lui, pense qu'il ne mérite pas d'être aimé.

Brian, 8 ans, ne sait toujours pas écrire à l'école, pas même son nom. Pourtant à la maison, il écrit sans difficulté. Les enseignants ne croient pas la maman quand elle leur affirme que Brian sait écrire et qu'il est en train de les manipuler. En désespoir de cause, la maman cache une caméra vidéo dans une manne de linge et va dans la chambre de Brian lui demander d'écrire pour elle, ce qu'il fait sans difficulté.

L'enfant qui souffre de troubles de l'attachement attire souvent l'attention et la pitié des autres sur lui, n'hésitant pas dans certains cas à se plaindre de ses parents ou de ses frères et sœurs, au point que l'entourage compatissant peut aller jusqu'à signaler la famille aux services de protection de la jeunesse pour négligences et/ou mauvais traitements.

Nathalie, 8 ans, cache sa trousse et se plaint à l'école que sa maman refuse de lui acheter des marqueurs. L'institutrice, prise de pitié, lui en achète une boîte, bien sûr sans contacter la maman.

Jacques, 9 ans, 'perd' son cartable une à deux fois par mois. Las de le remplacer, ses parents lui annoncent que la prochaine fois que cela arrive, il devra se contenter d'un sac de supermarché pour aller à l'école. Les parents d'un enfant de sa classe, émus de l'apparent dénuement de Jacques, lui achètent un nouveau cartable, bien sûr sans contacter les parents.

Tom, 7 ans, raconte à son enseignante que sa maman le bat, lui donne des coups de ceinture et pour preuve de ses dires montre une ecchymose de très petite taille sur son avant-bras gauche. Il explique aussi que sa maman le prive de déjeuner, ce qui lui vaut un repas supplémentaire à l'école. Jamais l'institutrice ne parle à la maman, mais un jour elle dépose plainte pour maltraitance aux services de protection de la jeunesse. L'assistante sociale rencontre l'institutrice et l'enfant mais ne voit jamais la maman, qui se trouve un jour convoquée pour s'entendre reprocher sa maltraitance. Elle se trouve embarquée dans une procédure judiciaire de longue durée, dont elle aura beaucoup de mal de se dépêtrer, obtenant finalement un non-lieu parce que l'assistante sociale ne l'avait pas rencontrée et n'avait pas fait d'enquête de voisinage.

En dehors de la maison, l'enfant fait souvent preuve de gentillesse et de docilité; à la maison il peut être un tyran. Devant ces appels séducteurs, les personnes extérieures à la famille, et même les intervenants peuvent ne pas voir ce qui se passe réellement.

Quand nous racontions aux voisins que Tom allait être placé pendant un certain temps, ils étaient choqués et tristes. Un si gentil petit garçon! Est-ce que quelque chose n'allait pas chez nous?

L'enfant qui souffre de troubles de l'attachement n'a jamais appris à être en sécurité dans des limites. Il en résulte qu'il doit avoir une satisfaction immédiate et à tous les niveaux. Celui qui ne la lui donne pas est mis à l'écart.

Nourriture, friandises, argent, bijoux: tout est enfermé ! Tom ne peut absolument pas résister à un morceau de chocolat ou à un porte-monnaie sur une table. Tout ce qu'il voit, il le veut - et tout de suite!

L'enfant qui souffre de troubles de l'attachement est souvent destructeur de lui-même, des autres et des objets: il démolit des choses que vous ne pourriez pas démolir : trous dans les portes et les murs, objets cassés, jetés à la poubelle, dans les toilettes, jouets abîmés, livres déchirés, rideaux tailladés ... Une petite fille de 6 ans a découpé les vêtements que sa sœur venait de lui offrir. Il est encore plus destructeur de ce qui lui appartient. C'est probablement une métaphore de ce qui lui a été fait. Il a été tellement blessé et détruit qu'il détruit tout à son tour pour faire comprendre en faisant mal combien il a mal lui-même. Il ne détruit pas

toujours chaque jouet – parfois il le rend seulement inutilisable. Un enfant aimait enlever une des aiguilles de toutes les horloges qu'il voyait. Ensuite il protestait avec beaucoup de dignité: "Mais je ne l'ai pas cassée."

Enquête PETALES : 45 % des enfants entre 6 et 12 ans souffrant de troubles de l'attachement détruisent ce qui leur appartient. 36 % détruisent ce qui appartient aux autres.

L'enfant qui souffre de troubles de l'attachement présente parfois des anomalies de langage: il y a des enfants qui ont de vrais problèmes de langage, il y a des enfants qui ont une pathologie du langage. Il y a des enfants qui ont des problèmes d'audition. Et il y a des enfants qui n'osent tout simplement pas coopérer parce qu'ils ne se sentent pas assez en sécurité. Beaucoup d'enfants aiment bien parler de façon stupide. Ils disent les choses les plus stupides, toutes hors de propos, c'est un remplissage verbal antagoniste de l'angoisse.

Un enfant allait en rééducation du langage trois fois par semaine depuis quatre ans et ses parents avaient prévenu le thérapeute qu'il était difficile à comprendre. Il lui a posé un tas de questions et il pensait: il n'est pas difficile à comprendre, il est impossible à comprendre. Aussi il lui a posé la question suivante: "Es-tu débile mental?" et l'enfant a dit clairement "Non, je ne suis pas débile!" Ses parents étaient dans la pièce voisine en observation et son père a tapé du poing en disant "ça alors! Je savais qu'il pouvait parler!". Le problème du langage a été réglé en une séance parce que une fois que ses parents ont su qu'il pouvait parler, il a pu parler.

L'enfant qui n'est pas en phase dans son développement ne veut pas être dépendant. L'enfant qui souffre de troubles de l'attachement lutte contre un sentiment de tristesse et de dépendance en étant toujours en mouvement. S'il fait assez de bruit et de mouvement, il n'aura pas de temps de s'arrêter et de réfléchir. L'hyperactivité est bien connue chez beaucoup d'enfants qu'ils souffrent de troubles de l'attachement ou non et il n'y a pas beaucoup de recherche sur les raisons qui font qu'un enfant "s'excite". Les enfants avec de difficultés d'attachement sont très insécurisés et quand la routine change ou quand ils vont dans un nouveau lieu (déménagement, nouvelle école), ils se remontent eux-mêmes pour pouvoir soulager leurs inquiétudes par le bruit et le mouvement qu'ils génèrent. Les parents doivent constamment rassurer l'enfant en expliquant encore et encore ce qui va se passer et en étant attentifs à tout ce qui pourrait effrayer l'enfant dans son nouvel environnement. C'est ici que le doudou est utile.

Enquête PETALES : 30 % des enfants entre 6 et 12 ans souffrant de troubles de l'attachement sont hyperactifs.

F. Absence de conscience et de remords

L'enfant qui souffre de troubles de l'attachement ne comprend pas pourquoi les autres n'acceptent pas son comportement. Il n'a pas appris à comprendre les sentiments des autres, à se mettre à leur place, il manque d'empathie parce qu'il n'a pas le niveau de développement affectif nécessaire.

Il se conduit souvent de façon irresponsable par rapport à ce qu'on pourrait attendre pour son âge, il manque de contrôle de ses impulsions, n'est pas capable d'un raisonnement de cause à effet, ne tire pas d'enseignement de ses erreurs ou de ses échecs antérieurs. Il semble ne pas avoir de conscience morale, et en cas de conflit il réagit comme un animal en détresse: il cherche à se couvrir ou se réfugie dans le déni ou la contestation. Il ne fait pas la distinction

entre "un acte banal" ou "une bêtise", et il ne retient rien d'une punition. Par contre il est possible d'arriver à la réparation à condition que le parent soit en état de gérer la manœuvre.

Enquête PETALES : 64 % des enfants entre 6 et 12 ans souffrant de troubles de l'attachement envisagent difficilement les conséquences de leurs actes.

Eric rentre de l'école en sifflotant et en parlant gaiement. Un coup de téléphone venant de l'école prévient les parents que les petits poussins de la classe ont été tués. Tout laisse croire que c'est Eric le coupable. Comment peut-il être si gai, si heureux ayant commis un acte aussi cruel ? Parce qu'il est encore au stade du déni et n'est pas encore arrivé à la culpabilité.

Il blâme souvent les autres pour ses propres fautes et ses propres problèmes, il est victimisé par les autres, c'est-à-dire qu'il se met dans la situation d'être une victime puisqu'il est en quelque sorte un "débile affectif" et puis s'en plaint auprès des adultes.

Chaque fois que Marc est pris en tort pour avoir laissé traîné ce qui lui appartient, il accuse successivement chacun de ses frères et sœurs, qui se défendent violemment, et en désespoir de cause, il accuse le chien de la maison.

Jean, 7 ans, agace souvent ses frères qui finissent par le repousser, voire le frapper quand leur exaspération est à son comble. Jacques se met alors à hurler, à appeler sa maman en disant qu'il a été frappé, ce qui finit par entraîner la punition des frères qui n'y comprennent rien. Jusqu'au jour où la maman, arrivant en catastrophe parce que Jean hurle qu'on l'a frappé, trouve Jean assis dans un coin en train de hurler "Aïe, vous me faites mal, arrêtez de me frapper!" pendant que ses frères jouent tranquillement dans un autre coin. C'est un appel régressif pathologique dû à un malaise interne dont il ne peut se défaire seul mais qu'il ne peut pas non plus nommer.

Il ne peut pas se repentir puisqu'il n'a pas le sentiment d'être responsable de ce qui est arrivé, et la punition n'a pas d'effet sur lui, il la subit sans qu'elle ne l'amène à réfléchir.

En blâmant les autres, il refuse de réfléchir et de remettre en question son fonctionnement de survie. Le déni est un mode de défense fréquemment observé chez les enfants souffrant de troubles de l'attachement qui les empêche de se former une conscience.

G. Obsessions sexuelles

Certains enfants qui souffrent de troubles de l'attachement ont un passé de maltraitance sexuelle qui les a mis en contact avec des comportements sexuels d'adultes. Ils peuvent répéter ces comportements, soit en s'identifiant au bourreau (comportement actif) ou à la victime qu'ils ont été (comportement passif).

On peut observer des comportements anormalement sexualisés et séducteurs pour l'âge, une masturbation excessive, en public ou isolée, des comportements d'attouchement sexuel sur des enfants du même âge ou plus jeunes, un intérêt particulier pour les images à caractère sexuel, des vols de sous-vêtements, des recherches d'embrassades répétitives ...

Ces comportements sont particulièrement difficiles à gérer pour les parents qui peuvent avoir honte ou craindre qu'on les considère comme responsables.

H. Difficultés scolaires

L'enfant qui souffre de troubles de l'attachement a souvent un retard scolaire et des lacunes dans ses connaissances. Cela s'explique par plusieurs raisons.

1. L'enfant est souvent agité et trouve difficile de se concentrer sur n'importe quelle tâche pendant un certain temps (hyperactivité).
2. L'enfant semble être à des stades différents de son développement. Avec un enfant de 7 ans, l'enseignant est perturbé parce que parfois il se comporte comme un enfant de 2 ans et parfois comme un ado de 14 ans.
3. L'enfant est souvent en bataille constante avec son professeur parce qu'il lutte pour faire les choses "à sa façon". Comme il ne reconnaît pas l'autorité à la maison, il ne la reconnaît pas non plus à l'école. Les enseignants disent souvent que l'enfant les pousse à bout.

Enquête PETALES : 55 % des enfants souffrant de troubles de l'attachement ont un retard scolaire à l'école primaire.

3. Comportements en fonction du type d'attachement

(selon E.Randolf, ACE, Colorado)

Les enfants en fonction du type d'attachement qu'ils ont développé peuvent montrer préférentiellement certains types de comportement et en particulier être particulièrement collants et dépendants de l'adulte, ou particulièrement indépendants et rebelles. Cependant ils peuvent montrer indifféremment les différents symptômes décrits ci-dessus.

Le type d'attachement que l'enfant a développé (anxieux, évitant, ambivalent ou désorganisé) orientera surtout la façon dont l'enfant se comportera dans sa relation avec l'adulte, et en particulier avec le thérapeute.

Les enfants qui présentent un trouble de l'attachement de type anxieux cherchent souvent à faire plaisir au thérapeute et lui racontent donc ce qu'ils pensent que celui-ci veut entendre, allant jusqu'à évoquer des histoires de maltraitance ou d'abus sexuel de la part de leurs parents. Leur comportement est plutôt de type agressif-passif.

Les enfants qui présentent un trouble de l'attachement de type évitant sont souvent seuls et persuadés qu'ils peuvent se prendre en charge seuls, qu'ils n'ont besoin de personne. Ils ne supportent pas de dépendre de quelqu'un et cherchent sans arrêt à éviter d'être dans cette situation, notamment en n'informant pas l'adulte ou le parent de ce qui leur arrive et en cherchant à résoudre seuls des situations qui les dépassent manifestement. Pour y arriver, ils se coupent de leurs sensations et de leurs émotions. Quand on perce leurs défenses, ils peuvent devenir très agressifs ou développer une tendance suicidaire.

Les enfants qui présentent un trouble de l'attachement de type ambivalent oscillent en général du charme (quand tout va bien) à la furie (dès qu'on s'oppose à eux). Ces enfants sont particulièrement fascinés par le feu, le sang, et démontrent souvent de la cruauté envers les animaux qu'ils disent pourtant aimer. Ils accusent volontiers les autres des actes qu'ils ont commis, il est donc particulièrement difficile de les confronter à la réalité et il faut beaucoup de clairvoyance pour percevoir la réalité.

Les enfants qui présentent un trouble de l'attachement de type désorganisé sont les plus atteints sur le plan psychiatrique. Ils souffrent aussi fréquemment de psychoses ou d'autres troubles neurologiques. Ils présentent une grande variété de symptômes des autres types d'attachement. Leur mode de vie est extrêmement imprévisible et la vie en famille particulièrement difficile. Il s'agit le plus souvent d'enfants qui ont vécu maltraitance et négligence dans la première année de leur vie (80 %, selon Cichetti & Barnett, 1991). Ces enfants ont souvent besoin d'une prise en charge psychiatrique comprenant des médicaments antidépresseurs ou antipsychotiques.

4. Chez l'adolescent

L'adolescent qui souffre de troubles de l'attachement est souvent superficiellement attirant et charmeur, utilise la séduction pour obtenir des autres ce qu'il veut, il a des difficultés à établir un contact oculaire avec les autres quand il leur parle

Enquête PETALES : 74 % des adolescents souffrant de troubles de l'attachement sont jugés manipulateurs par leurs parents et 67 % séducteurs. 33 % n'ont pas de contact oculaire avec leur interlocuteur.

Chuck, un enfant de 12 ans, "venu de l'enfer", a été adopté à l'âge de 5 ans et vient des rues de San Salvador. Dans sa famille adoptive il ment et vole sans arrêt. Il maltraite ses frères et sœurs physiquement et sexuellement, met un couteau devant leur gorge et menace de les tuer s'ils parlent. Un jour il a dit à son professeur que sa mère abusait sexuellement de lui ; quand les Services Sociaux l'ont questionné, il a décrit un scénario élaboré d'abus sexuels rituels par ses parents et des voisins. Puis un praticien formé à l'évaluation des troubles de l'attachement l'a examiné et a découvert qu'il avait menti à propos de l'abus. Ses mensonges élaborés sont la conséquence de sa colère contre ses parents qui l'avaient réprimandé pour avoir tué le chat du voisin. Remarquez que chacune des personnes qui a rencontré Chuck jusqu'à ce jour a dit que c'est un enfant charmant, brillant, et qu'il n'est pas possible qu'il mente .

L'adolescent qui souffre de troubles de l'attachement est souvent destructeur pour lui-même, les autres et les choses, il a tendance à avoir des accidents, il ne régule pas son énergie et blesse les autres, casse ou abîme délibérément des objets. Il peut être cruel envers les animaux (agacement incessant, agressions physiques, et même tortures). La raison en est toujours la même : faire mal pour faire comprendre combien on a mal (comportement pré-verbal). Parfois il a des comportements auto-mutilants et se blesse volontairement (la douleur physique fait oublier un moment la souffrance intérieure), voire fait une tentative de suicide (sentiment de manque de valeur poussé à l'extrême ou appel au secours qui ne peut se dire autrement).

Enquête PETALES : 54 % des adolescents souffrant de troubles de l'attachement détruisent ce qui leur appartient et 41 % détruisent ce qui appartient aux autres.

Colin a été adopté à l'âge de 3 mois. Il a maintenant 13 ans. Il a toujours été violent et sa mère a perdu le compte du nombre de fois où il a cassé les carreaux de la maison lors d'une explosion de colère. La colère survient toujours après que sa mère lui ait dit de ne pas faire quelque chose. L'an dernier, elle lui a dit d'éteindre la console de jeux et de faire ses devoirs. Plutôt que de casser un carreau, il a battu sa mère si violemment qu'elle a été hospitalisée quatre jours.

L'adolescent qui souffre de troubles de l'attachement vole souvent à la maison ses parents, ses frères et sœurs, de telle façon qu'il est presque toujours pris, il ment contre toute évidence, il ment sans raison apparente alors qu'il aurait été aussi simple pour un adolescent de dire la vérité, mais pour le bébé qui reste en lui, c'est trop difficile.

Enquête PETALES : 82 % des adolescents souffrant de troubles de l'attachement mentent de façon jugée excessive et 64 % volent.

L'adolescent qui souffre de troubles de l'attachement n'a pas de contrôle de ses impulsions (il agit souvent de façon hyperactive), il est extrêmement défiant et colérique, il essaie de contrôler les événements de sa vie, il commande les autres, il réagit par de longues discussions chaque fois qu'on lui demande de faire quelque chose.

Il y a deux ans, notre fille a eu une aide professionnelle individualisée (à cause de problèmes de comportement à l'école) qui l'a emmenée visiter une école locale qui prépare les étudiants à des carrières internationales. A la fin de la visite, ma fille l'avait convaincue, ainsi que toutes les personnes qu'elle avait rencontrées, que c'était précisément le type de carrière auquel elle aspirait. Le lendemain elle ne se rappelait littéralement plus avoir dit cela – le but de son enthousiasme était d'attirer et de maintenir sur elle l'attention et la chaleur pendant la visite, de ne pas se faire rejeter et de se sentir toute puissante comme un nourrisson. Elle a ainsi charmé beaucoup d'autres adultes de bonne volonté et des adolescents plus âgés avec des explosions similaires d'enthousiasme et des « projets » qui correspondaient justement aux leurs. Mais il n'y a aucun fond là-dedans. Le but est toujours le même – attirer l'attention.

L'adolescent qui souffre de troubles de l'attachement a souvent un retard scolaire, voire un décrochage scolaire.

Enquête PETALES : 90 % des adolescents souffrant de troubles de l'attachement sont en grande difficulté par rapport à l'école. Cela se traduit par des échecs, des redoublements, des changements de niveau d'étude et des changements fréquents d'école, et pour 26 % d'entre eux par un décrochage scolaire vers 15-16 ans, parfois plus tôt.

L'adolescent qui souffre de troubles de l'attachement manque souvent de capacité de réflexion de cause à effet: il est surpris quand les autres sont perturbés par ses actes; il manque de conscience morale, il ne se sent pas concerné quand il blesse les autres ou détruit des objets.

Enquête PETALES : 69 % des adolescents souffrant de troubles de l'attachement ont peu de sens moral.

Alain, 14 ans, a été pris de nombreuses fois à voler dans des magasins. Il a déjà un dossier de plusieurs pages. Quand on lui demande pourquoi il vole, il dit, "Ils ne m'attraperont pas la prochaine fois." Il fuit le passé vers un avenir où il sera plus fort, donc plus sécurisé.

Un jeune de 16 ans veut un vélomoteur, les parents refusent et il menace: "Si je ne reçois pas le vélomoteur, j'irai raconter chez les voisins que mon père et ma mère ont sexuellement abusé de moi depuis des années." Il l'a probablement été dans une autre partie de sa vie, pas nécessairement physiquement, mais autrement peut-être.

Nous connaissons une famille où les parents ont été emprisonnés pendant un an, accusés d'inceste. Après un an, le jeune a été dire au médecin: "Pardon, j'ai dit ça pour rire !" C'est vraiment un enfant irresponsable malgré son âge, toujours en blocage de son développement affectif.

L'adolescent qui souffre de troubles de l'attachement accumule la nourriture ou il se goinfre ou il dérobe la nourriture ou il a d'autres habitudes alimentaires inhabituelles (manger du papier, de la colle, de la peinture, de la farine, des détritrus...).

L'adolescent qui souffre de troubles de l'attachement a souvent peu de relations avec ses pairs, il a des difficultés à se faire des amis ou à garder des amis plus d'une semaine, il

commande dans ses jeux avec les autres. Ses amis ont surtout une fonction "utilitaire", lui apporter l'un ou l'autre avantage ou bénéfice, et il les quitte dès qu'il a obtenu ce qu'il veut.

Enquête PETALES : 26 % des adolescents souffrant de troubles de l'attachement ont peu de relations avec leurs pairs.

Michel, 19 ans, change de petite amie tous les mois. Il se fait offrir des cadeaux puis il les laisse tomber. Une fois il a gardé sa petite amie jusqu'après son anniversaire puis il a cessé la relation. "Pas grave cette rupture, heureusement j'ai reçu mon cadeau !"

L'adolescent qui souffre de troubles de l'attachement est souvent fasciné par le feu, par le sang, par des activités morbides, des films d'horreur, il est intéressé par les idées de toute-puissance, de violence véhiculées par l'extrême droite.

Enquête PETALES : 44 % des adolescents souffrant de troubles de l'attachement sont fascinés par le feu, le sang l'horreur.

L'adolescent qui souffre de troubles de l'attachement essaie souvent d'attirer l'attention en réclamant les choses plutôt qu'en les demandant; il est câlin et affectionné seulement quand il veut quelque chose. Il recherche le bien-être, c'est vital pour pouvoir explorer; il ne peut le trouver en lui, donc il fait appel à l'autre sous toutes ses formes.

L'adolescent qui souffre de troubles de l'attachement est parfois sexuellement provocateur avec ses pairs ou avec les adultes, il se masturbe en public, se promène dans la maison peu vêtu, prend des poses suggestives ...

Enquête PETALES : 46 % des adolescents souffrant de troubles de l'attachement ont des conduites sexuellement provocatrices à la maison.

L'adolescent qui souffre de troubles de l'attachement est parfois mou, sans émotions apparentes (trop calme), il n'est pas capable de montrer des émotions, il est souvent triste, déprimé ou impuissant, mais il peut aussi faire montre de colères intenses. La diade émotionnelle primitive ne s'est pas ou très peu différenciée.

L'adolescent qui souffre de troubles de l'attachement a un sentiment très perturbé de sa propre valeur : il se perçoit comme une victime (sentiment d'impuissance) ou il a un sens grandiose de sa propre importance ou encore il se perçoit comme mauvais, ne valant pas la peine d'être aimé, c'est-à-dire comme un bébé impuissant à se mettre en bien-être mais dont la mère-prolongement le rend tout puissant. De plus, puisqu'il a été rejeté, il ne vaut rien. Et avec des affects aussi écartelants, on s'étonne de ses dysfonctionnements et de sa souffrance !

Ma fille fait régulièrement des projets tels que « j'ai l'intention de faire des études de médecine ». Le problème survient quand quelqu'un (pas nécessairement nous, mais des professeurs ou même d'autres enfants) essaient de relier ces projets à des pré-requis à plus court terme, comme " Alors tu devrais faire l'effort de rendre ton devoir de sciences à l'école." Alors elle devient enragée et (ayant appris tout un jargon sur ' l'estime de soi' à travers des années de tableaux de progression à l'école et ailleurs) se plaint que les gens ne la soutiennent pas. Comme un bébé, eitel appelle l'autre pour retrouver son bien-être qu'elle ne peut se donner elle-même.

L'adolescent qui souffre de troubles de l'attachement présente souvent une tension corporelle constante qui l'amène à sursauter au moindre contact physique comme s'il était

menacé; il a une grande tolérance à la douleur et une réaction excessive devant de petites blessures; il est rarement malade; il a tendance à faire des maladies auto-immunes.

L'adolescent qui souffre de troubles de l'attachement peut parfois raconter des histoires extraordinaires qui lui sont arrivées, d'une façon tellement persuasive que les adultes de son entourage, surtout ceux qui le connaissent le moins bien, vont croire son histoire. Ces histoires sont souvent des histoires dont le jeune est le héros malheureux, la victime ... Il est souvent difficile d'en obtenir des preuves facilement. Par conséquent, les adultes de son entourage vont lui démontrer beaucoup d'empathie, ce qui permettra au jeune de recevoir l'attention dont il a besoin, mais d'une façon qu'il contrôle de nouveau puisque cette attention est basée sur une situation qu'il crée et qu'il maîtrise.

Parmi ces scénarios inventés, il arrive qu'un enfant ou un adolescent fasse de fausses accusations de maltraitance sur ses parents. C'est une situation extrêmement éprouvante pour les parents, qui est de plus en plus fréquemment citée dans les groupes de soutien. Etant donné tout ce qui a été expliqué précédemment, on peut essayer de l'expliquer comme suit.

L'enfant qui souffre de troubles de l'attachement veut faire comme il veut. Il veut être tout puissant et contrôler sa vie. Ses parents l'empêchent de faire cela en étant exigeants, en le punissant et en étant légalement responsables de lui. Quand l'enfant arrive à l'adolescence il réalise que sa nouvelle sexualité lui donne un pouvoir. Il sait que le couple parental peut être détruit ou sérieusement abîmé par une accusation de maltraitance – sexuelle ou physique. Quand cela arrive, l'enfant est retiré de la famille et placé sous la responsabilité de services sociaux qui le croient, qui l'écoutent et qui essaient sincèrement de l'aider. L'enfant réussit ainsi à démolir ses parents et peut ainsi mener la vie qu'il veut.

Souvent les mères qui nous contactent ont un enfant qui a soit accusé ses parents de maltraitance physique, soit accusé le père de maltraitance sexuelle. La situation est souvent la même – l'enfant vient juste d'entrer dans l'adolescence et a un passé de comportements perturbés. L'enfant est adopté, souvent arrivé dans la famille très jeune. La détresse des parents est terrible – rendue encore plus terrible par l'impression que leur enfant est heureux d'être loin de la famille. L'enfant ne monte pas d'émotion ni de remords pour ce que vivent ses parents.

Isabelle a été adoptée à 8 ans à l'étranger. Depuis le début elle était violente avec sa mère. Elle déchirait ses vêtements sur le chemin de l'école et ensuite disait que c'était comme cela que sa mère l'avait habillée le matin, par exemple. Après plusieurs années de difficultés énormes, les parents se sont décidés à demander l'aide des services sociaux. Isabelle est placée dans un centre spécialisé où elle peut être suivie par des psychologues et une assistante sociale. Quelques jours plus tard, les parents sont contactés par le centre parce que Isabelle accuse son père d'abus sexuel. Lors de l'enquête de police un psychologue a un entretien avec elle et confirme qu'elle a monté toute l'histoire. Isabelle reconnaît qu'effectivement elle a tout inventé parce que qu'elle "en a à sa mère". Elle dit qu'elle voulait séparer ses parents.

Enquête PETALES : Comportements à risque à l'adolescence.

62 % des jeunes souffrant de troubles de l'attachement prennent de la drogue, occasionnellement ou régulièrement, essentiellement du cannabis, certains en vendent aussi.

36 % des jeunes souffrant de troubles de l'attachement consomment régulièrement et de façon excessive des boissons alcoolisées et 15 % occasionnellement et modérément.

46 % des jeunes souffrant de troubles de l'attachement ont des relations sexuelles régulières ou occasionnelles dont 13 % au moins relèveraient de la prostitution.

33 % des jeunes souffrant de troubles de l'attachement peuvent être considérés comme délinquants même s'ils n'ont pas (encore) tous maille à partir avec la justice, parce qu'ils ont des comportements délictueux (vols divers, agressions, rouler sans permis, armes en poche).

5. Chez l'adulte

Les adultes chez qui sont posés des diagnostics soit de personnalité borderline ou socialement inadaptée, changeant de travail sans arrêt, de relations amicales et/ou amoureuses soit de personnalités psychopathes, de pervers sexuels ou de tueurs en série ont souvent un passé qui permet d'identifier a posteriori un trouble de l'attachement, ce qui ne veut pas dire que tout trouble de l'attachement donnera un tueur en série.

Généralement on peut dire que ces enfants, devenus adultes, ne considèrent pas leur propre comportement comme étant une conséquence des choix ou des décisions prises par eux-mêmes, mais comme une conséquence des événements qui leur sont arrivés tout naturellement. C'est à cause des autres, de la société; tout le monde est contre eux, les parents, l'école, l'employeur.

6. Les parents, la famille et l'entourage

Les rêves d'amour et de compréhension résolvant tous les problèmes qu'avaient fait les parents sont rapidement éteints; les parents se sentent frustrés de ne pas recevoir en retour d'amour et de marques d'affection.

L'enfant décharge sa souffrance sur sa mère qui souffre souvent de dépression nerveuse ou d'état de stress post-traumatique. Il est apparemment plus proche de son père.

L'école, la paroisse, les amis et la famille deviennent critiques par rapport aux parents, puisque la majorité des comportements difficiles de l'enfant se passent dans l'intimité du cercle familial et qu'au dehors l'enfant se montre souvent sous son plus beau jour. Mais cela ne dure pas, le personnel enseignant devient souvent encore plus rejetant que les parents.

La famille peut être profondément perturbée par le comportement de l'enfant qui l'empêche d'avoir un fonctionnement social normal. Les frères et sœurs peuvent devenir des cibles et être menacés. Les animaux de la maison peuvent devenir des cibles et sont en danger.

Les moments de rapprochement familial comme Noël deviennent des moments d'explosion de colère.

Les comportements parentaux réflexes ne marchent plus car il est impossible pour le parent de jouer éternellement le sauveur de bébé, il n'y a aucun point de référence logique puisque l'enfant n'accède pas au stade de développement qui le permettrait. Les parents deviennent hostiles et/ou en colère contre leur enfant.

La dépression chez les parents

Il s'agit d'une dépression vécue par beaucoup de parents d'enfants présentant des troubles de l'attachement. Les symptômes varient d'un très léger sentiment de ne pas savoir ce qui ne va pas à un sentiment explosif de "je laisse tomber, si je dois vivre le restant de ma vie ainsi, j'arrête tout." Arrêter tout veut dire divorcer, placer le(s) enfant(s) et (dans de rares cas) des envies de suicide. Parmi les symptômes les plus fréquents et les plus remarquables de la

dépression des parents, on note: un manque d'énergie, peu ou pas de motivation, des modifications dans le sommeil et l'alimentation, des sentiments d'ambivalence, une augmentation de l'irritabilité (qui n'est pas due à un syndrome prémenstruel ou à d'autres facteurs), une diminution de l'estime de soi, une diminution de la libido, une diminution de la capacité à se concentrer, des problèmes de mémoire, et parfois des idées de suicide ou l'intention de se suicider.

Comme les parents de ces enfants tendent toute leur énergie vers cet enfant, ils ne se rendent pas souvent compte qu'ils n'en gardent pas assez pour eux ou qu'ils ne donnent pas assez de temps et d'attention à leurs propres besoins. Une fois qu'ils ont compris qu'ils sont dans un état dépressif, assez typiquement ils se blâment eux-mêmes. La seule faute qu'on pourrait leur reprocher c'est d'avoir oublié de s'occuper d'eux-mêmes tout en élevant leurs enfants.

Les enfants qui présentent des troubles de l'attachement n'apprennent pas la réciprocité dans les premières années de leur vie. Par conséquent, ils ne fonctionnent pas comme des êtres humains réciproquants. Les parents n'arrêtent pas de donner et de donner à l'enfant, sans rien recevoir en retour et sans être émotionnellement rassasiés.

La plupart d'entre nous qui venons de la génération des années 50 avons appris de nos parents qu'il faut nous sacrifier pour nos enfants et qu'il faut placer les besoins de nos enfants en premier. Cette philosophie nous conduira sûrement dans le trou noir de la dépression si nous élevons des enfants qui ne réciproquent pas, et cela nous place dans un rôle moins efficace et co-dépendant lorsque nous nous occupons de nos autres enfants qui réciproquent.

La quête éternelle de leur enfant pour obtenir le bien-être et le garder met les parents dans la situation d'être perpétuellement testés et provoqués dans leur rôle de parents. Comme l'enfant avec des troubles de l'attachement veut être son propre parent (chef), les parents dépensent en permanence beaucoup d'énergie à maintenir leur place et leur travail approprié de parents. L'enfant ayant inconsciemment peur que s'il ne maintient pas le contrôle il ne survivra pas, il bataille en permanence pour prendre le contrôle des mains des parents. Aussi les parents bataillent en permanence inconsciemment pour rester un pas en avant de l'enfant et se demandent consciemment pourquoi ils se sentent tout le temps fatigués.

Si vous vous demandez souvent "qu'est-ce qui ne va pas?" ou "pourquoi est-ce que je ne me sens pas à l'aise comme parent?" (ou dans ma vie), alors il est temps de reconnaître que le défi d'élever un enfant avec des troubles de l'attachement peut entraîner un épuisement tant physique que mental chez vous. Commencez à en parler à votre conjoint, à vos amis, à un prêtre, à un thérapeute et/ou à d'autres parents. Cherchez du soutien et du repos. Veillez à entrer en relation avec d'autres qui peuvent comprendre votre situation et vos sentiments. Autrement vous pourriez vous retrouver incapable de fonctionner comme parent ou étendre votre épuisement à un champ plus large.

7. Problèmes judiciaires

Les enfants qui souffrent de troubles de l'attachement ont souvent en grandissant maille à partir avec les différentes instances judiciaires et pré-judiciaires (police, service d'aide à la jeunesse, etc.)

Les raisons de ces problèmes judiciaires dépendent des comportements de l'enfant à l'extérieur de la maison (vols, dégradations, ...), du comportement de l'enfant à l'intérieur de la maison (menaces, coups et blessures sur ses parents, ses frères et sœurs, amenant les parents à demander une aide judiciaire, voire à porter plainte pour se protéger, protéger les autres enfants), des comportements de l'enfant qui porte plainte contre ses parents pour maltraitance, abus sexuel, et du comportement de ceux qui voient les choses de l'extérieur et qui portent plainte contre les parents pour, pensent-ils, protéger l'enfant de mauvais traitements.

PREVENTION DES TROUBLES DE L'ATTACHEMENT

La prévention des troubles de l'attachement est à la fois très simple et très exigeante. Elle se présente sous des aspects différents suivant l'âge de l'enfant et son passé, mais fondamentalement, cela revient à créer ou recréer des liens entre l'enfant et la maman et à réharmoniser la diade attachement-exploration.

1. Comment créer des liens sains avec un petit bébé

Créer des liens sains est simple. Le bébé pleure quand il a faim, quand il est mal à l'aise ou quand il a mal. Chaque fois qu'il pleure, il a un besoin. Ce peut être un besoin physique ou émotionnel, mais **c'est un besoin**. Le rôle de la maman c'est de l'apaiser par le contact oculaire, le toucher, les mouvements ou la nourriture et ainsi le bébé apprendra à lui faire confiance. Si les parents veulent que leur enfant comprenne qu'il peut leur faire confiance, ils doivent répondre **chaque fois qu'il pleure**. Certains vous diront que vous le gêtez. S'il vous plait ne les écoutez pas!

Les experts sont d'accord pour dire qu'un enfant ne peut pas être gâté pendant les deux premières années de sa vie. Chaque fois que vous réconfortez votre enfant quand il pleure, il apprend à vous faire confiance et votre lien devient plus fort. Quand vous répondez à ses pleurs, encore et encore, sans interruption, il apprend que son environnement est sûr et il va à la découverte en gardant un œil sur vous comme vous sur lui.

Les bébés découvrent leur environnement par l'intermédiaire de leurs cinq sens: toucher, vue, ouïe, goût et odorat. Quand les parents fournissent les soins dont le bébé a besoin, ses cinq sens sont stimulés positivement. Pour favoriser le développement de liens sains, gardez ces conseils en mémoire:

TOUCHER – Chaque fois que vous tenez votre enfant dans les bras, il expérimente son sens du toucher. Quand il pleure, il apprend que quelqu'un va venir le prendre et chercher quel est son besoin. Quand son linge est changé, son sens du toucher est soulagé de quelque chose d'irritant. Son inconfort après le repas est soulagé quand on tapote son dos pour l'aider à faire son rot. Ses besoins de confort émotionnel sont apaisés quand on le câline, quand on le tapote, quand on le berce. Il ressent l'état de tension ou de relaxation de ses parents par l'intermédiaire de son sens du toucher et de ses sensations articulaires et labyrinthiques.

VUE – S'il tourne le dos à ses parents, il est privé du contact visuel dont il a besoin. Les études ont montré que les très jeunes bébés préfèrent les visages (spécialement celui de leur mère) à toute autre stimulation visuelle. Tenez-le face à face pour permettre le développement d'un lien sain et petit à petit il se tournera vers l'extérieur par-dessus votre épaule en tournant la tête, puis le tronc...

OÛÏE – Il a besoin d'une alternance de périodes de calme et de stimulations auditives. Il a besoin de calme pour se reposer mais il a aussi besoin que ses parents lui parlent. Il aime entendre la voix de ses parents quand ils lisent ou quand ils chantent.

GOÛT – Son goût est stimulé quand il est nourri. Il commence à associer la disparition de la faim avec son sens du goût. Le moment du nourrissage est un moment extrêmement important pour lui parce qu'il est touché, nourri et manipulé. S'il est laissé seul pour manger ou avec un biberon calé par un coussin, il peut ne pas comprendre comment ses parents sont impliqués dans la disparition de sa faim. Comme il a besoin de nourriture pour vivre, être tenu dans les bras lui permettra de comprendre qu'il peut faire confiance à ses parents pour combler ses besoins.

ODORAT – L'odeur des langes sales et du lait sûr est aussi désagréable pour lui que pour les adultes. Il utilise son odorat pour s'aider à identifier les gens et les endroits. Pour apprendre que son environnement est sûr et agréable, il a besoin d'odeurs propres et fraîches.

Avec des bébés qui présentent un ou plusieurs des facteurs de risque élevé cités dans un chapitre précédent, les moyens utilisés pour reconstruire le lien brisé chez les nourrissons comprennent :

- le nourrir au sein si possible,
- toujours tenir le biberon (ne jamais le caler à côté de l'enfant),
- porter le bébé dans un porte-bébé, face vers la maman, 4 à 6 heures par jour,
- masser le bébé 20 minutes par jour en lui souriant, en lui parlant et en manipulant ses membres,
- tenir et bercer l'enfant avec un regard aimant, des sourires et des chansons, ou lui lire des histoires avec un "parler bébé" joyeux tous les jours (si possible toujours la même histoire, ou un nombre limité d'histoires pour qu'il y ait répétition),
- lui donner du lait sucré dans les bras de Maman qui le regarde avec tendresse, le touche (caresse son visage, lui tient les doigts) et lui parle doucement,
- le bébé devrait reposer tous les jours peau contre peau sur la poitrine de son Papa,
- le bébé devrait dormir la nuit avec ou près de ses parents (attention d'éviter les chutes et l'étouffement),
- ne mettez pas l'enfant en situation de se nourrir seul,
- pas de sac à dos porte-bébé, le bébé est porté dans des bras aimants,
- pas de voiture d'enfant où l'enfant ne regarde pas maman,
- personne d'autre que maman ne donne à manger à l'enfant,
- personne d'autre ne prend le bébé dans les bras que maman et papa, à moins que ce soit moins de 5 minutes par jour,
- ne pas laisser un bébé pleurer seul plus de 3 minutes,
- tenez le bébé dans vos bras face contre vous,
- ne le mettez pas devant la télévision pendant un an au moins,
- repoussez les actes médicaux si possible jusqu'à ce que l'enfant soit bien attaché, sinon laissez une infirmière tenir l'enfant pendant l'acte médical et prenez-le ensuite dans vos bras pour le consoler,
- mettez de la musique de Mozart pour calmer l'enfant,
- répondez avec joie aux tentatives de l'enfant d'attirer votre attention et de recevoir de l'amour.

Si la maman doit s'absenter 4 heures ou plus par jour, elle devrait engager quelqu'un avec qui le bébé se liera aussi. Cette personne devient importante et doit rester dans la vie du bébé pendant les 3 premières années pour éviter une rupture du lien pendant cette période cruciale.

2. Comment créer des liens avec un prématuré

Nous savons, grâce aux chercheurs de Buffalo (N-Y), que les enfants nés très prématurément sont 3 à 4 fois plus que ceux nés à terme, susceptibles de difficultés d'apprentissage. 16 % de ceux nés sous 27 semaines feront l'objet de rééducation et thérapies.

Ainsi donc, parmi les 7,8 % des bébés nés trop tôt en Belgique, environ 1/3 vont rester dans le circuit médical – au sens large du terme – parfois tout au long de leur croissance. Si certaines séquelles physiques se révèlent dès les premiers mois, la plupart ne seront détectées qu'après l'âge de deux ans. D'autres encore vers l'entrée en primaire.

Depuis deux ans, un projet d'association d'aide aux parents de prématurés - le centre d'information, de prévention et d'accompagnement de la prématurité (CIPAP) - est en gestation. Vous pouvez trouver son texte de présentation sur le web à l'adresse www.cipap.info.

Depuis quelques années, une attention particulière est donnée au bien-être psychique des enfants prématurés et à l'accompagnement de leurs parents. La présence des parents dans les services de néonatalogie pour grands prématurés n'est plus tolérée, elle est requise; on reconnaît aujourd'hui que l'enfant a besoin de contacts dès les premiers jours avec ses parents, avec sa maman particulièrement.

La méthode kangourou est de plus en plus répandue. Imaginée au départ pour suppléer au manque de couveuses en Colombie, elle consiste à porter l'enfant peau contre peau quelques heures par jour. Cette relation intime entre l'enfant et ses parents est indispensable tant au bébé qu'aux parents pour la formation du lien et l'attachement de l'enfant.

Il est aujourd'hui possible d'allaiter son enfant même grand prématuré. Même si au début la maman doit tirer son lait parce que l'enfant est encore trop immature pour téter, cela stimule la montée laiteuse et dès que l'enfant le peut, il pourra prendre le sein, ce qui est un moyen extraordinaire de créer le lien et l'attachement.

Tout comme pour les bébés nés à terme, il est nécessaire de stimuler les sens des bébés prématurés:

- le toucher par des massages réguliers chaque fois que c'est possible (et il est souvent possible de masser au moins les mains ou les pieds de l'enfant),
- la vue en collant dans la couveuse une photo de la maman, ou une image simple et géométrique en noir et blanc, ou en mettant au-dessus du lit un mobile noir et blanc,
- l'ouïe, en parlant et en chantant à l'enfant, en laissant près de lui une boîte à musique; certains centres encouragent même les parents à enregistrer des cassettes qu'on fera écouter à l'enfant en leur absence.

Ces conseils proviennent de l'Association des Parents d'Enfants Prématurés du Québec.

3. Comment créer des liens sains avec un enfant adopté ou accueilli

Voici quelques explications sur la façon de donner un temps d'enrichissement qui a manqué à nos enfants souffrant de troubles de l'attachement. Souvenez-vous qu'il faut les adapter à l'âge de l'enfant.

1. Les activités avec les nourrissons comprennent: des contacts de peau à peau, des contacts visuels, le nourrir avec un biberon (pour les plus petits) ou avec des bonbons, et des jeux de face à face.
2. Si l'enfant montre beaucoup de colère ou des comportements évitants ... **TENEZ BON!** C'est de cela qu'il a manqué et c'est de cela qu'il a besoin. Pour le maintenir: prenez-le sur vos genoux (ou seulement sa tête s'il est trop grand), parlez-lui de façon rassurante et douce ou chantez doucement, dites-lui que vous l'aimez, qu'il est beau, etc., bercez-le, enrroulez-le dans une couverture pour la sécurité s'il risque de se mettre en colère. Cherchez à lui apporter du bien-être, du confort, à ne pas le déstructurer.

NE PAS le serrer, lui parler durement, perdre votre sang-froid (peu importe que vous soyez frustré, oubliez-le).

SI VOUS VOUS SENTEZ EN COLERE, déposez l'enfant et cherchez un soutien.

N'ARRETEZ PAS, jusqu'à ce que l'enfant soit calme, vous regarde dans les yeux et se sente connecté.

SI L'ENFANT S'ENDORT ALORS QU'IL PLEURE ENCORE – tenez-le jusqu'à ce qu'il s'éveille, et puis continuez les activités décrites ci-dessus.

SOUVENEZ-VOUS, VOUS N'ETES PAS RESPONSABLE DE LA COLERE QUI EST EN CET ENFANT! VOUS DEVEZ SEULEMENT Y FAIRE FACE!

MAINTENANT, VOUS POUVEZ FAIRE CECI TOUS LES JOURS ...

3. Que la maman masse l'enfant, tous les jours si possible, et qu'elle parle et qu'elle chante à l'enfant tout en le faisant. Si l'enfant résiste au massage (essayez, il aimera peut-être!), commencez par lui frotter le dos ou les bras, ou les jambes, ou la tête ou les pieds, ou ...? tout ce que l'enfant accepte. Généralement les "pieds à pieds" avec l'adulte sont possibles (assis sur le sol, face à face, jambes tendues, les pieds au contact les uns des autres, on peut jouer ainsi) dans un premier temps, puis on diminue progressivement la distance et on a ainsi accès à d'autres parties du corps.
4. Bercez l'enfant. Si le bercement ne convient pas, dansez en tenant l'enfant, dansez tout autour de la pièce en gardant le contact visuel, tapotez-lui le dos, bref tout ce qui vous permet de le toucher et de le regarder en même temps.
5. Dormez avec lui. Si c'est un bébé ou un nourrisson, mettez son berceau ou son petit lit près du vôtre. C'est très bien s'il vient vous retrouver. S'il est "trop vieux" pour cela,

mettez un matelas sur le sol à côté de votre lit. Une famille faisait des "campings" régulièrement dans le salon, et tout le monde dormait côte à côte sur le sol dans son sac de couchage.

6. Chantez beaucoup ... tout le temps ... partout ... avec joie.
7. Encouragez les contacts visuels pendant TOUTES les interactions. Donner une récompense, un bonbon par exemple, quand le contact visuel est bon peut faciliter les choses. Un parent disait, il vaut mieux des dents pourries qu'un cœur détruit.
8. ATTENDEZ-VOUS à ce que les autres vous critiquent et disent que vous êtes possessive, que vous gênez l'enfant, que vous voyez les problèmes plus gros qu'ils ne le sont en réalité ("tous les enfants font cela")

SOUVENEZ-VOUS, VOUS CONNAISSEZ L'ENFANT MIEUX QUE PERSONNE

9. AIDEZ VOTRE ENFANT A TROUVER UN OBJET TRANSITIONNEL. Vous savez, un doudou, couverture, animal en peluche ... Portez-le d'abord sur vous pendant quelque temps pour qu'il soit imprégné de votre odeur ou aspergez-le de votre parfum.

4. Autres idées d'activités pour promouvoir l'attachement

Ce sont des suggestions venant de thérapeutes et de parents d'enfants souffrant de troubles de l'attachement

1. Portez le bébé dans un porte-bébé sur le thorax, toute la journée si possible, face VERS VOUS. Voir le site de l'asbl Peau à peau www.peau-a-peau.be
2. La maman devrait au début être la seule personne qui s'occupe de ses besoins. Les bébés doivent d'abord se lier à une seule personne, ensuite ils peuvent se lier aux autres.
3. Prenez votre bain ensemble, pour favoriser le contact de peau à peau. Bébé et maman portent la même lotion pour que bébé associe son odeur avec celle de maman.
4. Quand l'enfant doit recevoir un vaccin, maman ne devrait pas le tenir. Demandez à l'infirmière de le faire et puis c'est maman qui le console.
5. Prenez beaucoup de photos de vous deux ensemble et affichez-les autour du lit de l'enfant et un peu partout dans la maison.
6. Contournez son corps et le vôtre sur de grandes feuilles de dessin et coloriez-les ensemble (grande activité). Mettez ensuite les "portraits" au mur.
7. Quand vous lui donnez à manger quelque chose qu'il aime particulièrement, dites-lui en même temps que vous êtes une bonne maman/ un bon papa. Lui dire avec des mots que vous êtes une bonne maman est important – autrement, comment le saurait-il?
8. Si vous utilisez un parfum (sinon prenez votre shampoing) mettez-en un petit peu sur son bras pour qu'il ait votre parfum avec lui tout le temps.
9. Jouez avec des poupées et mettez en scène des histoires où les parents reviennent toujours après que l'enfant soit allé à la crèche, avec une baby-sitter, au lit, etc.
10. Limitez les choix. Au début, les parents devraient prendre toutes les décisions, y compris la nourriture, les jouets et les vêtements. Ceci aide l'enfant à se sentir en sécurité. Quand l'enfant est habitué à sa nouvelle famille, donnez des choix limités, par

exemple un choix entre deux choses différentes à manger. Surtout ne l'entourez pas de trop de jouets, objets, vêtements : moins il en aura, mieux ses points de repère pourront se faire vite et clairement.

a. Sommeil

Beaucoup de parents recommandent que l'enfant dorme dans le lit des parents au début, ou au moins dans leur chambre.

" Pensez toujours que la demande pour un contact physique avec le parent et pour un réconfort représente un besoin fondamental pour un nourrisson luttant pour développer son attachement et comblez ce besoin dès qu'il apparaît, de jour ou de nuit. Les parents doivent revoir leur point de vue et accepter de se lever la nuit avec un nourrisson, c'est une merveilleuse opportunité de se construire l'attachement plutôt qu'une corvée. Ne laissez pas un bébé adopté pleurer seul la nuit comme le recommandent de nombreux spécialistes. Les techniques d'isolement temporaire sont très bien pour des enfants qui sont attachés de façon sûre, mais pas pour des enfants qui apprennent à faire confiance à leurs parents qu'ils combleront leurs besoins d'une manière aimante et appropriée." *Toddler Adoption: The Weaver's Craft, Mary Hopkins*

b. Encouragez le contact visuel

1. Nourrissez-le au biberon quel que soit son âge. Encouragez le contact visuel en touchant gentiment sa joue. Ne le laissez pas tenir son biberon tout seul. La nourriture doit venir des parents; tenez-le dans vos bras quand vous le nourrissez.
2. S'il se détourne (pour éviter le contact visuel), essayez de mettre un grand miroir en face de vous. De cette façon, s'il se détourne, il se verra lui-même dans vos bras.
3. Continuez à le tenir dans votre regard. Cela peut prendre longtemps avant qu'il ne jette un coup d'œil vers vous. Quand il finit par le faire, soyez prêt avec un grand sourire, chaleureux, aimant et approuvateur. Cela a l'air peu, mais c'est vraiment beaucoup et apporte de grands effets d'après notre expérience.
4. Encouragez le contact visuel en tapotant gentiment le haut de son nez et le vôtre comme un signal pour qu'il vous regarde.
5. Jouez à cache-cache avec une couverture ou autre chose.
6. Mettez un auto-collant sur votre nez et demandez à l'enfant de l'enlever et de le remettre.
7. Tenez le bébé dans vos bras et dansez avec lui. Une activité très synchronisatrice.
8. Nagez ensemble.
9. Mettez-vous mutuellement de la peinture sur le visage ou faites semblant.
10. Le nez musical – chantez une chanson et demandez à l'enfant de vous pincer le nez pour que cela soit comique. Vous arrêtez de chanter s'il rompt le contact visuel.
11. Balançoire musicale – mettez l'enfant sur une balançoire. Faites-lui face quand vous le poussez. Encouragez le contact visuel en chantant une chanson, arrêtez s'il regarde ailleurs. Gardez un balan très petit, il faut qu'il se sente en sécurité.
12. Remplissez vos joues d'air. Demandez à l'enfant de les dégonfler en poussant dessus.
13. Mettez-vous mutuellement de la lotion.
14. Demandez-lui de donner à manger à maman (ou à papa). C'est super avec des raisins, des smarties ou du popcorn.
15. Faites des "bisous esquimaux": se frotter les nez l'un contre l'autre en se regardant dans les yeux ou des "bises papillon" en caressant la joue avec les cils. Faites des

bisous volants quand vous le quittez en embrassant votre main puis en soufflant dessus pour le lui envoyer. S'il fait de même, attrapez le bisou avec votre main et mettez-le sur votre joue.

16. Jouez en face d'un miroir. Faites des grimaces, peignez le visage de maman, tracez le visage l'un de l'autre sur le miroir avec des marqueurs effaçables, avec de la peinture pour doigts ou avec de la mousse à raser. Faites danser votre enfant comme s'il était votre marionnette. Faites danser des poupées. N'importe quel jeu pour que l'enfant se sente détendu et vous regarde dans les yeux dans le miroir, il se sentira ensuite plus détendu pour vous regarder directement dans les yeux..
17. Plutôt que d'utiliser un vrai miroir, soyez chacun à votre tour le miroir de l'autre. Asseyez-vous face à face et demandez à votre enfant d'imiter tous les mouvements de votre visage et vice versa. Puis essayez avec tout votre corps, imitant chacun les mouvements de l'autre.
18. Avec un enfant plus âgé, essayez chacun à votre tour de lire sur les lèvres de l'autre. Même si vous n'avez pas vraiment un contact visuel, vous regardez malgré tout le visage de l'autre.
19. Un jeu de Memory mais avec une touche plus personnelle. Demandez à votre enfant de vous regarder soigneusement. Puis quittez la pièce et revenez après avoir modifié quelque chose sur vous. Voyez s'il peut trouver ce qui est différent. Cela peut être quelque chose de tout à fait évident pour un jeune enfant, comme d'enlever un gilet, mais avec des enfants plus âgés, cela peut être plus difficile, comme de boutonner un bouton de plus.

c. Cercle d'amour

Ma fille a 4 ans et pendant longtemps elle n'a pas très bien saisi à qui elle peut montrer de l'affection et à qui elle doit simplement donner la main ou dire bonjour. Nous avons pris une grande feuille de papier (suggestion du thérapeute) et dessiné dessus un grand cœur à une extrémité et à l'intérieur de ce cœur ceux de notre famille proche. C'est notre "cercle familial d'amour" et nous avons discuté de la façon dont nous pouvions nous conduire de façon aimante envers notre cercle de famille immédiat (Attention, dessinez aussi la mère de naissance, je n'y avais pas pensé, cela m'est revenu plus tard!). Ensuite dans des cœurs plus petits en dessous, nous avons dessiné la famille étendue, puis les amis, puis les médecins, les baby-sitters habituelles, le facteur, etc. Nous avons discuté des comportements appropriés à avoir avec chaque groupe, répété des scénarios et je lui ai aussi donné la permission de ne pas embrasser quelqu'un en dehors de notre famille immédiate.

Ce que j'avais considéré comme un problème d'attachement s'est en fait révélé être une erreur de comportement lié à la vie en institution ... cela nous a donné beaucoup de choses à discuter et l'a réellement aidée dans ses comportements.

d. Activités sensorielles

Avec la bouche, pour améliorer le langage

1. Beaucoup de jeux de bulle.
2. Boire avec une paille, en particulier des milk-shakes épais.
3. Siffler dans un sifflet (je sais, cela peut très vite devenir irritant pour la maman).
4. Mirlitons de fête – ceux qui se déroulent quand on souffle et qui s'enroulent quand on arrête.

5. Donner différentes textures à faire bouger – avec la langue et avec les mains: petits pois, riz, couscous, pudding, gelées. Peignez une assiette avec de la crème au chocolat et donnez-la à manger sans les mains.
6. Eveillez son sens gustatif – bonbons sûrs, chili, poivre, moutarde, paprika, oignons – tout ce qui contient du vinaigre. Apprendre le goût acide est important.
7. Tapoter légèrement au-dessus de la lèvre supérieure, mais pas au milieu.
8. Déchirez un mouchoir en papiers en petits morceaux et les faire se déplacer sur la table en soufflant dessus.
9. Faire de la musique bouche fermée.
10. Recouvrir un peigne de papier aluminium et le passer entre les lèvres en soufflant un air connu ou en improvisant une variété de sons harmonieux.

Attention, faire du bruit peut être aversif, voire peut faire peur. Veillez à garder toujours une atmosphère feutrée.

Toucher

Une maman utilise une lotion hydratante et fait un jeu du moment où elle la met:

1. **Passer la lotion.** Mettre beaucoup de lotion dans votre main et demander à l'enfant d'en prendre le maximum dans ses mains et de vous la repasser ensuite, le plus de fois possible.
2. **Mains glissantes.** Après avoir mis la lotion sur les mains, faire semblant de se tenir fermement l'un à l'autre par les mains et ensuite se laisser glisser en arrière avec beaucoup de rires et d'exagération.
3. **Pile de mains.** Placez votre main sur la table, puis celle de votre enfant par dessus, ensuite la vôtre puis la sienne. Déplacez votre main la plus basse sur le haut de la pile, puis celle de votre enfant et ainsi de suite.
4. **Peinture à la lotion.** Peignez des dessins l'un sur l'autre puis effacez et recommencez.

5. Autres attitudes préventives

Dès avant la naissance, il faudrait une éducation à la parentalité, expliquant aux futurs parents mais peut-être aussi aux jeunes dans les écoles secondaires ce que peut ressentir un bébé, et comment les interactions entre le bébé et sa maman pendant les premières années de sa vie influenceront tout son comportement.

De même l'éducation des futurs professionnels de la petite enfance devrait comprendre ce volet extrêmement important pour l'avenir de nos enfants et de notre société.

A la maternité, le personnel devrait porter un maximum d'attention à la façon dont se déroulent les premières interactions mère-enfant, notamment lors de la tétée, du biberon et du bain. Ils pourront ainsi repérer rapidement les situations à risque (mamans très jeunes, toxicomanes, démunies, dépressives ... enfants porteurs de malformations, ...) voir comment se fait le premier accordage et éventuellement référer la famille à un centre spécialisé dans la prise en charge des troubles précoces du lien.

Lors de l'hospitalisation d'un jeune enfant, il faudrait privilégier au maximum la présence de la maman aux côtés de son enfant, en lui laissant une place dans la chambre et le service, en demandant un minimum de participation financière supplémentaire à la maman, et en lui donnant un rôle dans les soins de l'enfant. L'équipe médicale devrait être attentive à minimiser le plus possible le stress que représente pour l'enfant son séjour à l'hôpital, en ne le

brusquant pas, en faisant en sorte que les gestes médicaux soient le moins agressifs possible, en gérant la douleur au mieux et en expliquant à l'enfant comme à la maman le pourquoi et le comment des divers examens et traitements et en réservant à la maman tout ce qui est consolation et bien-être de l'enfant.

Lorsqu'un enfant est en situation difficile (parents négligents, malades ...) le placement de l'enfant ne devrait pas être la première solution. Il est préférable d'accompagner les parents pour permettre à l'enfant de rester avec eux chaque fois que c'est possible. Si un placement s'avère indispensable, il devrait être mûrement réfléchi pour ne pas être obligé de changer l'enfant de lieu d'accueil avant son retour en famille et les relations avec la famille d'origine devraient être maintenues chaque fois que c'est possible.

Les organismes d'adoption doivent aujourd'hui assurer la préparation des futurs parents adoptants. Une plus grande place devrait être laissée à l'information sur les troubles de l'attachement pour les prévenir du risque, leur apprendre à reconnaître les premiers signes et les attitudes préventives. Les entretiens psycho-sociaux devraient s'attacher à cerner la façon dont les futurs parents reconnaissent et acceptent le risque d'avoir des enfants qui souffrent de troubles de l'attachement. Les couples en espoir d'adoption entendent difficilement les obstacles; une technique de vérification de la compréhension, un support écrit, un numéro vert à pouvoir appeler après l'adoption, ne sont pas un luxe. Le suivi post-adoption devrait être sérieux et prolongé, effectué par des professionnels compétents, capables de reconnaître les premiers signes de difficultés d'attachement. Par ailleurs il importe non seulement de sélectionner les familles candidates à l'adoption et aussi d'avoir une bonne connaissance du passé de l'enfant et de son développement avant son adoption.

Il est indispensable d'informer tous les professionnels de l'enfance de l'existence des troubles de l'attachement et leur apprendre à décoder les attitudes des enfants pour rester objectifs. Il faudrait aussi leur apprendre à écouter les parents, à reconnaître les dénis et la fabulation des enfants et à prendre les parents comme partenaires et pas comme patients. En sachant comment reconnaître et traiter efficacement les troubles de l'attachement, les professionnels épargneront aux enfants une vie entière de solitude et de colère. Comprendre les difficultés relationnelles des adultes aidera les conseillers à travailler plus efficacement dans le système des relations. De plus, étant donné que le processus d'attachement est commun à tous, en comprenant comment le processus d'attachement a affecté la propre vie du professionnel, il peut y gagner un éclairage sur les questions de contre-transfert et cela peut lui permettre de résoudre les questions de sa famille. Quel que soit le professionnel, il est important qu'il réalise que le but c'est l'attachement de l'enfant à sa famille et pas à l'intervenant.

Il y a encore beaucoup de recherche à faire sur l'attachement et ses troubles. La recherche sur l'efficacité de la thérapie de l'attachement est indispensable. Presque tous les articles publiés à travers le monde sur le sujet expliquent à peine le processus. Les résultats présentés sont anecdotiques, se basant uniquement sur des cas positifs de l'auteur. Une recherche empirique en profondeur devrait être réalisée dans ce domaine pour certifier l'efficacité des thérapies de l'attachement.

Il faudrait aussi des recherches sur le rôle de la culture et de l'origine ethnique dans le processus d'attachement. Un autre domaine à explorer, c'est la relation entre le développement neurologique, l'expérience in utero et leurs relations avec les attachements ultérieurs.

ATTITUDES THERAPEUTIQUES

1. Parents thérapeutiques

Quand on est amené comme parents à élever un enfant qui souffre de troubles de l'attachement, il faut accepter de revoir sa façon d'être parent, réagir au maximum avec son intelligence, sa réflexion et ses connaissances, et éviter de réagir avec ses sentiments (sinon on se sent trop vite blessé par de nombreuses attitudes de l'enfant). En bref, il faut devenir des "parents thérapeutiques" qui voient plus loin que l'instant présent, qui se sont fixé une stratégie et qui s'y tiennent.

Trois buts à poursuivre pour un enfant qui souffre de troubles du comportement:

Être responsable

Être respectueux

Être agréable à vivre (de bonnes relations qui sont mutuellement agréables).

Il est aussi essentiel de ne pas rester seuls avec ses difficultés. Quand les comportements de son enfant sont inhabituels, perturbants, il est difficile d'en parler avec des parents ordinaires, qui ne comprennent pas ce qu'on vit, et qui risquent tout simplement d'éviter que leurs enfants ne rencontrent le vôtre! L'entourage familial, scolaire, du voisinage ... vous juge sur ce qu'ils voient, c'est-à-dire devant un enfant qui est correct et même très gentil quand il est en présence de l'entourage et des parents épuisés, exaspérés parce que leur enfant n'obéit pas, se met en danger ou met les autres en danger et ne manifeste aucune forme d'affection envers ses parents, voire les injurie, les menace ...

Règles de base à adopter lorsque l'on fréquente un enfant avec des problèmes graves de comportement

1. Première règle pour un accompagnement thérapeutique avec votre enfant : prenez bien soin de vous-même !!!
2. Soyez pro-actif à la place de réactif. Ceci signifie : essayez de prévoir les situations de manière à pouvoir éviter les problèmes; cherchez le besoin de l'enfant.
3. Evitez une relation triangulaire. Ne permettez pas à l'enfant de monter ses parents l'un contre l'autre.
4. Créez un environnement sûr tant au niveau émotionnel que physique: évitez le sarcasme et la peur.
5. Utilisez les conséquences naturelles afin d'apprendre les leçons de la vie (ex. celui qui ne veut pas écouter doit ressentir. L'enfant doit assumer lui-même les conséquences de ses actes).
6. Communiquez de manière aimante, utilisez un ton positif.
7. Restez calme et réfléchissez avant de vous lancer dans un combat de paroles.
8. Récompensez le comportement positif, restez neutre pour un comportement négatif.
9. Encouragez votre enfant à exprimer ses sentiments par des mots.
10. Limitez l'utilisation de la télévision.
11. Proposez uniquement des choix que vous pouvez soutenir.
12. Soyez conséquent.
13. Evitez la comparaison de force.
14. Déterminez qui a le problème. N'intervenez pas si le problème n'est pas le vôtre.
15. Déterminez ce dont l'enfant est capable et n'accordez que des libertés et des responsabilités qui aboutissent à un succès.
16. Conservez le sens de l'humour!

En tant que parent vous pouvez faire ceci :**• Reconnaissez votre impuissance.**

Ne vous laissez pas envahir par l'angoisse, la fierté, les commentaires de votre entourage ; vous pouvez sentir vous-même quand la limite de l'acceptable est dépassée.

• Cherchez l'aide adéquate pour votre enfant mais aussi pour vous-même.

Allez chez un médecin ou chez un thérapeute ayant de l'expérience en problèmes de l'attachement.

• Protégez-vous.

Ne vous sentez pas trop fort, prenez le temps de respirer : votre vie comporte autre chose que des problèmes.

• Gardez espoir, mais mettez de l'ordre dans vos attentes.

Apprenez à accepter votre enfant tel qu'il est, avec ses capacités et ses lacunes. Faut-il oublier les rêves d'avenir pour votre enfant ? Osez croire qu'il sera heureux à sa manière.

• Dosez votre affection.

Un trop plein d'affection de votre part peut-être ressenti comme une menace pour un enfant avec des troubles d'attachement. Prenez un peu de distance émotionnelle, sans pour autant le lâcher complètement.

• Marquez vos limites.

Votre compréhension ne veut pas dire qu'il faut tout lui permettre.

En cas de situation de conflit, contrôlez votre émotion en tant que parent mais posez-vous la question : de quoi mon enfant a-t-il le plus besoin en ce moment et comment le guider pour sortir de cette situation de crise ?

• Découvrez les petits changements.

Acceptez que votre enfant soit un être en détresse, qui demande du secours, mais qu'il n'y a pas de réponse toute faite. Les petits pas peuvent changer beaucoup de choses dans la vie de tous les jours.

• Avis pour des candidats – adoptants :

Il faut tenir compte que les enfants adoptés sont des enfants à risques pour des problèmes de l'attachement.

Pas à pas vers une existence viable.

La tâche la plus difficile pour les accompagnateurs d'enfants souffrant de troubles de l'attachement est de traverser la carapace qui l'entoure sans que l'enfant se sente menacé. C'est évident : avec toute l'affection possible, on n'y arrive pas. Donc il faut gratter cette carapace par petites touches.

2. Aides possibles aux problèmes d'attachement

Lorsque les troubles de l'attachement sont détectés chez un enfant, plusieurs thérapies sont proposées. On peut proposer une thérapie de comportement par le moyen de la récompense, de la punition ou de l'indifférence; on essaie ainsi d'atténuer le comportement inadéquat de l'enfant. Ou on conseille aussi une aide psychothérapeutique, par exemple par une thérapie de jeu. Ces deux modèles de thérapie ne traitent toutefois pas la base du problème. Le comportement de l'enfant est déterminé par sa solitude et sa peur d'être abandonné. La thérapie du comportement ne solutionne pas les sentiments de peur et de solitude présents chez l'enfant.

L'aide psychothérapeutique développée pour le traitement des névroses prend en compte les sentiments des enfants. Toutefois celle-ci ne réussit pas à aider l'enfant à se sentir en sécurité dans la relation avec les parents, à avoir confiance en soi et en ses parents, à trouver la bonne distance, celle où l'enfant se sent en sécurité pour pouvoir explorer, s'enrichir et donc être plus constant affectivement.

Ceci est nécessaire afin que les mécanismes de contrôle venant de l'intérieur puissent permettre le développement d'un comportement sain. Ceci est possible grâce à la stratégie de rattrapage comme décrit dans le livre "Troubles de l'attachement" du Dr De Lange. Cette stratégie de rattrapage permet un nouveau début avec l'enfant. Le parent prend constamment l'enfant contre lui ce qui permet d'offrir un sentiment d'enlacement.

La peur d'être abandonné que peut connaître l'enfant, l'incitera à s'y opposer.

Lorsque l'enfant remarque que le parent ne le lâche pas (littéralement et de manière figurée), le sentiment de sécurité va progressivement se développer et l'enfant va prendre confiance en lui-même et avoir confiance dans les personnes qui l'entourent. Cette stratégie convient aux enfants jusqu'à l'âge de 9 ans. Passé cet âge, il est pratiquement impossible de ramener l'enfant dans les attitudes et les comportements des années de la petite enfance (2 à 4 ans) qui est la période déterminante pour cette stratégie.

a. La stratégie de rattrapage (de remédiation)

Le premier but de cette stratégie est de mener l'enfant à établir une relation avec les parents et finalement de se laisser aller physiquement. L'enfant satisfait donc son besoin de sécurité avec ses parents, apprend qu'il reçoit de leur part de la complicité et de l'amour.

Lorsque l'enfant ose montrer à ses parents ses émotions et ses besoins, c'est le signe du début de l'attachement. L'enfant a entièrement confiance dans le fait que les parents donneront une réponse au besoin qu'il a exprimé. La sécurité et la complicité ressenties par l'enfant doivent se développer de manière à donner naissance à une complicité réciproque où l'enfant veut et peut tenir compte de l'autre. A cet instant l'enfant reçoit une réponse de l'autre mais peut aussi donner une réponse à l'autre.

b. Procédure d'accompagnement des parents

Dans la procédure d'accompagnement, il est tenu compte de l'histoire racontée par les parents.

L'ordre du jour d'un premier entretien est :

- connaître les sentiments et les besoins des parents vis-à-vis de la situation,
- l'analyse du processus de l'attachement depuis la naissance (ou avant),
- le comportement de l'enfant et son interprétation dans la problématique de l'attachement,
- des propositions concrètes données aux parents afin qu'ils puissent gérer le comportement de leur enfant.

La condition pour une évolution est une reconnaissance réciproque chez les parents et l'accompagnateur d'un besoin intense chez les parents de se rapprocher de l'enfant car ils sont conscients que c'est la condition nécessaire pour le bien-être de l'enfant.

Les entretiens qui suivent ont pour but de soutenir et d'éclairer. Les parents se rechargent les batteries pour poursuivre la prise en charge et pouvoir exprimer leurs réactions et le comportement de leur enfant. Une disponibilité constante de l'accompagnateur est importante afin de donner un soutien suffisant aux parents.

c. Le processus de rattrapage chez le nourrisson

Lorsqu'un enfant a tendance à ne pas se réfugier chez la mère, il est important que la mère se rapproche beaucoup de l'enfant. La mère lui offre de la chaleur humaine, s'occupe de lui et le cajole jusqu'à ce que celui-ci se laisse aller et accepte cette proximité. Lorsqu'un enfant se sent terriblement en insécurité et l'exprime, par exemple, en pleurant et par un comportement nerveux, l'enfant est porté (dans les bras ou sur le dos).

D'autres moyens peuvent être utilisés tels que la musique ou "les bruits émis par le ventre de la mère" pour calmer le nourrisson.

d. Le processus de rattrapage chez le petit enfant (2 à 4 ans)

1) Le petit enfant actif:

Lorsqu'un enfant se comporte de manière irritante, provocante ou avec rejet, les parents ne peuvent pas nier ou punir ce comportement mais ils doivent l'interpréter comme un signal d'insécurité. Souvent les parents peuvent détecter l'apparition d'inquiétude dans les yeux de l'enfant ou plus souvent ils prennent conscience d'un sentiment d'irritation chez eux.

Il est demandé à la mère dans de telles situations de prendre l'enfant auprès d'elle, de s'amuser avec l'enfant et de le cajoler. Si l'enfant refuse, il est important de serrer l'enfant de façon plus ferme et de l'enlacer. La mère parle à l'enfant avec des mots doux pour le rassurer ainsi de son amour. Si l'enfant se détend, le sentiment physique et affectif d'être ensemble se crée. Alors l'irritation de la mère disparaît. Par la proximité physique, l'enfant perçoit la sécurité chez la mère et ressent par les mots doux de la mère son amour et affection.

Lorsqu'un lien peut se créer de cette manière, la mère peut faire comprendre que devant un tel comportement, elle se sent triste parce qu'elle a besoin de sécurité pour son enfant. L'enfant peut choisir, à partir de cette base d'attachement, de faire évoluer ce comportement afin de maintenir cette relation privilégiée avec la mère. Se laisser aller ainsi

n'est pas une chose simple. Il est possible que l'enfant n'ose pas se laisser aller et qu'il exprime ses sentiments de peur en tapant, frappant, etc. Il est important alors de tenir bon tout en restant doux, même si cela demande beaucoup de temps et d'énergie. Il faut aussi essayer de continuer le "bain verbal" doux et agréable en même temps, qui est indissociable de la contention.

Les parents ont souvent beaucoup de mal à assumer ceci car ils ne reçoivent que très peu de reconnaissance et de soutien de leur entourage et l'accompagnement par un spécialiste s'avère donc nécessaire afin de tenir bon.

Trop souvent on s'aperçoit trop tard de l'état de l'enfant, et celui-ci est trop loin dans son comportement. Il faut agir comme si l'enfant traversait subitement la grand route : agir avec une douce fermeté pour le maintenir et lui dire le danger de la situation, notre peur et notre besoin de le savoir en sécurité, le tout sur un ton très doux ...

2) Le petit enfant passif :

Il ne cherche aucune attention. La mère devra cependant donner de l'attention à cet enfant en le prenant près d'elle, en le cajolant, en pratiquant de la "gymnastique" et ainsi l'amener vers l'attachement. Lorsque l'enfant se laisse aller à l'attachement et se réfugie chez la mère, celle-ci peut poursuivre le développement du contact. D'autres enfants ne vont pas se laisser aller au contact positif et vont à un moment donné résister. A ce stade-ci, c'est la stratégie décrite chez le petit enfant actif qui sera mis d'application.

e. Le processus de rattrapage chez l'enfant jusque vers 9 ans

Chez ces enfants, on utilisera la même stratégie que celui décrit chez le petit enfant. Toutefois l'application de ce processus est plus difficile et plus long chez ces enfants car ils ont vécu plus longtemps dans la peur et la méfiance.

S'abandonner aux parents est angoissant. L'enfant fait plutôt confiance aux mécanismes d'autocontrôle qu'il a développés tels que ne faire confiance à personne, suivre son propre chemin, etc.

Il est nécessaire de s'investir de manière continue chez ces enfants. Raconter des histoires est un moyen qui permet de voir clair dans son propre comportement et dans ses sentiments. Les parents peuvent raconter des histoires avec les thèmes suivants: "le volcan" qui à chaque fois explose, "le château" où l'enfant se réfugie dans sa solitude.

Voici en résumé la stratégie de rattrapage pour les enfants jusqu'à 9 ans.

f. Pour les enfants plus âgés

Le docteur G. De Lange conseille une stratégie sociale de groupe (SGS). Des accompagnateurs vont créer un groupe afin d'aider les jeunes au moyen d'activités diverses à expérimenter un engagement positif dans les contacts sociaux.

A partir de cette situation de sécurité et du sentiment “nous”, les jeunes vont se comporter selon les normes positives du groupe. Le docteur G. De Lange applique actuellement cette stratégie, avec succès, auprès de jeunes criminels.

- Hechtingsstoornissen, de G. De Lange ISBN 9025500641
- Zand in je eten, de Frank Matthysen (pseudonyme de G. De Lange) ISBN 9025500633
- Leren wandelen aan vaders hand, ISBN 9060649176

3. Comment s'occuper d'un enfant qui souffre de troubles de l'attachement

a. Ce qui ne marche pas

1. L'amour inconditionnel
2. Les punitions physiques ne sont pas seulement inutiles, elles sont destructrices, parce qu'elles renforcent la vision que l'enfant a de l'adulte comme abuseur. Cela va nourrir la méfiance de l'enfant envers l'adulte.
3. Donner à l'enfant du mou dans le respect des règles et/ou diminuer ses exigences comportementales "parce que l'enfant a déjà tant de problèmes".
4. Eviter à l'enfant les conséquences de son comportement et/ou essayer de résoudre les problèmes de l'enfant à sa place.
5. Les réactions émotionnelles fortes. Les enfants qui présentent des troubles de l'attachement vivent la frustration ou la colère des parents comme la preuve qu'ils sont effectivement en train d'être plus forts que leurs parents. Cela ne fait qu'augmenter leur sentiment de puissance, donc leur angoisse de ne pas être avec des personnes plus fortes qu'eux, qui peuvent les protéger.
6. Des réponses prévisibles de la part des parents. Les enfants avec des troubles de l'attachement essayeront de contourner les modes de fonctionnement parental qu'ils peuvent prédire.

b. Ce qui marche

1. Une gamme imprévisible de réponses parentales de façon à ce que l'enfant ne puisse pas contourner des modes de fonctionnement qu'il peut prédire.
2. Des règles de comportement spécifiques, claires, compréhensibles et exprimées verbalement. Elles doivent être communiquées en disant clairement qu'elles doivent être apprises et suivies. Ceci est mieux transmis si le ton est neutre, sans aucune expression d'émotion dans la voix.
3. Etablissez comme règle de base que l'enfant doit demander, à l'avance, quelles sont les règles pour tout ce qui n'a pas encore été discuté. Ceci retire le "je ne savais pas" du répertoire de l'enfant.
4. Comme ces enfants font rarement la différence entre différentes situations, les parents doivent activement leur enseigner quels sont les comportements qui correspondent aux différentes situations.
5. Apprendre à l'enfant, encore et encore, que le comportement est lié à des choix en amont et à des conséquences en aval. Donc, si l'enfant n'est pas content des conséquences qui surviennent, la solution est de faire de meilleurs choix plutôt que de chercher à intensifier ses efforts de plier ses parents à son désir.

6. Apprendre à l'enfant le langage des sentiments et l'aider à mettre en relation ses sentiments avec les situations qui les déclenchent et avec les comportements qu'il utilise pour les exprimer.
7. Soutenir émotionnellement l'enfant quand on impose une conséquence, pour l'aider à faire face à la difficulté de cette conséquence. Communication et compréhension de base pour les mauvais comportements de l'enfant et pour sa résistance aux interventions parentales.
8. Les parents doivent maintenir un équilibre entre l'empathie accordée aux facteurs dans l'histoire de l'enfant qui compromettent son fonctionnement actuel, et les attentes, néanmoins, que l'enfant réussisse à faire évoluer son comportement.
9. Les regrets ne sont jamais une raison valable pour éviter les responsabilités et les conséquences. Mais les regrets sont plutôt posés comme un premier pas et la solution pour l'enfant c'est d'apprendre à aiguïser sa mémoire dans le futur.
10. Les sentiments douloureux ne sont jamais acceptés comme une raison légitime d'un comportement destructeur. Sa souffrance est légitime, mais ne justifie pas son comportement. Si l'enfant veut que les conséquences soient différentes, il doit s'efforcer de développer des méthodes différentes d'expression de ses émotions.
11. Choix forcé: avec cette stratégie, les parents donnent à l'enfant deux choix, qui tous deux seront agréables aux parents. Exemple: choix n°1: aller au lit à l'heure ce soir et tu pourras rester en bas jusqu'à l'heure habituelle du coucher demain soir; choix n°2: pour chaque minute de retard à être au lit ce soir, 1 minute sera retirée à l'heure du coucher demain soir. Les parents se mettent alors en recul et permettent au comportement de l'enfant de "raconter l'histoire" de ce qui va se passer. L'avantage de cette approche, par rapport au fait d'imposer simplement une conséquence, est que les deux solutions découlent directement du comportement de l'enfant, alors qu'il est plus facile pour l'enfant de construire une conséquence venant de la mesquinerie de ses parents, plutôt que de son comportement.
12. La minute de réprimande: les parents confrontent directement leur enfant, avec un contact oculaire direct, et disent verbalement leur désapprobation devant son comportement. Cette désapprobation est suivie par l'expression de la préoccupation par rapport au confort futur de l'enfant si un tel comportement se reproduit. Ceci lie l'intervention au bien-être de l'enfant et aide à diminuer la tendance de l'enfant à considérer la réprimande comme une manifestation du souhait des parents d'être abuseurs. Après une minute, l'intervention est terminée: et il n'y a pas d'autres conséquences.
13. Confiscation des objets qui sont mal utilisés de quelque façon que ce soit et restitution de ces objets après que l'enfant ait 1) démontré un comportement responsable et 2) fait une promesse verbale de n'utiliser l'objet que de façon normale à l'avenir. Cette promesse doit être répétée par l'enfant mot pour mot. Dire simplement qu'il est d'accord avec ce que dit l'adulte est insuffisant.
14. Apprendre à l'enfant de façon claire et spécifique comment demander constructivement de l'aide. Ceci nécessitera beaucoup, beaucoup de répétitions.
15. Contact physique: ces enfants évitent souvent le contact physique. Cependant, les parents ne devraient pas se laisser intimider, ni éviter de toucher leur enfant, parce le toucher est la pierre d'angle de l'attachement. C'est pourquoi continuez périodiquement à le toucher dans les moments plus calmes, et ajustez la durée et l'intensité du toucher pour que ce soit le plus acceptable par votre enfant.
16. Comme en thérapie, les parents devraient travailler pour apprendre comment transformer les tentatives de rejet de la part l'enfant, en expériences d'attachement.

17. La colère et le retrait doivent être vus par les parents comme des ratés de l'adaptation de l'enfant plutôt que comme une incrimination des parents.
18. Des encouragements amusants, humoristiques (mais pas moqueurs) de la colère de l'enfant et un accord ouvert avec les vues critiques de l'enfant sur la famille (cela s'appelle "l'approche paradoxale"). Exemple: Reconnaître ouvertement que l'enfant n'a vraiment pas de chance de devoir vivre avec une deuxième famille si différente et dire que le parent est admiratif devant le fait que l'enfant ait assez de self contrôle pour ne pas être encore plus en colère.
19. Prévoir des périodes de temps pendant lesquelles l'enfant est autorisé à régresser jusqu'à l'âge qu'il souhaite. A côté de ces régressions planifiées, le parent se comporte avec l'enfant comme s'il était plus jeune qu'il ne prétend être. De telles périodes planifiées pour être immature aident les enfants à ramasser les pièces manquantes de leur développement. Habituellement cette tactique doit être poursuivie un certain temps pour montrer des résultats.

4. Les conséquences naturelles et logiques

*(d'après le livre *Step The parent's Handbook*, de Don Dinkmeyer & Gary D. McKay)*

AVANTAGES A UTILISER LES CONSEQUENCES

- c'est l'enfant – et pas ses parents – qui est responsable de son comportement
- cela permet à l'enfant de prendre ses propres décisions sur les actes appropriés
- cela permet à l'enfant d'apprendre à partir de l'ordre naturel (impersonnel) et social des événements

Les conséquences logiques permettent à l'enfant d'apprendre à partir de la réalité de l'ordre social.

Pour que les conséquences soient efficaces, l'enfant doit voir qu'elles sont reliées logiquement à son mauvais comportement.

Il y a plusieurs différences majeures entre les conséquences logiques et la punition:

- La punition exprime le pouvoir d'une autorité personnelle
 - Les conséquences logiques expriment la réalité de l'ordre social.
 - Les conséquences logiques reconnaissent les droits mutuels et le respect mutuel.
 - Exemple: "tu arrêtes la TV et tu joues dehors ou dans ta chambre, tu décides ce que tu veux faire."
- La punition est arbitraire ou peu en lien avec la logique de la situation
 - Une conséquence logique est liée au mauvais comportement.
 - Exemple: " je ne peux pas nettoyer ta chambre s'il y a des jouets et des vêtements par terre. Par conséquent je vais les mettre dans un sac et les mettre ailleurs si tu ne te décides pas à tout ramasser."
- La punition est en relation avec un comportement ancien. ("Tu es toujours en retard.")
 - Les conséquences logiques concernent le comportement actuel et futur.

- Exemple: "Je suis désolée mais tu n'es pas prêt à prendre la responsabilité de rentrer à la maison à l'heure. Nous essayerons encore plus tard."
- La punition menace celui qui a fait une faute de manque de respect ou de perte d'amour; c'est une critique.
 - Quand on parle de conséquences logiques, la voix du parent est amicale et implique de la bonne volonté.
- La punition demande de l'obéissance.
 - Les conséquences logiques permettent un choix.

La colère, les avertissements, les menaces et les rappels peuvent transformer une conséquence en une punition.

Le but en laissant survenir les conséquences logiques ou en montrant les conséquences logiques c'est d'encourager l'enfant à prendre des décisions responsables et pas de le forcer à se soumettre.

ETAPES POUR APPLIQUER LES CONSEQUENCES

- Proposez des choix. Le choix est essentiel dans l'utilisation des conséquences logiques. Les alternatives sont proposées par le parent et le parent accepte la décision de l'enfant. Et l'enfant fait ainsi son choix sans pression extérieure.
- Quand vous veillez au suivi d'une conséquence, donnez l'assurance qu'il y aura une possibilité de changer la décision plus tard. Dites que la décision reste, mais qu'il pourra de nouveau essayer plus tard.
- Si le mauvais comportement se répète, augmentez la période de temps avant qu'il soit possible à l'enfant d'essayer de nouveau. A partir de ce moment, le parent ne doit plus faire de commentaires si ce n'est d'assurer l'enfant qu'il aura une autre possibilité d'essayer et de dire dans combien de temps.

5. Pour les parents adoptifs

(par Nancy Verrier, auteur de "La blessure primitive")

"Vous n'avez qu'à aimer le bébé et tout ira bien." N'est-ce pas ce que la plupart d'entre vous ont entendu quand on vous a donné votre nouveau petit bébé? Personne ne vous a dit que vous preniez la responsabilité d'un enfant traumatisé. Personne ne vous a dit que votre enfant pouvait avoir peur de s'attacher vraiment à vous à cause du traumatisme de la séparation d'avec sa première mère. Personne ne vous a dit qu'élever un enfant adopté c'est plus difficile...

Parce que personne n'a dit à la mère de naissance qu'abandonner son bébé entraîne un traumatisme pour lui (et pour elle), quand elle retrouve cet enfant, elle peut vous critiquer pour les blessures dont l'enfant semble avoir souffert. Bien que l'adopté puisse avoir eu une bonne vie, il y a une aura de tristesse qui ne peut pas être expliquée si ce n'est en comprenant que la substitution des mères ne s'est pas accomplie sans perte.

Vous avez deux difficultés contre vous: vous avez le manque de marqueurs génétiques et vous avez un enfant traumatisé qui va réagir à ce traumatisme avec vous et dans toutes les relations significatives. Vous et votre enfant dansez l'un par rapport à l'autre la danse d'apprentissage de *comment être* l'un avec l'autre sans avoir mal. D'autres parents, y compris les parents de naissance, ne peuvent pas comprendre ou même reconnaître ceci.

D'un autre côté, vous avez une occasion d'avoir un effet réellement positif sur votre enfant. Vous pouvez donner un amour inconditionnel à un enfant qui a été gravement blessé en même temps que vous établissez la sécurité des limites et des liens. Vous pouvez encourager ses talents et ses aptitudes particulières même quand ils sont différents des vôtres. En fait ces différences peuvent apporter de nouvelles opportunités dans votre propre vie. Vous allez découvrir que vous expérimentez des sentiments dont vous ne saviez même pas qu'ils existaient, certains résultant de la frustration et de la confusion, mais d'autres vous ouvrant à de nouveaux niveaux de compréhension et de compassion.

Et vous aussi vous avez besoin de compréhension et de compassion. Car bien que votre enfant désire être proche de vous, il peut avoir peur de s'autoriser à le faire par crainte d'un autre abandon. Quand un traumatisme survient au début de la vie d'un enfant, la peur est souvent plus forte que le désir. Personne, si ce n'est un autre parent adoptif, ne peut comprendre la souffrance qu'il y a à s'attacher presque mais pas tout à fait et pas aussi profondément qu'on le voudrait. L'adolescence survient quand même les enfants faciles commencent à traduire en actes les différences qu'ils perçoivent entre eux et leurs parents adoptifs. Cela peut être très douloureux pour tous ceux qui sont concernés. Il peut être utile de former des groupes de soutien de façon à ce que ce phénomène puisse être mis en perspective et ne soit pas personnalisé.

Tous les enfants adoptés ont deux paires de parents. Si vous comprenez les différences entre familles biologiques et familles adoptives, si vous comprenez la perte que votre enfant a vécue, vous pouvez avoir un impact merveilleusement positif sur sa vie.

Ce que les parents adoptifs peuvent faire

- **Tenez compte de la réalité de la situation d'adoption**, *différente de celle d'une famille biologique*; c'est être parent autrement!
- Les mères peuvent être attentives et empathiques aux signes de perte et de deuil.
- Réalisez qu'il est plus difficile de savoir ce qu'il faut faire pour cet enfant particulier sans marqueurs génétiques ... soyez particulièrement attentifs.
- Si possible, que la mère reste à la maison avec son enfant; il n'a pas besoin d'une mère de plus qui disparaît.
- Comprenez les mécanismes d'adaptation de l'enfant: se faire remarquer ou être obéissant. Être obéissant ne veut pas dire ne pas être perturbé. Un enfant qui se fait remarquer démontre son besoin d'être surveillé dans son besoin d'exploration.
- Essayez de comprendre la difficulté qu'il y a de grandir sans ressembler à qui que ce soit. Verbalisez-le.
- Célébrez son anniversaire à une autre date qu'au jour réel. (L'anniversaire de naissance peut aussi être celui de la séparation, et l'enfant est triste ou en colère.)
- **Ne soyez pas en retard** quand vous reprenez l'enfant à l'école, à des activités, etc. (cela ravive son sentiment d'être abandonné.)

- La peur empêche souvent l'enfant de se laisser aimer. Soyez patient, essayez de ne pas vous sentir rejeté. (Ce n'est pas personnel.)
- Parlez à l'enfant de l'adoption avant qu'il ne sache ce que cela veut dire.
- Quand il grandit, répondez honnêtement à ses questions. (Ces questions peuvent être traduites en actes plutôt que verbalisées.)
- Ne parlez pas au nom de quelqu'un d'autre (de la mère de naissance par exemple). **Ne dites jamais**: "Ta mère de naissance t'aimait tellement qu'elle voulait que tu aies un bon foyer." Même si c'est vrai, cela n'a absolument pas de sens pour un enfant. On ne se débarrasse pas de ce qu'on aime.
- Si c'est possible, gardez le contact avec la famille de naissance. L'enfant a besoin de voir à qui il ressemble et ce que sont ses marqueurs génétiques. **Honorez vos promesses**. Ceci est vrai aussi pour les parents de naissance (les familles recomposées peuvent le faire, donc vous pouvez aussi!)
- Apprenez à comprendre les différences entre le comportement (se faire remarquer ou être obéissant) et la vraie personnalité de l'enfant. Les comportements sont souvent différents en dehors de la famille. C'est plus facile pour les autres de discerner la personnalité de l'enfant.
- **Reconnaissez, respectez et valorisez** les différences entre l'adopté et les autres membres de la famille.
- Encouragez les talents et les intérêts de l'enfant même s'ils sont différents des vôtres.
- Parce que l'enfant n'est pas capable de verbaliser sa souffrance, cherchez d'autres modes de communication: art, poésie, jeu et identification projective. (par exemple, **il communiquera ses sentiments par un comportement qui vous les fera ressentir**: colère, rage, tristesse, inadéquation, absence de valeur, confusion, chaos, crainte, rejet ...)
- Comportement veut souvent dire croyances: il se sent volé, il peut voler; il vit dans un mensonge, il ment; les gens disparaissent, il peut stocker de la nourriture, etc. Verbalisez cela pour lui pour qu'il sache que vous comprenez "Je me demande si..."
- **Reconnaissez le cœur du problème: l'abandon, la perte, la confiance, l'intimité, la culpabilité et la honte, la maîtrise et le contrôle et l'identité.**
- Apprenez à comprendre que la colère de l'enfant est une couverture pour sa souffrance. Ayez de l'empathie pour la souffrance.
- **Ne menacez jamais d'abandon**, aussi provoquant que soit l'enfant.
- **Reconnaissez les sentiments de l'enfant**. Ne dites jamais "tu ne devrais pas te sentir comme cela." Les sentiments viennent de l'inconscient et sont valables. Apprenez à l'enfant à trouver des moyens *appropriés* pour exprimer ces sentiments.
- **Permettez à l'enfant d'être lui-même**. Ecartez les attentes qui ne conviennent pas à sa personnalité ou à ses capacités.
- **N'essayez pas de prendre la place de la mère de naissance**. Même si l'enfant n'en parle pas, elle est réelle pour lui. Vous êtes une personne différente et très importante dans sa vie.
- Les adoptés présentent souvent des troubles de l'attention. Ceci peut être une conséquence du traumatisme et n'avoir rien à faire avec l'intelligence. Les parents et les enseignants auront besoin de compréhension et de patience.
- Préparez l'enfant aux changements d'habitudes. Il a peur des surprises (comme la disparition de la mère).
- A cause de l'interruption de l'ordre naturel, l'enfant peut avoir des difficultés avec les relations de **causes à effet** ou les **conséquences**. Ceci est particulièrement difficile pendant l'adolescence. Il a besoin d'être soutenu très tôt.

- **L'enfant a besoin de limites et de bornes solides**, même s'il les combat. Il a besoin de se sentir en sécurité, maintenu et qu'on se préoccupe de lui. **Il est très important d'être juste et conséquent.**
- Le père n'aura **pas** la même expérience que la mère. Il faut qu'il comprenne et soutienne la mère.
- **Père et mère ont besoin d'un groupe de soutien pour comparer leur situation avec celle d'autres parents adoptifs et pour éviter l'isolement.**

6. Comprendre les comportements de son enfant

a. Cacher de la nourriture

Comprendre le comportement de l'enfant :

- Cette pratique est spécialement fréquente chez les enfants adoptés venant du tiers-monde.
- Cela signifie qu'il a manqué pendant longtemps ou de façon importante non seulement de nourriture mais aussi d'affection. La nourriture c'est l'amour pour un enfant.
- Ce n'est pas du vol mais un mécanisme de survie.
- L'enfant peut aussi consommer de grandes quantités de nourriture, ne jamais sembler satisfait et peut même mendier de la nourriture auprès d'amis et de camarades de classe.

Comment réagir :

- Relax! Ne vous inquiétez pas! Ce comportement disparaît souvent de lui-même.
- Donnez du temps à votre enfant, au moins un an, pour se sentir en sécurité et rassuré dans son nouvel environnement.
- Essayez d'ignorer cela autant que possible. Dites-lui gentiment que ce n'est pas nécessaire; qu'il y a de la nourriture disponible s'il le demande.
- Donnez à votre enfant beaucoup de sécurité émotionnelle. Des câlins fréquents, des baisers, des compliments, etc. aideront son anxiété à diminuer.
- N'utilisez pas la nourriture comme moyen de discipline (pas de privation de nourriture ou de dessert), ni comme récompense.

b. Pipi au lit

Comprendre le comportement de l'enfant :

- Ce comportement s'observe plus souvent chez les garçons et est assez fréquent dans la population générale. Près de 20% de tous les enfants de moins de 10 ans ont au moins un épisode occasionnel d'énurésie.
- Chez les enfants en grande difficulté, l'énurésie peut faire partie d'une régression générale à un comportement correspondant à un âge plus jeune.
- Les nombreux stress occasionnés par l'arrivée dans une nouvelle famille peuvent entraîner de l'énurésie temporaire.
- Faire pipi au lit peut être une manifestation de colère ou d'hostilité d'un enfant devant des sentiments de perte et de manque de contrôle sur les circonstances de sa vie.

- Cela peut faire partie d'un syndrome plus large "Je ne peux pas faire face, n'attendez rien de moi" qui est un signe de dépression.

Comment réagir :

- Tout d'abord soyez certain que vous connaissez un maximum de choses sur le passé de l'enfant.
- Vérifiez chez un pédiatre ou un urologue qu'il ne s'agit pas d'un problème physique, particulièrement si l'enfant a plus de 5 ans. Ce pourrait être la conséquence d'une infection chronique par exemple.
- Limitez la prise de liquides après 6 heures du soir et vérifiez s'il n'a pas d'allergies alimentaires.
- Donnez à l'enfant une responsabilité appropriée à ses capacités dans le nettoyage, changer les draps, faire la lessive ...
- Eveiller l'enfant avant que les adultes n'aillent dormir peut être efficace. Certains parents réveillent aussi l'enfant énurétique au petit matin.
- Divers systèmes d'alarme existent qui peuvent aider certains enfants.
- Moins on y fait attention, mieux c'est, particulièrement avec les enfants en âge d'école primaire.
- Soyez patient. Il est rare que ce problème persiste à l'âge adulte.
- Si le problème est important ou persiste au-delà de 10 ans, cela peut signifier un problème psychologique plus profond. Dans ce cas, l'avis d'un conseiller ou une thérapie familiale peuvent être indiqués.

c. Difficultés scolaires

Comprendre le comportement de l'enfant :

- Presque tous les enfants en famille d'accueil ont vécu de nombreux changements et déménagements. Ce qui veut aussi dire habituellement des changements d'école. Les perturbations émotionnelles et même les problèmes physiques entraînent souvent des carences éducatives et des difficultés de réussite.
- Les enfants qui souffrent de stress graves et d'anxiété n'ont pas d'énergie et d'attention pour se concentrer sur le travail scolaire.
- L'organisation scolaire fournit parfois à l'enfant une arène pour piquer des crises de colères devant des événements qu'il ne peut contrôler.
- Des comportements perturbateurs attirent l'attention de tous ... des camarades de classe, des enseignants, des parents.
- L'échec scolaire entraîne des conséquences semblables. De plus, la réussite peut faire peur et peut exiger plus de responsabilité au long terme et plus d'attentes parentales.
- La vie a appris à de nombreux enfants qu'on est mieux dans l'échec que dans la réussite et de se vivre comme des problèmes. Les enfants se comportent suivant l'étiquette qu'on leur a donnée.

Comment réagir :

- Relax! C'est un problème presque'universel lors de l'adoption d'enfants plus âgés. Demandez aux autres parents.

- Soyez sûrs d'avoir toute l'information sur le passé scolaire de l'enfant, sur les résultats des tests, etc.
- Acceptez qu'il soit presque impossible de changer les schémas de performance rapidement. Fixez des buts raisonnables que vous et votre enfant pensez possibles à atteindre.
- Rencontrez les enseignants et la direction. Jouez un rôle actif dans l'orientation scolaire de votre enfant. Insistez sur ce que vous savez être le meilleur pour lui. Allez régulièrement à l'école.
- Ne craignez pas d'expérimenter. Peut-être que votre enfant a besoin de structure ou de suivi. Vous pouvez par exemple le mettre au lit plus tôt, lui donner l'occasion de jouer activement avant l'école, changer ses habitudes de télévision, ou lui trouver un professeur de cours particuliers.
- Mettez l'enfant dans une classe où il pourra réussir. Ceci veut parfois dire le faire doubler ou le faire redescendre d'une classe.
- Soutenez l'enfant quand il a des problèmes. Ne pensez pas que l'enfant est coupable chaque fois qu'on vous appelle de l'école. Soyez son avocat.
- Soutenez l'école pour ce qui importe, faire les devoirs et s'entendre avec les autres.
- Félicitez-le immédiatement pour tout progrès. Faites lui savoir que vous êtes fiers de ce qu'il a pu faire.

d. Mensonges et vols

Comprendre le comportement de l'enfant :

- Ces comportements sont aussi assez fréquents chez les enfants adoptés, chez les enfants en famille d'accueil et chez beaucoup d'autres jeunes.
- Comme tous les autres problèmes de comportement, la malhonnêteté peut diminuer avec le temps, bien qu'il soit important de reconnaître qu'elle ne disparaît jamais complètement et qu'elle réapparaît en période de stress chez tout le monde.
- Mentir et voler, si c'est important et répété, peut indiquer une colère intérieure devant l'impossibilité de contrôler sa propre vie et son environnement.
- Mentir est une façon de se protéger et d'éviter d'accepter toute responsabilité. Certains enfants le font plus par habitude et par crainte que par colère ou nécessité. Plus de confiance en soi et plus d'estime de soi entraînent une diminution du besoin de se protéger.
- Le concept de "vérité" et de propriété privée peut ne pas avoir beaucoup de sens pour des enfants à qui on a promis tellement et qui ont eu si peu. Le développement de la conscience peut être retardé.
- Ne vous attendez pas à ce que l'enfant se comporte selon son âge biologique, donc soyez attentif à ce qui l'aide à se développer.

Comment réagir :

- Ici particulièrement il importe d'être patient. Essayez de vous imaginer à la place de votre enfant, avec sa colère et sa peur. Ne soyez pas trop dur ou trop sûr de vous.
- Faites en sorte que dire la vérité ne soit pas dangereux et n'essayez pas de coincer l'enfant dans un mensonge. Construisez sa confiance et vous diminuerez son besoin de mentir.

- Prenez conscience de ce que l'enfant ne sait presque jamais pourquoi il ment ou il vole, ne lui demandez pas d'expliquer. Pardonnez et allez de l'avant.
- Soyez logique dans vos punitions. L'enfant doit savoir que la malhonnêteté n'est jamais permise et sera toujours punie. L'utilisation des conséquences logiques est souvent efficace.
- Evitez les tentations spécialement avec les plus jeunes. Ne laissez pas traîner d'argent ou d'objets de valeur. Gardez tout sous clé si nécessaire et permettez aux autres jeunes de fermer leur chambre à clé.
- Ne tirez pas de conclusions hâtives et ne supposez pas toujours qu'il est coupable. Vous en ferez un bouc émissaire et cela n'encouragera pas ses tentatives d'honnêteté.
- Votre enfant se conformera progressivement à vos normes. Soyez sûrs de ne pas être malhonnêtes même pour de petites choses si vous voulez que l'honnêteté devienne une valeur importante pour votre enfant.
- Cherchez et renforcez les comportements positifs. Les enfants arrêtent plus facilement de voler et de mentir quand ils se sentent aimés tels qu'ils sont.

e. Agressivité physique

Comprendre le comportement de l'enfant :

- La plupart des enfants en attente d'adoption ont eu des expériences très dures et traumatisantes. Certains ont été victimes d'abus et la plupart se sentent profondément blessés par leurs parents.
- L'incapacité de contrôler sa propre vie et la douleur des rejets répétés nourrissent la frustration et la colère. L'agressivité physique est un moyen efficace de laisser sortir ces sentiments refoulés.
- Derrière la colère se trouve la tristesse et la méfiance des adultes. Les comportements agressifs tiennent les gens à distance, ne leur permettent pas de voir à l'intérieur.
- Ce comportement attire toujours l'attention, et c'est une partie de leur explication. L'estime de soi des enfants en accueil est souvent très faible. Ils pensent qu'ils "méritent" une punition, qu'ils ne sont jamais bons assez, et ils provoquent souvent les réprimandes et les fessées.
- Certains enfants reproduisent simplement l'environnement qu'ils ont connu. La violence intrafamiliale est malheureusement un problème international.

Comment réagir :

- Soyez réalistes par rapport à ce que vous pouvez attendre. Des changements de comportement de base prennent beaucoup de temps.
- Divisez le problème en petits morceaux. Par exemple essayez que l'enfant ne soit pas physiquement agressif une heure (puis deux, puis trois, ... puis un jour, puis deux, puis trois ...)
- Donnez à l'enfant des stratégies concrètes à utiliser à la place d'une agression physique (par exemple crier, raconter, marcher dans le jardin, etc.) Récompensez-le immédiatement s'il utilise une de ces alternatives.
- Aidez votre enfant à comprendre ce qui provoque ou entraîne sa colère de telle façon qu'il puisse trouver le(s) besoin(s) sou-jacent(s), les reconnaître, voire commencer à le(s) satisfaire.

- Voyez ce que vous considérez acceptable comme moyen d'exprimer sa colère. Discutez avec votre enfant de ce qu'il est autorisé à faire quand il est frustré ou en colère. Beaucoup de parents réalisent subitement qu'ils ont été plus clairs sur ce qui n'est pas autorisé que sur ce qui est autorisé ou sur des moyens appropriés de gérer sa colère.
- Cet enfant a particulièrement besoin d'affection physique. Trouvez des occasions de le serrer dans vos bras, de le toucher, de l'embrasser, etc.
- La pratique des sports a toujours été considérée comme un moyen de réduire le stress. Donnez à votre enfant des occasions de se défouler régulièrement.
- L'enfant agressif est hors de contrôle. Soyez certain que vous, en tant que parents, vous avez le contrôle et que vous gérez la situation fermement. La discipline devrait être consistante et immédiate.

f. Comportement sexuel provocateur

Comprendre le comportement de l'enfant :

- Des milliers d'enfants sont victimes de comportements sexuels inappropriés d'adultes. Cet abus sexuel peut être grave ou non, mais il a toujours un impact.
- Les enfants en famille d'accueil sont plus vulnérables à l'abus sexuel et à l'exploitation. Les tabous traditionnels ne sont pas présents et la protection parentale et la sécurité familiale ne sont pas disponibles.
- Souvent les enfants plus âgés en famille d'accueil ou en institution initient les plus jeunes. Ils peuvent apprendre et partager des activités sexuelles à un très jeune âge.
- Sans un confort et des soins suffisants, l'activité sexuelle est un moyen fiable de se sentir temporairement plus proche et de se sentir bien.
- Dans certains cas, l'activité sexuelle a été une façon d'être apprécié et la seule preuve consistante de l'affection d'un adulte.
- L'enfant se culpabilise habituellement pour un comportement inapproprié, se sent coupable et sans valeur, et cherche une punition ou la confirmation qu'il est "mauvais".

Comment réagir :

- Tous les enfants devraient entendre clairement ce que vous considérez comme une conduite sexuelle acceptable. Les règles de base sont importantes et doivent être renforcées par des valeurs morales et/ou religieuses.
- Le sexe dans tous ses aspects devrait être discuté sans difficulté entre parents et enfants.
- Soyez calme. Jusqu'à un certain point, la façon dont les parents gèrent les comportements sexuels de l'enfant améliorera la situation.
- Soyez absolument clairs sur ce que vous savez ou croyez qu'il s'est passé. N'édulcorez pas les mots et ne cachez pas vos émotions, mais ne soyez pas paternaliste si l'enfant est la victime. Soulignez que l'enfant est maintenant en sécurité avec vous.
- Si l'enfant a des comportements sexuels avec d'autres enfants, soyez aussi ferme et clair. Ne soyez pas équivoque, utilisez la terminologie descriptive correcte, et dites clairement que ce comportement n'est pas permis, jamais. Cette séance explicative devrait avoir lieu avec la présence d'autres membres de la famille. Ils devraient être

parfaitement au courant de la situation et ne pas avoir peur d'ajouter des informations complémentaires.

- Si l'enfant a eu un comportement sexuel avec un membre de la famille, soulignez que chacun dans la famille est au courant et sera attentif. Limitez les contacts entre l'agresseur et la victime.
- Un conseiller familial pourrait aider chacun à mieux comprendre. Mais soyez certain que le conseiller ne minimise pas la responsabilité de l'enfant.
- Ce sera dur, mais essayez de dépasser le problème et de construire une relation meilleure, plus ouverte.
- Cet enfant a besoin d'être pardonné, par vous et par lui-même.

g. Retrait et rejet

Comprendre le comportement de l'enfant :

- Les enfants en attente d'adoption ont souvent dû faire face à de multiples rejets, d'abord par leur famille biologique, ensuite peut-être par des parents d'accueil, d'autres enfants, etc. Ces expériences traumatisantes ont blessé les enfants et leur font craindre l'amour. Après tout, aimer quelqu'un est dangereux puisque cette personne vous abandonne toujours.
- Pour éviter la souffrance, les enfants se rendent parfois difficiles à aimer, en se retirant, en se détachant des autres, en paraissant émotionnellement vides.
- Dans les cas les plus graves, le retrait peut être le signe d'une colère tournée vers lui-même et d'une dépression.
- Dans les relations familiales on donne de l'amour et on en reçoit. Certains enfants pensent qu'ils ne valent pas la peine d'être aimés et que leur amour n'a pas de valeur. Cela leur paraît plus facile et plus sûr de ne rien risquer en ne répondant pas ou en ne commençant pas de relation personnelle et en paraissant rejeter les liens familiaux.

Comment réagir :

- Soyez patients. Il a fallu du temps pour développer une attitude de peur et il faudra du temps pour surmonter le passé. Prenez-le à votre aise, soyez relax.
- Parfois cela peut aider de parler du passé. Aidez l'enfant à relativiser son passé. Cela peut l'aider de comprendre qu'il n'est pas responsable de ses difficultés.
- Soyez positifs. Les enfants repliés sur eux-mêmes et les enfants qui rejettent les autres ont besoin de soutien permanent. Essayez de trouver des moyens concrets de construire leur estime d'eux-mêmes. Organisez des moments spéciaux avec l'enfant.
- Arrosez l'enfant détaché avec des expressions d'amour... Des câlins, des gestes, des baisers, des cadeaux, des petits mots, des cartes, etc. lui permettront de faire confiance dans l'amour que vous continuez à lui offrir.
- Donnez à l'enfant l'occasion de choisir et d'organiser des activités familiales agréables. Ceci veut dire que ses besoins et ses souhaits sont importants et ont de la valeur pour la famille toute entière. Ne laissez pas l'enfant s'isoler. Donnez-lui l'occasion de partager la chambre d'un autre, organisez les tâches familiales en équipe, des loisirs en famille ...
- Si vous n'observez pas d'amélioration après six mois, envisagez de consulter un psychologue pour vous-même et votre enfant adopté.

7. Thérapies

a. pourquoi les thérapies classiques ne marchent pas

Un enfant atteint d'un cancer doit être pris en charge par un médecin spécialiste du cancer. Un enfant qui a un abcès dentaire ne doit pas être conduit chez un proctologue pour être soigné. Un enfant avec des troubles réactionnels de l'attachement a besoin d'un traitement pour la maladie qu'il a. Un thérapeute qui n'est pas formé à s'occuper des niveaux extrêmes de comportement et de manipulation tels qu'en a un enfant avec des troubles réactionnels de l'attachement, peut faire plus de tort que de bien.

La thérapie de l'attachement utilise la mère comme agent de changement pour guérir le lien brisé entre la mère et l'enfant. La thérapie traditionnelle laisse la mère dans la salle d'attente, n'en fait pas un instrument de la guérison de son enfant. La thérapie de l'attachement se centre sur la construction de la confiance de l'enfant envers sa mère, les thérapies traditionnelles cherchent à construire la confiance entre l'enfant et le thérapeute.

Les thérapies traditionnelles ont constamment échoué avec les enfants qui présentent des troubles réactionnels de l'attachement parce que ces thérapies en tant que telles, des thérapies par la parole, par le jeu, par le bac à sable, sont basées sur l'établissement d'une relation avec l'enfant et ensuite utilisent cette relation comme une base de confiance pour aider l'enfant à faire face à ses questions. Un thérapeute, s'intitulant thérapeute de l'attachement, a perdu quinze mois de la vie d'un enfant en séances de thérapie hebdomadaires. Il a expliqué aux parents qu'il travaillait à établir la confiance avec cet enfant présentant des troubles réactionnels de l'attachement afin qu'il puisse commencer à travailler sur les problèmes de l'enfant. Il avait décidé que l'enfant n'était pas prêt à travailler des questions dures, alors qu'il continuait à demander 50 € par semaine pour cette charlatanerie. Si vous avez mal aux dents et que trois mois plus tard le dentiste n'a pas été capable de trouver une solution ou au moins d'améliorer la situation, ne changeriez-vous pas de dentiste? Attendriez-vous quinze mois? Sans amélioration significative dans les six mois, il vaut mieux aller voir ailleurs pour un autre thérapeute.

Les thérapeutes formés au travail sur l'attachement confrontent les questions avec l'enfant d'une manière opportune. Ils réalisent que les questions douloureuses pour l'enfant sont des questions de maltraitance/abandon/négligence/souffrance et qu'elles sont portées par l'enfant chaque minute et chaque jour de sa vie. Les chirurgiens n'attendent pas que la tumeur soit assez grosse pour l'enlever. Les thérapeutes de l'attachement n'attendent pas que l'enfance de l'enfant soit terminée, la famille détruite, les mois et les années de possibilité d'apprentissage perdues avant de s'occuper des questions vitales.

Les enfants qui ont des troubles de l'attachement mentent, manipulent et arnaquent. S'ils sont pris derrière des portes fermées avec un adulte qui ne vit pas avec l'enfant, l'enfant utilisera cette occasion pour exercer ses talents de manipulation, d'arnaque et de mensonge sur le thérapeute. Ceci entraîne une importante régression dans les comportements de l'enfant. Les thérapeutes de l'attachement évaluent les progrès de la thérapie sur le comportement de l'enfant à la maison, et pas sur la façade que l'enfant montre dans leur cabinet de consultation. Un thérapeute de l'attachement est capable de voir derrière cette façade et d'atteindre l'enfant réel de telle façon qu'il puisse exprimer ses sentiments et retourner à la diade attachement-exploration. Un thérapeute qui travaille avec un enfant qui présente des troubles réactionnels de l'attachement doit être formé à écouter le comportement de l'enfant et pas ses paroles, à

écouter activement les sentiments de l'enfant, pas ses paroles, et à mettre en lien les sentiments de l'enfant avec ses besoins non-reconnus. L'acceptation aimante par la maman des sentiments sincères de l'enfant est un aspect vital du travail de création du lien. La colère qui sort continuellement avec le comportement de l'enfant doit pouvoir s'exprimer dans un environnement thérapeutique de façon à ce que tout le monde soit en sécurité. Cette crise de colère dure parfois 3 à 5 heures. Les sentiments ne peuvent pas se précipiter ou être compressés dans la consultation classique de 50 minutes.

Le contact oculaire, le toucher, les mouvements, les sensations labyrinthiques, les sourires et le partage d'un bonbon entre la mère et l'enfant sont les clés du lien que le thérapeute de l'attachement travaille à chaque séance. Le docteur Foster Cline dit "Il faut environ un mois pour chaque année de l'âge que l'enfant a pour achever la majeure partie de la guérison." Donc un enfant de cinq ans aura besoin d'environ cinq mois de thérapie, un enfant de dix ans environ dix mois. Si l'enfant a été placé hors de la maison dans les deux ans qui précèdent, la période est doublée. S'il y a un problème organique tel qu'un syndrome d'alcoolisme fœtal, le temps nécessaire pour guérir n'est pas prévisible.

La thérapie de l'attachement est utilisée pour dissiper la rage de telle sorte que l'empathie vers la tristesse de l'enfant puisse commencer. Les thérapies plus traditionnelles, telles que la thérapie par la parole, par le jeu et par le bac à sable, peuvent alors être bénéfiques. Un enfant dramatiquement triste a besoin d'un thérapeute qui sait comment reconnaître cette tristesse et la mettre en lien avec des besoins non reconnus. Un thérapeute de l'attachement formé a les outils pour ce travail.

Une des pires formes de traitement pour les troubles de l'attachement, c'est le temps. Attendre que l'enfant dépasse ses comportements ne marche pas. Ces pathologies non contrôlées peuvent détruire un enfant ou le transformer en un malade mental. Chaque année qui passe épuise un peu plus les parents et l'enfant devient de plus en plus malade, de plus en plus destructeur, et de plus en plus grand! N'attendez pas! Cherchez une aide efficace maintenant!

Une fois que le diagnostic est posé pour un enfant ou un adolescent, il faut mettre en place un plan de traitement approprié. Le traitement a quatre buts qui doivent tous être envisagés (Delaney, 1991):

1. contenir les problèmes de conduite
2. augmenter la verbalisation des sentiments négatifs et des perceptions négatives en lien avec les besoins non reconnus
3. encourager la communication des besoins et la négociation de leur satisfaction
4. promouvoir les relations positives.

Les enfants ont besoin d'un traitement extensif pour les aider à mettre bas leurs murs, et leur permettre ainsi de se laisser aimer. Cline (communication personnelle, 1993) compare ces enfants à des oignons ; ils ont développé des couches successives de mécanismes de défense sans avoir un noyau central bien développé. Ils sont différents des autres enfants qui sont plus

comme des pommes, dans lesquels la peau (défense) peut être grattée facilement pour arriver au centre.

Les techniques traditionnelles de traitement psychologique qui soutiennent, réfléchissent et dépendent de l'introspection sont inefficaces pour des enfants qui souffrent de troubles de l'attachement (Stellern, 1988) parce que de tels traitements présupposent plusieurs caractéristiques que n'ont pas les enfants qui souffrent de troubles de l'attachement. Ces caractéristiques sont: la capacité de profiter de l'expérience ; un contrôle suffisant de sa conscience pour reporter la satisfaction de ses besoins ; de l'intérêt pour les autres ; assez d'anxiété ou de culpabilité pour vouloir changer ; assez de respect des figures d'autorité pour développer une confiance suffisante afin de profiter des conseils ; et suffisamment de structure de conscience pour assurer les bases d'une croissance de la personnalité ou des changements suite aux conseils (Stellern, 1988).

Anderson (1988) qui a travaillé vingt ans avec des enfants souffrant de troubles de l'attachement pense que "les thérapies traditionnelles pour enfants sont habituellement inefficaces avec ces enfants ... Un nombre surprenant d'enfants non attachés a eu des années de thérapie sans modifications ou très peu de la façon dont ils entrent en relation avec les autres".

Le traitement de choix est plutôt la Thérapie de l'Attachement (Crawford, 1986; Welch, 1988; Zazlow et Menta, 1975). La Thérapie de l'Attachement utilise une combinaison de techniques thérapeutiques telles que les thérapies corporelles de Reich et Rolph, les techniques psychodynamiques telles que le psychodrame et la régression, les techniques de maintien de Welch et Tinbergen (1984), le travail sur le deuil et la perte, la Thérapie de Redécision des Gouldings (Goulding et Goulding, 1978), les constellations familiales de Bert Hellinger. Ces thérapeutiques et d'autres sont revues dans le cadre général du travail de l'attachement. Elle se sont révélées efficaces dans plus de 75% des cas traités au Family and Attachment Center, de Salt Lake City.

b. Thérapie de l'Attachement

La Thérapie de l'Attachement existe depuis longtemps et a reçu différents noms. Zazlow, professeur de psychologie clinique à l'Université d'Etat de San Jose, a commencé à utiliser la thérapie de l'attachement dans les années 70. Il l'appelait le processus Z. D'autres noms ont été forgés: thérapie du maintien, thérapie du maintien/attachement, réduction de la rage, thérapie dynamique. Toutes ces thérapies ont le même but; recréer le cycle de l'attachement que le nourrisson expérimente avec sa mère. Le but de la thérapie de l'attachement est de "fournir une crise d'intimité" entre les parents et l'enfant à partir de laquelle une relation plus proche et plus aimante peut se développer (Crawford, 1986). Greun et Prekop (1986) notent que le fait d'être tenu entraîne de la peur et la rend accessible:

"L'expérience de la rage, de la haine, de la peur et de la honte tout en étant tenu amène la sécurité. Cependant le mode de vie de notre société technologique amène trop souvent avec lui un déficit de maintien."

Il y a deux méthodes de maintien décrites dans la littérature. La première est le maintien mère-enfant développé par Welch et Tinbergen (1984), appelée le Temps de Maintien. Le

processus de maintien commence avec la mère qui prend son jeune enfant dans les bras et le maintient contre elle. Se succèdent alors habituellement six stades :

1. Tolérance calme, amusement, embarras : l'enfant peut penser que le parent n'est pas sérieux et va bientôt cesser. L'enfant peut aussi être déterminé à ne pas faire ce qu'on attend de lui.
2. Marchandage : L'enfant promet de bien se conduire si le parent arrête.
3. Colère, stade du volcan : L'enfant peut cracher, hurler, jurer, essayer de se dégager, mordre, et essayer d'inquiéter en disant qu'il a mal, qu'il ne peut pas respirer, qu'il va vomir, qu'il va mourir, qu'il doit uriner. Le parent doit accepter cela calmement et peut-être même silencieusement.
4. Pleurs et lamentations : C'est peut-être le stade le plus difficile pour le parent. Il faut résister à la tentation de se sentir désolé pour l'enfant, de se sentir coupable de ce qu'on fait ou d'une façon générale il faut à tout prix éviter d'empêcher l'enfant d'expérimenter la gamme complète des émotions dans un environnement maîtrisé.
5. Acceptation : L'enfant commence à moins lutter, se détend, est fatigué. La mère reconnaît habituellement de stade quand il arrive et décide de tenir l'enfant moins fermement. L'enfant répond habituellement aux caresses de sa mère en mettant les bras autour d'elle.
6. Attachement : La fin du cycle est le moment important de guérison quand les aidants quittent calmement la pièce. L'enfant va généralement se blottir dans les bras de sa mère comme un beaucoup plus petit enfant. Il faut des mouchoirs en papier pour essuyer les larmes, les crachats, la sueur et cela permet au parent de donner des soins attentifs qui seraient habituellement déplacés avec un enfant plus vieux.

Dans cette technique de maintien peu intrusive telle qu'elle vient d'être décrite, la maman maintient, cajole et nourrit son enfant. Les enfants qui souffrent de troubles de l'attachement n'aiment pas être tenus. Ils craignent la proximité parce que cela veut dire pour eux une perte de contrôle. Ils ont généralement un modèle opérationnel négatif qui dit "Quand maman me tient, cela me fait mal." A cause de cette peur, ils luttent très fort pour garder le contrôle, pour éviter d'avoir mal à nouveau.

La colère, la peur, la honte et la tristesse sont les quatre émotions négatives de base. Les sentiments de l'enfant sont le reflet de ses perceptions du modèle opérationnel négatif. Quand un enfant a mal, il se sent triste. La tristesse lui donne un sentiment de vulnérabilité et il a peur d'avoir de nouveau mal. La peur aussi le rend vulnérable, aussi l'enfant cache sa peur derrière la colère ou la rage. Pour aider l'enfant à travailler son passé, il doit se sentir libre d'exprimer ses sentiments sans être puni ou ridiculisé. Après avoir travaillé ces sentiments, il peut alors retravailler son modèle opérationnel négatif. Il apprendra que s'il a un sentiment très puissant (un de ceux qui menacent de le submerger) Maman sera là pour l'aimer et prendre soin de lui, et il apprendra ainsi à faire confiance.

Une autre forme de maintien est le "processus Z" de Robert Zazlow (Zazlow et Menta, 1975). Il a développé cette technique pour traiter l'autisme infantile. Il décrit l'autisme comme "une forme extrême d'échec à développer des attachements normaux" (Zazlow et Menta, 1975, p.63). Sa méthode de réduction de la rage implique donc de maintenir physiquement l'enfant pour le confronter et travailler à travers la rage et la résistance motrice de façon à réinstaurer une relation positive avec le thérapeute. Généralement la thérapie est utilisée pour provoquer la rage. Zazlow croit que la rage dans le maintien est la dernière résistance du négativisme et aussi le commencement d'un comportement positif (Zazlow et Menta, 1975).

Tout comme Welch, il croit que les raisons d'utiliser le maintien sont de rétablir la confiance en créant une situation de crise dans le but de régénérer le cycle de la confiance et par conséquent un lien. Plus l'enfant est âgé plus ses mécanismes de défense sont sophistiqués. Quand un enfant est adolescent avec des années de souffrance et de rejet, les niveaux d'intrusion doivent augmenter pour faire face à ses défenses. Au niveau le plus intrusif de la thérapie du maintien, le thérapeute utilise des techniques destinées à assurer sa sécurité et celle de l'enfant. L'enfant est enveloppé dans une couverture et physiquement maintenu par plusieurs adultes. Ce processus en lui-même enlève tout contrôle à l'enfant, créant un sentiment d'impuissance. Enlever le contrôle à l'enfant est très important parce que finalement les enfants qui contrôlent les adultes ne se sentent pas en sécurité (Gruen et Prekop, 1986). Maintenant qu'on a enlevé le contrôle à l'enfant, il peut se sentir libre d'exprimer ses sentiments.

Les critiques de la thérapie du maintien/attachement la considèrent comme abusive. James (1989) note que si elle est mal utilisée, elle pourrait traumatiser un enfant déjà traumatisé. Il est certain que la thérapie du maintien/attachement est intrusive et provocatrice. Ceux qui ont des problèmes non résolus d'abus, de perte, de deuil, de colère, de souffrance seront émotionnellement perturbés en présence du processus de maintien. De nombreuses personnes avec ces difficultés pourraient trouver cette thérapie physiquement et émotionnellement abusive. La plupart de ceux qui ont travaillé avec ce processus et ont été maintenus cependant ressentent une confiance calme dans ce processus, alors qu'ils ont toujours peur du maintien physique.

L'efficacité de la thérapie du maintien/attachement décroît au fur et à mesure que l'enfant approche de ses 17 ans (Ramsey, communication personnelle, 1994). Par conséquent il est important de commencer le traitement tôt.

Les adultes qui souffrent de troubles de l'attachement peuvent aussi bénéficier d'un traitement, mais seulement s'ils sont particulièrement motivés pour faire le travail de maintien. Ils doivent souvent s'engager dans ce type de traitement sans le soutien émotionnel de leurs parents, ce qui rend le travail particulièrement douloureux.

c. Désensibilisation et reprogrammation par les mouvements oculaires

La désensibilisation et la reprogrammation par les mouvements oculaires (EMDR) a été développée par Francine Shapiro en 1987 et est utilisée avec des enfants, des adolescents et des adultes présentant divers symptômes et problèmes tels que dépression, anxiété, phobies, états de stress post-traumatiques (Shapiro, 1995, 1997). L'EMDR a aussi prouvé son efficacité chez les enfants de divorcés et les victimes dans l'enfance de maltraitance physique, émotionnelle et sexuelle, de négligence et de rejet parental (Lovett, 1999).

L'EMDR est née un jour que Francine Shapiro, psychologue, se promenait dans un parc, absorbée dans des pensées noires et troublantes. Ses yeux se mirent à osciller de façon similaire aux mouvements oculaires rapides qui se produisent dans le rêve. Elle se sentit alors l'esprit plus léger.

S'appuyant sur l'hypothèse que les mouvements oculaires peuvent contribuer à atténuer les traumatismes, Francine Shapiro entreprit des recherches en utilisant initialement son doigt pour guider les yeux de ses patients. Grâce à de nouveaux protocoles et techniques,

l'EMDR s'applique maintenant au traitement de la toxicomanie, des troubles anxieux et dépressifs. À Ottawa, le Dr Lynn collabore à la production d'un logiciel sur l'EMDR qui inclura des méthodes de traitement adaptées aux patients sourds ou aveugles par le biais du toucher ou de fréquences rythmiques.

Même si l'EMDR connaît une popularité grandissante, on lui reproche de ne pas avoir été soumis à suffisamment d'études contrôlées pour étayer son efficacité. Pourtant les recherches avancent à grands pas. Dans le cadre d'une étude menée par le HRI Hospital de Brookline, au Massachusetts, on a observé que les images du cerveau de dix personnes montraient des régions cérébrales actives différentes avant et après l'EMDR, ce qui pourrait indiquer que cette thérapie est plus qu'une passade.

La partie la plus intéressante de la théorie de Shapiro (1995, 1997) est son hypothèse que le traumatisme entraîne un blocage du système de traitement de l'information. L'obstruction neurologique amène l'incident, ou la série d'incidents, à rester sous sa forme génératrice d'anxiété, forme complète avec les images perçues à ce moment, les émotions, les sensations et les évaluations négatives de soi. Ceci veut dire que les conclusions formées pendant un temps de traumatisme sont gelées.

Le vécu d'un traumatisme peut aussi avoir un impact sur les transitions de développement critiques (Pynoos, Steinberg et Goenjian, 1996). De façon caractéristique les enfants perturbés ne font pas montre d'un comportement émotionnel congruent avec leur âge chronologique. Il est tout à fait habituel qu'un enfant de 12 ans, intellectuellement brillant, montre les réactions émotionnelles et les comportements d'un enfant beaucoup plus jeune.

Sur la base des théories combinées de l'attachement et de la perte, de l'interaction symbolique et de l'EMDR, le Family Attachment and Counseling Center du Minnesota a imaginé une méthodologie qui transformerait le modèle opérationnel interne négatif de l'enfant et qui fournirait un mécanisme qui permettrait à l'enfant de "grandir" émotionnellement et dans ses comportements. En faisant cela ils posent le postulat que les difficultés de raisonner de cause à effet et le manque de conscience de l'enfant devraient s'améliorer au fur et à mesure que son âge émotionnel et son âge chronologique deviennent plus congruents.

Ils proposent que le parent, plutôt que le thérapeute, soit le premier agent de guérison. Plutôt que de se baser sur la force de la relation entre l'enfant et le thérapeute ou sur la compétence du thérapeute à changer le système familial, ils voient le rôle du thérapeute comme un facilitateur du fonctionnement parental.

Ils considèrent d'abord l'histoire du traumatisme préverbal de l'enfant. Bien que certains enfants se souviennent d'événements traumatiques, d'autres montrent qu'ils ont une mémoire corporelle et une réponse au stress altérée comme l'a décrit van der Kolk (1994). Quand les expériences précoces comprennent la peur, l'impuissance, l'imprévisibilité, la colère, la faim et la douleur, le résultat peut être une labilité émotionnelle, une impulsivité dans le comportement, des irrégularités cardio-vasculaires et une anxiété accrue (Perry, 1994). En se basant sur cette recherche, ils ont trouvé qu'il était nécessaire de développer des techniques thérapeutiques qui aideraient le parent à modifier les conclusions les plus primitives de son enfant.

1) Refaire le récit (par le parent)

Poussés par le désir de fournir au parent une technique de guérison, ils ont mis en route un procédé appelé "refaire le récit". Après un enseignement, un consentement éclairé et un contrat avec l'enfant, ils demandent au(x) parent(s) de s'asseoir dans un fauteuil à bascule et de prendre l'enfant dans ses bras de la même façon qu'il tiendrait un bébé. Généralement la mère commence le récit par "si j'avais été là le jour où tu es né ...". Des récits peuvent être racontés pour expliquer à l'enfant l'histoire de son traumatisme, pour l'aider à trouver des solutions, pour une éducation au développement et pour lui enseigner l'empathie et un comportement moral. Les parents utilisent aussi les récits pour faire passer des valeurs familiales, la foi, l'histoire et les rites.

Le support théorique de "refaire le récit" est basé sur une recherche qui souligne que c'est une tâche de développement normale pour l'enfant d'organiser le récit de vie avec un début, un milieu et une fin. Par opposition, les enfants exposés à des ruptures ou à la violence familiale construisent typiquement un récit de vie chaotique (Osofsky, 1993). En reconnaissant la théorie de l'interaction symbolique, on espère que le récit du parent fournira la définition verbale nécessaire pour que l'enfant puisse intérioriser une nouvelle perspective de vie.

Au début les thérapeutes étaient assez actifs et dirigeaient les récits du parent. Quand il est devenu évident que l'impact était vraiment positif, les parents ont été admis à diriger l'effort thérapeutique. Ce changement demande aux thérapeutes d'abandonner leur travail traditionnel d'enseignant et de spécialiste et de donner la possibilité aux parents de tenir à la fois le rôle du parent nourricier et celui du professionnel objectif.

Les enfants dont les relations d'attachement précoces ont été endommagées par la maltraitance et la négligence ont souvent des difficultés à avoir des relations aimantes et réciproques qui récompensent leurs parents. Le changement de statut permet au parent de voir le comportement difficile, violent de l'enfant avec l'œil objectif d'un professionnel, tandis que simultanément il met en place l'amour inconditionnel d'un parent. Le résultat est que le parent est récompensé en étant partie du processus d'évolution de l'enfant plutôt que d'espérer un amour et une appréciation mutuels et immédiats comme mesure de sa compétence parentale.

Quand on évalue les récits des parents, il y a quelques thèmes communs. Les récits représentent toujours l'idéal de la parentalité et transmettent la conviction que "dès le moment de ta conception, tu étais un enfant qui méritait d'être désiré, chéri, célébré, aimé et soigné par des parents responsables." Les récits n'essaient jamais de modifier l'histoire actuelle de l'enfant. L'enfant est plutôt amené à voir de nouvelles possibilités de pensées positives à son sujet et au sujet des autres.

2) EMDR (par le thérapeute)

De concert avec le récit du parent, le thérapeute emploie l'EMDR. L'hypothèse est que les mouvements oculaires ou les stimuli alternants tels que les tapotements, utilisés dans l'EMDR mettent en route un mécanisme physiologique qui active le système de traitement de l'information. Ce processus semble avoir un effet sur la définition verbale qui accompagne l'événement. Plutôt que d'être pour toujours enfermé dans la connaissance qui a accompagné le traumatisme, une nouvelle conclusion plus adaptée est trouvée (Shapiro, 1995).

L'application de l'EMDR consiste en des stimuli alternés (tapotements) pendant que le parent introduit son récit positif et plein d'amour. Ce processus est théoriquement consistant avec le concept de l'EMDR de l'entrelacement cognitif qui est utilisé pour aider le patient à assimiler des conclusions nouvelles et positives sur la vie (Shapiro, 1995). Dans cette méthodologie, les récits nourrissants du parent fournissent le plan d'un modèle opérationnel interne neuf et bénéfique, alors que l'EMDR accomplit son assimilation au niveau neurologique.

L'EMDR est aussi utilisé pour aider l'enfant à travailler ses souvenirs cognitifs de maltraitance, de négligence et d'abandon et les sentiments de peur, d'anxiété et de rage qui accompagnent souvent un tel traumatisme.

3) Découvrir le sens du comportement

Le partenariat thérapeutique avec le(s) parent(s) comprend la découverte du sens du problème de comportement de l'enfant. En accord avec les théories de base, cette étape se concentre sur l'identification des modèles opérationnels internes de l'enfant ou ses points de vue.

Les enfants commencent leur thérapie avec les représentations négatives attendues et décrites par Bowlby (1969/1972). La plupart ont un système de croyance qui ressemble à ceci: "Je dois être vraiment très mauvais pour avoir mérité la façon dont j'ai été traité dans ma famille biologique; il n'est pas bon de faire confiance aux adultes ou à ceux qui détiennent l'autorité; la seule façon de survivre est de tout contrôler; je suis vraiment mauvais et mes mauvais comportements montrent qui je suis; je ne sais rien faire de bien; je mérite d'être détesté; les autres méritent ma haine."

Cet ensemble de croyances ne peut cependant pas être employé pour comprendre le point de vue individuel de l'enfant sur le sens de l'histoire de sa vie. Les thérapeutes sont attentifs à ne pas laisser penser à un enfant que nous connaissons ses pensées ou ses conclusions. La confrontation directe avec le processus de pensée de l'enfant, que ce soit par le parent ou par le thérapeute, ne devrait pas faire partie de la méthodologie. Le parent utilise plutôt le récit pour toucher des domaines où il sait intuitivement qu'il y a un problème pour l'enfant.

Une mère d'un adolescent perturbé, suicidaire croyait intuitivement que son enfant avait vécu un traumatisme prénatal. Ses récits d'amour, d'affection et de fête se concentraient sur la période prénatale. Finalement, l'adolescent lâcha "j'étais une erreur, j'aurais dû mourir." La recherche pour comprendre la puissance de motivation de ce point de vue met en parallèle les grossesses non désirées, les tentatives d'avortement et les suicides et la criminalité juvénile (Janus, 1997).

4) Chercher les avantages cachés – le sens de l'opposition

La description la plus commune du comportement des enfants avec des troubles de l'attachement, c'est l'opposition qu'ils manifestent. Les échanges verbaux avec les parents sont souvent caractérisés par le manque de respect, les reproches et les accusations. La tentation des parents et des thérapeutes est de conceptualiser cette opposition comme un aspect du besoin de l'enfant de tout contrôler. Bien que les enfants souffrant de troubles de l'attachement présentent des problèmes de contrôle (Solomon, George et de Jong, 1995), le comportement

d'opposition peut aussi être une tentative de camoufler une incapacité. C'est aussi une manifestation de leur souffrance.

Comme il est dit plus haut, il est fréquent que les enfants souffrant de troubles de l'attachement présentent un développement émotionnel gelé. Certains centres utilisent en routine l'Echelle de Comportement Adaptatif de Vineland (Sparrow, Balla et Cichetti, 1984) qui inclut des items sur la communication réceptive, expressive et écrite. Bien que les recherches dans ce domaine ne soient pas encore terminées, une première évaluation des données suggère que la plupart des enfants en traitement a des difficultés substantielles à être certains du sens de ce qui leur est dit. Plutôt que d'admettre son manque de compréhension, l'enfant devient opposant. Il sauve la face pour ne pas montrer sa fragilité.

Quand l'équipe thérapeutique a considéré ce nouveau moyen de voir l'opposition de l'enfant, un changement s'est opéré dans la façon dont les parents évaluent le comportement de l'enfant. Un enfant de 6 ans très opposant est devenu compliant de façon très enthousiaste quand ses parents se sont mis à utiliser un langage clair, concis pour faire des demandes, plutôt que les explications longues et abstraites qui étaient leur habitude. Cet enfant est typique de beaucoup d'enfants. Derrière la façade d'opposition, il y a souvent un enfant qui veut réellement être coopérant.

5) Résultats

Les parents qui commencent le programme présentent souvent de la souffrance et de la colère dirigée contre leur enfant. Au début le centre était tenté de traiter le parent avant de commencer la thérapie. En progressant, il est devenu évident que le récit parental, en se concentrant sur ce que le bébé mérite, permet à la mère d'expérimenter l'empathie naturelle et le lien entre la mère et le nouveau-né et fournit la base de la guérison de la relation parent-enfant. On suppose aussi que l'audition des tapotements de l'EMDR contribue à modifier le point de vue parental.

Les thérapeutes étaient aussi préoccupés par la capacité parentale à nourrir l'enfant alors que leur propre relation d'attachement est endommagée. Les rapports des parents suggèrent que ces affiliations sont symboliquement guéries quand le récit se concentre sur l'idéal positif de ce que mérite chaque enfant.

La sophistication des techniques thérapeutiques employées dans le récit parental a été une expérience d'humilité. Il est fréquent d'observer des parents sans formation professionnelle utiliser des techniques telles que le paradoxe, le recadrage, la restructuration et l'accompagnement de la résistance.

Il est fréquent que les parents corrigent d'eux-mêmes les styles inefficaces et modèlent leur façon d'être parents sur l'idéal présenté dans le récit.

Les enfants qui terminent le programme ne présentent pas tous bien sûr un succès égal ou un standard de perfection. Certains sont compromis par une exposition prénatale à l'alcool. D'autres ont des problèmes de tempérament et des problèmes psychiatriques d'origine génétique ou des handicaps neurologiques permanents, suite à des traumatismes de la petite enfance. Bien que toutes ces influences aient un effet sur le niveau de fonctionnement, elles ne compromettent pas nécessairement la capacité de l'enfant de répondre à la vie et à ses parents adoptifs d'une façon qui ait du sens.

En conclusion, le progrès est mesuré par l'étendue du changement du modèle opérationnel interne de l'enfant. Le changement de point de vue décrit en réalité une nouvelle attitude de résilience. Le récit de la vie réussie de l'enfant inclut maintenant la confiance dans la disponibilité des nouvelles figures d'attachement et fait des projets pour un futur plein de sens. Ceci est en congruence avec la recherche qui trouve que la résilience est un processus plutôt qu'un aspect inné (Egeland, Carlson et Stroufe, 1993; Stroufe, 1997). Les thérapeutes croient que leur partenariat avec les parents est indicateur du processus de guérison nécessaire pour un nouveau point de vue résilient de la vie.

En Belgique, l'Institut Milton H.Erickson de Belgique dispense une formation sur l'hypnose pour professionnels de la santé qui comprend une formation à l'EMDR <http://membres.lycos.fr/confhygnos/Belletpat/formation.html>

8. A l'école

Nous travaillons avec des enfants difficiles. Comme parent d'enfant avec des troubles de l'attachement, la question "que faire par rapport à l'école?" est un dilemme intéressant.

Pourquoi voulez-vous que l'enfant soit à l'école? A y répondre honnêtement, il y a une petite raison notamment qui est celle-ci: "il/elle sera hors de mes pieds pendant quelques heures." Ceci peut être un sujet de questionnement, mais au moins c'est une bonne raison: vous occuper de vous-même, et avoir un peu "d'espace". Mais les professeurs et l'école ne devraient jamais être vus comme de "glorieux baby-sitters". Ils en ont un certain ressentiment, bien justifié d'ailleurs. Troubles de l'attachement ou pas, tout enfant a droit à des apprentissages, notamment des relations sociales.

Donc, il y a une raison thérapeutique extrêmement importante pour envoyer l'enfant à l'école. Les résultats scolaires et le comportement à l'école peuvent être un indicateur sur la façon dont l'enfant sera capable de fonctionner dans la société.

Si l'école publique ne marche pas, pourquoi ne pas essayer une école privée? Peut-être dans certains cas serait-ce une meilleure solution pour un enfant avec des troubles de l'attachement. On y trouve souvent de plus petites classes et plus d'attention individuelle.

Avant de l'inscrire dans une école, assurez-vous qu'il y a des professeurs qui ont de l'expérience avec les enfants extrêmement difficiles.

Que ce soit dans une école privée ou publique, voici quelques suggestions pour que cela marche. D'abord et avant tout, demandez à rencontrer le professeur et le directeur avant le début de l'année ou quand vous inscrivez l'enfant. Lors de cette réunion, soyez HONNETE et PRECIS. Expliquez au professeur quelques-unes des attitudes de l'enfant qui ont entraîné des problèmes scolaires antérieurs. Les enseignants apprécient aussi de connaître ce qui a marché et ce qui n'a pas marché auparavant en matière de contrôle des comportements inappropriés. Cela les aide aussi de savoir comment vous gérez un comportement particulier. Les professeurs sont pratiques, ils veulent sentir qu'ils vont pouvoir faire face tout au long de la journée. Si vous êtes un allié, vous serez grandement apprécié.

Dans cette première réunion, vous devez aussi montrer que vous souhaitez vous porter VOLONTAIRE pour aider lors d'activités de classe. "Y a-t-il un moment où je peux venir aider et vous donner un peu d'air, surveiller la récréation ou les couloirs, et vous permettre de vous asseoir un peu?" Ce genre d'aide peut être très apprécié. En plus d'être volontaire, soyez DISPONIBLE. Si possible, quand c'est demandé, essayez d'aider. Les voyages scolaires ne sont pas si terribles. Par ailleurs cela vous donne l'occasion de parler avec d'autres parents et professeurs et de vous construire des relations importantes.

Après cet entretien et quand l'année scolaire a débuté, il y aura une myriade de questions "Que faire si?..." En voici trois:

Que faire si vous n'avez pas beaucoup d'informations et que vous soupçonnez que cela ne va pas trop bien?

Au minimum, vous devez vérifier une fois par semaine "Avez-vous eu un des problèmes potentiels dont nous avons parlé lors de notre entretien?" "Est-ce que cela a marché de limiter Matthieu à 5 questions par jour?" (notez: ce n'est pas "Comment s'est passée la semaine de Charles?", vous êtes plus intéressé par ce que le professeur ressent ou fait). Les alliés doivent communiquer, soyez attentifs à cela.

Que faire s'il/elle se fiche de tout à l'école?

Tout d'abord, reconnaissez les dégâts. Ne craignez pas de suggérer au professeur et à l'administration "Vous savez, John ne semble pas profiter de l'école pour l'instant. Peut-être devrais-je le garder à la maison quelques jours qu'il puisse y réfléchir en travaillant pour moi (laver les murs, nettoyer le garage, etc...) Peut-être que dans quelques jours il sera capable de se rendre compte que l'école est un privilège." Mettez les détails au point avec le professeur et donnez-lui une pause loin de l'enfant. Dans l'ancien temps, l'école était un privilège et seuls les enfants qui se comportaient correctement étaient autorisés à y aller.

Que faire si l'enfant n'a pas de bons résultats?

C'est une des batailles les plus difficiles à gagner. C'est pourquoi la meilleure stratégie est de rester en dehors de cela. Pour vous sentir un bon parent, donnez du temps et du calme pour les devoirs et soyez disponible pour aider si vous pouvez, mais laissez l'enfant expérimenter les conséquences naturelles de mauvais résultats. Arrêtez de venir au secours de votre maître manipulateur. N'hésitez pas à utiliser l'argument du temps: "Chéri, tu sais ce qu'il y a de bien avec la quatrième année? Ils l'offrent chaque année."

L'école est une question importante et ne n'est pas. Rester dans une classe pendant une année scolaire entière améliore l'image de soi d'un enfant avec des troubles de l'attachement. Cela montre qu'il peut se débrouiller dans un groupe. Les résultats scolaires ne sont pas l'indicateur principal du succès dans la vie. Cela peut aider, mais ce n'est pas le problème le plus important, spécialement avec des troubles de l'attachement. **RATER SA VIE EST PLUS GRAVE QUE RATER SA TROISIEME ANNEE.**

L'école peut être une merveilleuse expérience pour votre enfant et pour vous. Soyez attentif à la réussir!

9. Pour les enseignants

Voici quelques conseils pour gérer un enfant souffrant de troubles de l'attachement en classe :

* Créez une alliance avec les parents. Vous créez une boîte en acier doublée de velours. Les techniques utilisées à la maison et qui marchent devraient être transposées dans tous les autres domaines. Parlez directement avec les parents. Communiquez par téléphone, par e-mail. Ne communiquez pas via l'enfant. Faites confiance à ce que les parents vous disent. Vérifiez toujours les histoires que l'enfant vous raconte.

* Demandez "Qu'est-ce que ta mère penserait de ton comportement?" Demandez à l'enfant de faire des choix (bons et mauvais). Faites réfléchir l'enfant à l'impact de son comportement. Amenez des conséquences logiques chaque fois que c'est possible. Utilisez des phrases telles que "Je ne parle qu'avec les enfants qui me disent la vérité." Pour arrêter un comportement non désiré, faites porter à l'enfant les conséquences de son comportement. En utilisant un travailleur thérapeutique, l'enseignant devrait rester empathique ou en position neutre.

* Les conséquences devraient être naturelles et logiques. C'est bien de reporter la conséquence plus tard dans la journée, mais ne la reportez pas à un autre jour. Utilisez des phrases telles que "Je ne veux pas m'en occuper maintenant. Ne t'inquiète pas, je m'occuperai de toi plus tard." "Ne t'inquiète pas" est la phrase-clé. Vous voulez que l'enfant se concentre sur son comportement et qu'il réfléchisse à ses conséquences.

* L'école ne peut pas se centrer sur le travail scolaire et sur le travail du comportement en même temps. Si le comportement de l'enfant n'est pas sous contrôle, l'enfant ne peut pas apprendre.

* Ne dites pas "Si tu ne fais pas ... " ce sont des mots de lutte pour un enfant qui souffre de troubles de l'attachement. Centrez-vous plutôt sur ce que vous voulez que l'enfant fasse. "Les enfants qui ont fini leur devoir vont manger." L'enfant a le choix: faire son travail et aller manger ou ne pas faire son travail et rester jusqu'à ce qu'il soit fini. Soyez empathique. "Je suis désolé que tu n'aies pas fini ton travail. Peut-être que cela ira mieux demain."

* Concertez-vous avec le thérapeute de l'attachement.

* Etablissez votre position d'autorité. "Je suis le chef." Faites le reconnaître verbalement par l'enfant (Oui, Madame X, vous êtes le chef.) Insistez pour que l'enfant utilise un titre de respect (Madame X et pas quelque chose comme "Eh! Vous"). Insistez sur le contact oculaire quand vous parlez à l'enfant (tout le temps). Insistez sur les bonnes manières. Insistez sur un langage cohérent (pas de murmure entre les dents ou de langage à peine audible). Ne soyez pas désolé pour l'enfant. L'enseignant doit apparaître plus fort que l'enfant qui souffre de troubles de l'attachement, sinon l'enfant ne peut pas faire confiance dans l'enseignant et il cherchera des moyens de l'énerver.

* Evitez les luttes de pouvoir avec l'enfant. "Partagez" le contrôle en lui donnant des choix dans des limites acceptables. "Veux-tu utiliser le crayon rouge ou le crayon jaune?" "Veux-tu faire d'abord les problèmes 1 à 10 ou les problèmes 11 à 20?" Cela donne à l'enfant l'illusion du contrôle. Donnez des choix que vous pouvez accepter. Ne laissez pas à l'enfant plus de 10 secondes pour se décider. S'il n'a pas pris sa décision ou s'il a répondu par autre chose qu'un

des choix proposés, alors c'est à l'enseignant de faire le choix. Gardez la colère et la frustration en dehors des interactions.

* Utilisez les conséquences naturelles et logiques. Reconnaissez les bonnes décisions et les bons comportements. Soyez très spécifique dans vos félicitations ("bravo pour cette bonne réponse, 13 est effectivement la solution!"). Utilisez les encouragements.

* Quand vous donnez des conséquences pour un comportement négatif, évitez les punitions. L'enfant manque de réflexion de cause à effet et perçoit l'enseignant comme quelqu'un qui est là "pour l'avoir". L'isolement, s'asseoir dans une pièce sans rien faire, ne marche pas. Le travail physique marche. **Demandez à l'enfant de nettoyer les tableaux; de nettoyer les pupitres, etc. Ne faites pas de sermon.** N'utilisez pas de système de points, un enfant qui souffre de troubles de l'attachement les utilisera pour argumenter et manipuler. Les systèmes standard de modification du comportement ne marchent pas. Ils ne motivent pas l'enfant. "1-2-3-sanction" n'est qu'une autre occasion de continuer à provoquer.

* Le temps dans la classe, c'est quand l'enfant doit être à côté de l'enseignant et faire son travail. Les moments hors de la classe devraient être brefs et ne concerner que des comportements perturbateurs ou agressifs ou quand l'enfant doit rattraper le travail qu'il n'a pas fait.

* Les enfants qui souffrent de troubles de l'attachement ont besoin de faire une restitution quand ils ont eu des comportements offensants. Si l'enfant blesse quelqu'un d'autre, l'enfant doit faire quelque chose pour celui qu'il a blessé.

* Utilisez l'activité physique pour rediriger les comportements négatifs. Cela ne devrait pas être une punition. Envoyez l'enfant courir autour de la cour "pour qu'il y ait plus de sang qui arrive à son cerveau et qu'il puisse faire de meilleurs choix".

* Ne vous mettez pas dans la situation du mauvais. Utilisez l'empathie. Il est difficile de s'énerver contre quelqu'un qui est gentil.

10. Et si cela ne marche pas ?

Même l'utilisation correcte de techniques d'éducation parentale conventionnelles *et* spécialisées peuvent ne pas "arranger" l'enfant. Même avec les meilleures techniques d'éducation parentale les mauvais comportements de l'enfant et les problèmes de contrôle peuvent persister. A moins que les causes profondément enracinées de ces comportements ne soient découvertes et guéries, l'enfant peut continuer à se comporter de manière anormale. Rarement, mais pour certains dommages, il n'y a pas de traitement. Cela durera toute la vie et continuera à se manifester par une personnalité perturbée et des relations difficiles à l'âge adulte. Nous avons constaté que les parents qui disent avoir des satisfactions avec des adoptions d'enfants qui ont des besoins spéciaux et qui répondent bien aux besoins de leurs enfants perturbés sont ceux qui passent par une évolution au sujet de leurs attentes à long terme pour leur famille. Les parents adoptifs qui réussissent deviennent très flexibles en réaction, pour accepter les limites de leur enfant et les réalités qu'elles imposent. Ils développent de nouvelles attentes et un nouveau modèle de famille qui s'adapte aux capacités de l'enfant plutôt que de rester coincés avec l'image de leur enfance ou leur famille fantasmée. Les parents les plus satisfaits sont ceux qui sont plus orientés vers le processus que

motivés par les résultats. Ils apprécient le défi de s'adapter à chaque stade de développement et aux changements que cela entraîne chez l'enfant. Ils se battent pour être l'avocat des besoins de leur enfant et pour l'intégrer en même temps dans leur famille et dans la société. Ils disent, *J'ai été le meilleur parent possible pour cet enfant, quelle que soit la façon dont il évolue. Mon enfant peut ne jamais avoir de diplôme ou finir en prison, mais j'ai donné à cet enfant les meilleures chances qu'il pouvait avoir.*

Leur idée de la réussite peut être que cet enfant ne commette jamais de crimes contre les personnes, mais seulement contre la propriété. Pour certains enfants qui viennent de milieux violemment maltraitants, et ont une histoire de comportements agressifs et violents, c'est en effet un progrès et un succès. Un parent qui est capable de faire ce changement de réflexion peut trouver de la satisfaction à savoir qu'il a fait une différence positive, même s'il n'a pas réussi en fonction des normes d'une autre famille.

Les familles qui ont des enfants souffrant de troubles de l'attachement et qui ont réussi ne mesurent pas le succès à la façon dont l'enfant se comporte, mais à la façon dont elles s'adaptent et obtiennent ce qu'il faut pour les besoins spéciaux de leur enfant.

Elles ont la sensation d'avoir accompli quelque chose non pas en fonction de ce que l'enfant réussit à faire, mais dans la mesure où elles ont été pleinement participantes au processus de croissance.

Elles trouvent leur épanouissement en se centrant sur les défis qu'amène l'enfant.

Elles montrent un amour plein de curiosité et d'intérêt plutôt que d'inquiétude et de préoccupations.

Elles se rappellent qu'elles sont la meilleure chose qui soit arrivée à cet enfant.

Elles restent orientées vers le présent plutôt que d'être préoccupées ouvertement d'un futur lointain.

Elles sont prêtes et volontaires pour permettre aux besoins de l'enfant et à ses capacités de déterminer les buts et les attentes plutôt que d'essayer de forcer l'enfant à rentrer dans un modèle prédéterminé.

Un parent inspiré commentait, « Beaucoup des parents adoptifs ou d'accueil que je connaissais me disaient à l'occasion des choses telles que 'nous sommes si fiers de John, il est hors de prison depuis près de 3 mois' ou 'Tommy est de nouveau interné pour traitement, et nous sommes très reconnaissants. Il se comporte beaucoup mieux là-bas avec une structure presque militaire et des limites très sévères.' J'avais l'habitude de penser qu'ils n'étaient pas très concernés ou ne se préoccupaient pas beaucoup de leur enfant. Maintenant que je suis un parent thérapeutique, j'ai changé de point de vue. Je réalise, 'Hey, s'il n'y avait pas des gens comme nous, ces enfants n'auraient AUCUNE chance. Ils ne seraient même pas en vie, encore moins hors de prison. Hors de prison pour quelques jours c'est déjà une réussite pour certains jeunes. Avec nous, ils ont une chance. »

Enquête PETALES : Tous les enfants de notre groupe de soutien PETALES ont vu des professionnels à la demande des parents, et 40 % au moins ont vu des professionnels à la demande de la société (école, police, justice).

Psychologue :

40 enfants ont consulté un ou des psychologues (82 %)

Les enfants ont été présentés à des psychologues dès l'âge de 2 ans ½ pour certains, le plus souvent dès l'entrée à l'école primaire. Le suivi s'est souvent interrompu à l'adolescence parce que le jeune n'a plus voulu y aller.

Quelques consultations sont "obligatoires" à la demande de l'organisme d'adoption ou de placement en famille d'accueil. Certaines consultations sont conseillées par l'école, par le SAJ.

Beaucoup d'enfants ont vu plusieurs psychologues différents, jusqu'à 12 pour un enfant.

Certaines consultations sont une demande d'évaluation, d'autres donnent lieu à une prise en charge thérapeutique dont les résultats sont variables.

Tous les parents ne signalent pas les résultats qu'ils ont pu constater suite à la thérapie, mais 20 % signalent que le suivi n'a donné aucun résultat, notamment parce que certains enfants refusent de parler et de collaborer. Dans trois cas, la thérapie a amené l'enfant à porter plainte contre ses parents pour maltraitance, soutenu par le psychologue, puis lors de l'enquête l'enfant a fini par reconnaître qu'il avait menti, mais les psychologues ne se sont rendu compte de rien.

Deux parents signalent des résultats positifs (c'est-à-dire une amélioration du comportement de l'enfant à la maison et/ou à l'école). Un parent parle d'une meilleure gestion de l'anxiété chez son enfant.

Les relations entre les psychologues qui suivent les enfants et leurs parents sont aussi évoquées: dans certains cas les parents, même s'ils ne voient pas de changement dans l'attitude de leurs enfants ont appris à mieux le connaître et le comprendre. Mais on souligne aussi à plusieurs reprises que les parents sont souvent tenus à l'écart du traitement de leur enfant, voire qu'on leur refuse à la fois des informations mais aussi une guidance. Les psychologues refusant généralement de prendre en charge plus d'une personne de la famille, il faut trouver parfois de nombreux psychologues pour les enfants et pour les parents, ce qui n'est pas facile dans des petites villes.

Un enfant a expliqué à ses parents que les psys veulent lui faire dire qu'elle ne s'entend pas avec ses parents alors que ce n'est pas vrai.

Logopède :

23 enfants ont consulté un ou une logopède (47 %), à la demande de l'école, de la famille ou d'un médecin, essentiellement bien sûr pour des troubles du langage, notamment dus à une malformation (fente labio-palatine) ou à la maltraitance (enfant battu sur les lèvres). Les résultats sont jugés bons par les parents. L'autre grand motif de consultation est représenté par les difficultés scolaires, en français et/ou en mathématiques, et là les résultats semblent peu probants.

Psychiatre / pédopsychiatre :

35 enfants ont consulté un psychiatre ou un pédopsychiatre (71 %).

Les consultations étaient demandées le plus souvent par les parents, parfois sur les conseils d'un psychologue ou d'une institution.

Certains parents ont constaté quelques résultats positifs en termes de comportement de l'enfant à la maison, mais la plupart jugent que les consultations de psychiatres ou de pédopsychiatres n'ont pas changé grand chose, voire même de l'avis de quelques-uns ont aggravé la situation. De toutes façons, la plupart notent que l'enfant refuse souvent de collaborer, voire même de parler et qu'à partir du moment où l'enfant est adolescent et un peu plus autonome, il refuse de se rendre aux rendez-vous. Quelques enfants ont été traités par psychotropes (neuroleptiques, Rilatine°).

PMS :

31 enfants ont consulté le PMS (63 %).

La consultation PMS a lieu le plus souvent à la demande ou sur le conseil de l'école, lors des choix d'option, des changements d'orientation, pour envisager un passage en enseignement spécial, un testing de QI et d'aptitudes scolaires ou simplement parce que l'enfant ne travaille pas bien en classe et/ou perturbe les cours.

Les résultats sont jugés variables, certains parents se sentent plus ou moins compris et soutenus, d'autres non. Certains apprécient l'aide et les conseils, les suivent et pensent que l'enfant se trouve bien des orientations conseillées.

Centre de santé mentale :

6 enfants ont consulté un centre de santé mentale (12 %).

Le passage dans un centre de santé mentale sert surtout à permettre le placement en IMP d'un enfant. Il est testé pour établir un dossier à la demande d'un psychiatre pour justifier son placement. Deux enfants sont en thérapie dans un centre de santé mentale, avec les mêmes attitudes que plus haut (refus de participation, mutisme ...)

Centre de guidance :

9 enfants ont consulté un centre de guidance (18 %).

Le centre le plus consulté est celui de l'UCL (5x/9). Les avis des parents sont mitigés, certains y trouvant enfin des explications sur le comportement de leur enfant encore petit, d'autres jugeant qu'on donne raison à l'adolescent même dans des comportements extrêmes.

Hôpital psychiatrique :

14 enfants ont été hospitalisés dans un hôpital psychiatrique (29 %).

Près d'un tiers des enfants ont fait un séjour en hôpital psychiatrique, si on inclut dans la notion d'hôpital psychiatrique les centres pour enfants tels que Feux Follets, La Petite Maison, ou Clair Vallon. Certains enfants ont fait des séjours prolongés dans ces centres.

D'autres adolescents ont fait des séjours de courte durée dans des hôpitaux psychiatriques pour adolescents et adultes (La Ramée, Fond Roy, Erasme, le Centre Thérapeutique pour Adolescents de l'UCL, divers hôpitaux périphériques ...), généralement suite à des comportements de crise et/ou des tentatives de suicide.

Si l'accueil et l'encadrement des enfants dans les centres pour enfants sont jugé positifs et apportant une aide et un soutien tant à l'enfant qu'aux parents, il n'en va pas de même des hôpitaux psychiatriques. Les parents racontent des histoires semblables de psychiatres qui refusent de les recevoir, de les écouter, qui privilégient le jeune et acceptent tout ce qu'il dit sans vérification. Quand il y a des entretiens avec le psychiatre, c'est en présence de l'enfant et les parents en sortent rabaissés et humiliés devant leur enfant.

CPAS :

6 jeunes adultes ne vivent plus chez leurs parents et dépendent financièrement du CPAS de leur localité. (12 %)

SAJ :

20 enfants sont suivis par le SAJ (41 %).

L'intervention du SAJ a parfois lieu à la demande des parents qui se sentent dépassés et cherchent une aide et un soutien pour réaffirmer la loi, plus souvent elle a lieu à la demande de la police suite à des petits faits de délinquance, à la demande d'une institution ou d'une école qui a des problèmes majeurs de comportement avec l'enfant ou parce que l'enfant a accusé ses parents de négligence, maltraitance et/ou abus sexuel.

Certains parents, peu nombreux, se sentent bien accueillis, le problème semble compris et l'enfant est pris en charge et orienté vers une structure adaptée.

Le plus souvent les parents se plaignent d'un manque de compréhension, d'enquête pour vérifier la véracité des plaintes de l'enfant, de suivi du dossier.

SPJ :

9 enfants sont suivis par le SPJ (18 %).

Quand l'enfant entre en contact avec le SPJ, c'est le plus souvent à la demande du SAJ ou du Juge des Enfants.

Les deux tiers des parents dont les enfants ont été présentés au SPJ trouvent que cela n'a servi à rien, que cela n'a apporté aucune solution.

Tribunal de la Jeunesse :

17 enfants ont été présentés au Juge de la Jeunesse (35 %).

Comme pour le SPJ les avis des parents sont partagés. Quelques-uns sont contents des décisions de placement prises par le Tribunal de la Jeunesse, décisions qui ont sauvé leur enfant de la spirale de la délinquance et de la prostitution. D'autres, plus nombreux, trouvent que cela n'a pas servi à grand chose, notamment parce que les lenteurs de la justice ont fait que leur enfant a atteint sa majorité avant qu'il soit possible d'organiser sa comparution, ou parce que la situation était jugée de manière partielle en faveur de l'enfant (ex. quand l'enfant accuse ses parents de maltraitance, le dossier concernant l'enfant est volumineux, celui concernant les parents très mince, pas d'audition, pas d'enquête) ou que le Juge des Enfants par incompréhension a pris des décisions qui ont encore augmenté le handicap social et affectif du jeune.

IMP :

12 enfants vivent ou ont vécu en IMP (24 %).

L'entrée en IMP est le plus souvent demandée par les parents, ou conseillée par le SAJ. Plusieurs parents se disent satisfaits de la façon dont l'IMP comprend la situation, collabore avec eux et prend en charge leur enfant.

Mais plusieurs parents signalent avoir dû "essayer" plusieurs IMP avant d'en trouver un qui convienne à leur enfant et à ses problèmes spécifiques.

IPPJ :

6 enfants vivent ou ont vécu en IPPJ (12 %).

Six jeunes ont fait un ou plusieurs séjours en IPPJ suite à un placement décidé par le Juge de la Jeunesse après fugue, vols, agressions Pour au moins 2 enfants cela les a gravement désocialisés.

Autres :

Tous les parents ont essayé avec plus ou moins de bonheur de trouver ce qui pourrait aider leur enfant dans ses difficultés ou lors d'une crise. Voici un aperçu de ce qui a été essayé :

rencontre avec une adulte adoptée, avec un adulte originaire du même pays, intervention du médecin traitant, d'un kinésithérapeute, d'une psychomotricienne (2 x), suivi psychologique des parents (2 x), placement en famille d'accueil, en maison maternelle, en appartement supervisé, consultation d'un neuropsychiatre (2 x), traitement médicamenteux, hippothérapie, appel de la police lors de crises (3 x), méthode Tomatis (2 x), études en internat (5 x), formation à la communication non violente pour la maman.

LES PARENTS

1. Les sentiments des parents

Nous pouvons ne pas avoir la possibilité de nous en aller sur une île pour avoir quelque répit mais il y a d'autres moyens de prendre soin de nous-mêmes. Un des aspects les plus importants pour prendre soin de soi est de réaliser que la plupart des sentiments que nous ressentons par rapport à notre enfant qui présente des troubles de l'attachement sont normaux étant donné les circonstances. Nous avons besoin de reconnaître ces sentiments de souffrance et pas de les dénier et de les garder ensevelis là où ils s'enveniment et nous poussent à lancer des paroles blessantes à notre enfant et à ceux qui nous entourent.

Nous avons été attaqués dans notre maison et ces attaques viennent principalement de notre enfant mais aussi de ceux qui ne comprennent pas – ou qui ne veulent pas comprendre. Mais nous devons nous rappeler que c'est un enfant très dysharmonique, pas un monstre. Aussi apprenons à être un parent efficace pour notre enfant et apprenons à gérer nos sentiments – en parlant avec les autres qui vivent la même chose ou avec un thérapeute professionnel. Garder ces sentiments pour soi ne fait qu'empirer la situation et nous ne pouvons pas être un parent efficace pour notre enfant si nous ne nous occupons pas de nous-mêmes.

Les mamans d'enfants souffrant de troubles de l'attachement ont en commun beaucoup d'émotions, bien que la plupart des mamans soient étonnées d'apprendre que les autres pensent (ou ont pensé) la même chose.

Il est important de les reconnaître, parce qu'à moins qu'un parent ne puisse dépasser ses émotions préjudiciables (et ses conceptions erronées) l'enfant aura des difficultés à guérir et les autres relations seront perturbées.

AUTO-REPROCHE: de nombreuses mamans ont la conception erronée qu'elles devraient être capables de résoudre les problèmes de leur enfant (c'est le syndrome de la super-maman). Le pire de tous les sentiments! Nous sommes des anges, pas des dieux!

CULPABILITE (à beaucoup de niveaux):

- 1) de ne pas pouvoir mieux faire, beaucoup d'entre nous avons déjà perdu notre calme (ou pire) avec notre enfant,
- 2) à propos de ce que nous ressentions envers notre enfant: il faut l'admettre ... leur trouble les rend difficile à apprécier, voir à aimer à certains moments,
- 3) parce que "nous" laissons tomber notre famille (encore l'histoire d'être Dieu),
- 4) que nous ne passons pas suffisamment de temps valable avec nos autres enfants, notre conjoint, et à nous occuper de nous-même,
- 5) parce que nous allons avoir du mal à pardonner à notre enfants ses comportements passés ... GRANDE CULPABILITE!
- 6) parce que nous sommes en colère contre Dieu qui nous a donné ce défi immense.

COLERE (ou sensation de trahison ou de frustration...)

- 1) contre nos maris parce qu'ils ne nous croient pas ou ne remarquent pas les étranges manipulations de l'enfant, parce qu'ils ne comprennent pas, parce qu'ils ne nous soutiennent pas émotionnellement, parce qu'ils contrecarrent nos nouvelles techniques éducatives (habituellement en s'énervant), parce qu'ils ne s'impliquent pas en utilisant les nouvelles techniques éducatives ou en lisant les livres, parce qu'ils "sauvent" l'enfant quand il n'a pas besoin d'être sauvé, parce qu'ils ne nous aident pas quand nous avons besoin d'être aidées, parce qu'ils nous laissent tout sur le dos,
- 2) contre le système ou les organismes d'adoption parce que nous leur avons lancé des appels à l'aide pendant des années pour ne recevoir que des mauvais conseils et des reproches en retour,
- 3) contre notre enfant qui a des troubles de l'attachement parce qu'il nous fait cela à nous! – nous le prenons personnellement (*nous voyons parfois l'enfant "comme" le trouble à la place d'un enfant "avec" un trouble émotionnel*),
- 4) contre la famille et les amis parce qu'ils nous disent des choses comme "Tous les enfants font cela!" ... et ne comprennent pas comment est notre vie,
- 5) contre nous-même parce que nous ne sommes plus notre "ancien moi" agréable à vivre,
- 6) contre Dieu: pourquoi moi?
- 7) contre tous ceux à qui vous avez dû expliquer le problème et vous avez dû l'expliquer à tant de gens.

MEFIANCE:

- 1) de nous-même – de nos capacités (sentiment d'impuissance),
- 2) du système,
- 3) des professionnels (nous avons reçu tellement de mauvais conseils que nous nous méfions même des bons conseils),
- 4) des autres soutiens.

DESESPOIR – PERTE D'ESPOIR: "Cela ira-t-il mieux un jour?" "Pourquoi lire encore un autre livre? Cela ne sert à rien." "Je suis fatiguée."

ISOLEMENT ET SOLITUDE (personne ne comprend et nous "croyons" que nous ne pouvons pas avoir de répit de notre enfant à problème)

VICTIMISATION ET REPROCHES

SENTIMENT D'ACCABLEMENT: beaucoup de mamans souffrent de dépression, de syndrome de stress post-traumatique

IMPUISSANCE ET SENTIMENT D'INCOMPREHENSION

Parler et mettre au clair ses sentiments en les reliant aux besoins sous-jacents est d'une grande aide et nécessaire à la fois pour nous et pour notre famille. Le thérapeute de l'enfant peut être la meilleure ressource. On peut demander une séance séparée, ce n'est pas pour les oreilles de l'enfant. Les thérapeutes pourraient penser à mettre en route des séances à ce propos.

2. Le deuil tel que le vivent les parents d'un enfant souffrant de troubles de l'attachement

Les étapes du deuil telles qu'elles ont été décrites par Elisabeth Kubler-Ross concernent habituellement ceux qui ont perdu un être cher; cependant ces étapes sont aussi vécues par tout qui expérimente une perte de quelque sorte que ce soit. Une personne peut être en deuil de beaucoup de choses, telles que la perte d'un emploi, un mariage, la santé ou même une possession matérielle. Dans chaque cas, il y a l'expérience d'une perte. En fonction de la gravité de cette perte combinée avec la personnalité de l'individu concerné, les étapes du deuil peuvent durer de quelques minutes à une vie entière.

Le processus de deuil est extrêmement difficile pour les nouveaux parents adoptifs d'enfants qui présentent des troubles de l'attachement parce qu'il commence presque instantanément avant même qu'il y ait eu un temps suffisant pour que les parents puissent créer des liens avec leur nouvel enfant. La création de liens est retardée par la distance émotionnelle de l'enfant qui présente des troubles de l'attachement. Les parents ressentent des émotions conflictuelles entre la tristesse devant l'enfant et son passé et la tristesse pour eux-mêmes devant la perte d'un environnement familial stable qu'ils peuvent contrôler et dont ils peuvent profiter. Les parents doivent décider s'ils peuvent supporter d'élever un enfant qui manque de ressources internes pour leur réciproquer leur amour en participant volontairement à la vie familiale. Que les parents choisissent de finaliser ou d'interrompre l'adoption, il y a une perte.

Voici une variante du modèle de Kubler-Ross sur les étapes du deuil qui a été adaptée au sentiment de perte que les parents d'enfants souffrant de troubles de l'attachement ressentent au fur et à mesure qu'ils progressent vers un niveau plus élevé d'adaptation.

1. **le choc** – Après une brève lune de miel, pleine d'excitation et de rêves d'idéalisme, arrive l'évidence que l'enfant n'est pas en bonne santé. Même quand on a expliqué aux parents les comportements passés de leur enfant, beaucoup ne comprennent pas l'étendue réelle de ce que ces comportements entraînent tant qu'ils n'ont pas connu la vie avec cet enfant. On peut avoir des sentiments de confusion et de torpeur.
2. **le déni** – Le déni protège notre bien-être émotionnel du choc. On peut trouver des excuses à l'enfant telles que: l'enfant ne comprend pas mes instructions; il a besoin de plus de temps pour s'adapter; j'attends trop et trop tôt; je n'ai probablement pas perçu la situation correctement.
3. **la colère** – On est en colère contre l'enfant obstiné, contre la famille biologique, les services de protection de l'enfance, le système judiciaire, ou tout qui a pu prendre part dans ce processus qui a endommagé l'enfant. On peut aussi être en colère contre le conjoint pour son manque de soutien ou même contre certains membres de la famille pour leur manque d'acceptation et de compréhension. Souvent ces sentiments de furie sont surprenants pour la personne qui les expérimente.
4. **la dépression** – la colère sans solutions peut entraîner des sentiments d'isolement et de désespoir. On se sent émotionnellement paralysé. On peut avoir l'impression d'être de l'extérieur en train d'observer des étrangers dans sa propre maison. Les conversations avec les amis sont superficielles et frivoles.
On a besoin d'un soutien.

5. **les symptômes physiques de détresse** – Le symptôme le plus commun est la préoccupation des pensées dirigées contre l'enfant. On peut essayer très fort de penser à autre chose, l'enfant malade domine sans cesse l'esprit. D'autres symptômes de détresse peuvent être: des ulcères de l'estomac, des maux de tête, de la nervosité, un manque de sommeil, des difficultés pour respirer, des problèmes digestifs, un manque d'appétit ou des fringales incontrôlables.
6. **incapacité de retrouver des activités normales** – L'enfant avec des troubles de l'attachement ne permet pas à la famille de continuer ses activités routinières sans remous. Les parents peuvent aussi trouver que leur couple souffre d'un manque de temps de qualité l'un avec l'autre. Beaucoup ne trouvent pas de baby-sitter qui soit capable de s'occuper d'un enfant émotionnellement perturbé.
7. **sentiments de culpabilité** – On se sent coupable d'un manque de capacités parentales en n'étant pas capable d'amener de bons résultats chez son enfant. Un parent peut aussi se sentir coupable de ses sentiments d'ambivalence envers son enfant et se demander ce qui lui manque dans son propre caractère qui fasse qu'il ne se sente pas plus lié. Un examen approfondi de son propre rôle dans la relation peut en fait amener à se pardonner et à prendre des décisions.
8. **surmonter progressivement le deuil** – la décision de faire quelque chose soit en arrêtant soit en finalisant l'adoption. De toute manière, c'est un nouvel espoir pour l'enfant et pour sa propre vie de famille. Si on décide de finaliser l'adoption, on va utiliser des techniques de contrôle du comportement de l'enfant avec l'aide d'un thérapeute qui va aussi commencer un suivi émotionnel. L'équilibre émotionnel des parents se rétablit progressivement.
9. **réajustement à de nouvelles réalités** – l'acceptation et la volonté d'investir dans une toute nouvelle réalité. Une réalité où vous être plus fort parce que la plupart de vos capacités de parents, de relations et de ressources internes ont été mises à l'épreuve.

Les nouveaux parents d'enfants avec des troubles de l'attachement peuvent trouver de l'aide en sachant que ces étapes sont une partie normale de la période d'ajustement. Les parents auront aussi une meilleure compréhension de leur enfant alors que lui aussi devra passer à travers les mêmes étapes de deuil et de perte avant d'atteindre l'étape finale d'ajustement de la même façon.

Etre parents d'enfants adoptés est différent d'être parents d'enfants biologiques. Une des différences cruciales, c'est qu'être parents adoptifs entraînera plus probablement des problèmes d'attachement pour les enfants, les parents et la famille. Les problèmes d'attachement qui surviennent dans la famille peuvent empêcher que se développent des relations familiales saines. Pour élever avec succès une famille où il y a des problèmes d'attachement, les deux membres du couple doivent avoir une relation qui est tellement résiliente et forte que ni la pluie, ni la boue, ni la grêle, ni les enfants (biologiques ou adoptés) ne pourront dénouer le lien.

Etre parents adoptifs est très différent d'être parents biologiques.

Etre parents adoptifs signifie créer une famille à partir d'une perte. Les adoptés perdent leur famille de naissance, les parents de naissance perdent leur enfant génétique et les parents adoptifs doivent faire face à la perte de la capacité d'engendrer et/ou la perte de leur enfant

fantasmé. Etre parents adoptifs c'est aussi être parents entourés d'une famille, d'amis et d'une communauté qui manquent d'informations sur l'adoption.

Etre parents adoptifs c'est créer une famille avec des enfants qui avaient des relations porteuses de sens avant leur vie avec leurs parents adoptifs. L'adopté avait des connexions antérieures avec une famille de naissance, des familles d'accueil, des soignants dans les orphelinats, etc., qu'elles soient ou non reconnues. Les parents doivent comprendre la dynamique de l'adoption qui résulte de cette variété de relations. Cette dynamique, cette variété, crée la zone grise, l'équilibre, les limites.

Les limites peuvent être intrusives ou en retrait. Elles peuvent être irritantes ou peuvent sensibiliser. Elles peuvent être ignorées ou reconnues. Elles peuvent être des obstacles aux relations familiales ou créer des occasions pour les parents de donner des leçons de vie (comment résoudre un problème, comment communiquer efficacement, comment s'occuper de soi-même sans devoir être contrôlé, comment exprimer des émotions intenses, comment faire des erreurs dans ses relations, comment participer à une relation de confiance dans les pires moments, comment demander de l'aide aux autres).

3. Le cycle de l'attachement et la relation de couple

L'attachement appelle des relations. La base de toutes les relations saines c'est la confiance, et ce que nous découvrons de la confiance quand nous sommes bébés affecte notre capacité d'avoir des relations positives et durables le restant de notre vie sauf si nous développons notre capacité de résilience.

Si nous avons la chance pendant notre première année de vie d'avoir des parents aimants et nourrissants, qui s'occupent efficacement de nos besoins en nous tenant, en nous berçant, en nous souriant, en nous donnant à manger, et en nous gardant propres et au chaud, nous apprenons à faire confiance. Nous apprenons que le monde est un endroit sûr et qu'il est bien de dépendre des autres pour être aidé. Nous apprenons que nos parents sont géniaux parce qu'ils nous protègent et nous donnent du confort. En grandissant, nous pouvons projeter cette confiance sur les autres figures d'autorité et sur le monde qui nous entoure. Nous pouvons être sincères avec les autres et créer des relations durables. Nous pouvons avoir des relations réciproques et montrer de l'empathie.

Il s'ensuit que si nos besoins ne sont pas reconnus précocement, nous ne pouvons qu'apprendre que nous ne pouvons pas faire confiance aux autres et que nous devons nous occuper de nous-mêmes. Puisque nous ne faisons pas confiance, nous ne pouvons pas être sincères et avoir des relations saines et durables. Nous voyons les autres, en particulier les figures d'autorité (et spécialement les parents) comme des gens dont il faut se méfier, ils ne peuvent pas vraiment s'intéresser à nous. Nous apprenons très tôt que nous ne valons pas la peine d'être aimés et que l'amour n'est pas sûr et que faire confiance peut signifier la mort. Nous n'osons pas donner de nous-mêmes. Nous avons appris qu'il est plus sûr de ne rien ressentir, que l'empathie est un mot étranger. Puisque nous avons intériorisé que nous ne valons pas la peine qu'on s'occupe de nous, comment pourrions-nous nous préoccuper de quelqu'un d'autre? Cette pensée intériorisée est à la base des problèmes d'attachement.

Quand deux personnes se rencontrent, passent du temps ensemble, apprennent à se connaître, développent des sentiments et décident de se marier, un cycle commence qui est

semblable à celui de la première année de la vie. Il y a eu et il y aura des besoins qui doivent être rencontrés. Si les besoins sont rencontrés, la confiance et l'amour se développeront plus profondément. Le couple peut donner et recevoir de l'amour et comprendre les sentiments l'un de l'autre. Si les besoins ne sont pas rencontrés, la relation peut se terminer ou peut continuer sur des fondations branlantes d'un amour sur ses gardes et d'un manque de confiance.

4. Devenir créatif dans sa relation de couple

Imaginez une relation de couple basée sur un amour sincère, sur la confiance et le dévouement. Le couple veut des enfants et pour quelque raison que ce soit, décide d'adopter. Quand un enfant est finalement placé dans leur maison, ils connaissent la joie d'un succès d'équipe. En couple, ils ont réussi à traverser les obstacles administratifs et supporté la curiosité de tous ceux qui se trouvaient entre eux et leur enfant. Ils se sont soutenu l'un l'autre dans cette période très stressante. Ces parents sont épuisés!

Arrive un enfant qui a appris de la vie qu'il est mauvais et ne vaut pas la peine qu'on l'aime et qu'il ne faut pas faire confiance aux parents. Peu importe la patience des parents, l'enfant ne peut pas arriver à faire confiance, à aimer ou même à appartenir à la famille. L'enfant se sent obligé de prendre le contrôle en divisant et en conquérant (faire en sorte que maman ait l'air folle en étant très méchant avec elle et en se comportant comme un petit saint quand papa est là). De telles dynamiques amènent les familles en thérapie et parfois chez les avocats pour un divorce. Pour garder leur couple fort dans de telles conditions, les parents doivent développer des stratégies créatives pour améliorer leur façon d'être parent.

La base des stratégies créatives réside dans ce truisme: si nous partons d'une base commune, ce n'est pas un combat, c'est une investigation. La base commune c'est la relation de couple résilient qui veut inclure l'enfant. L'investigation c'est l'exploration créative de stratégies qui vont solidifier la famille.

5. Le syndrome de stress post-traumatique dans la famille

Reconnaître les symptômes du syndrome de stress post-traumatique peut aider les familles à faire face quand elles entrent dans la zone de turbulences ou de nombreux enfants adoptés ou en accueil essaient de survivre ... malgré l'amour et le soutien.

De nombreuses familles d'accueil ou d'adoption qui ont des enfants souffrant de troubles de l'attachement vivent un combat privé avec leurs enfants – un combat que les autres ne soupçonnent pas. Ce combat leur donne le sentiment d'être isolés, incompris, blâmés, démoralisés et perturbés. Pris dans le fait que leur enfant rejoue son traumatisme antérieur et ses relations négatives, ils vivent une vie semblable à celle des prisonniers de guerre et présentent de nombreux symptômes de stress post-traumatique.

Bienvenue en zone de combat! Le combat n'est pas déclaré. C'est un combat auquel vous n'êtes pas préparés. C'est un combat pour lequel il n'existe pas d'entraînement. C'est un combat qui est invisible au monde qui vous entoure. C'est un combat pour le cœur et l'âme de

votre enfant. C'est un combat pour rester sain d'esprit. La plupart des luttes sont motivées par des conflits idéologiques. Celle-ci est différente pour ces raisons:

- Votre enfant croit que le monde est dangereux, que vous ne l'aimez pas, qu'il/elle n'est pas aimable, qu'il/elle doit tout contrôler seul à tout prix pour survivre.
- Votre enfant croit que "vous êtes dangereux" et que si vous l'approchez trop, la souffrance sera insupportable.
- Vous croyez que le monde est plein d'opportunités, que vous êtes pleins d'amour et que vous souhaitez ce qu'il y a de mieux pour votre enfant, que la libération du contrôle nécessite une auto-discipline. Vous pensez qu'il y a du bonheur et de l'accomplissement dans les relations personnelles intimes, et que pour survivre votre enfant doit vous permettre d'être aimé, choyé et formé par vous. Vous voulez seulement adoucir la peine de votre enfant. **Vous n'avez pas ce pouvoir.**

La plupart des luttes sont mutuellement antagonistes. Dans cette lutte, votre enfant utilise la haine et la colère pour cacher sa tristesse. Cependant vous aimez votre enfant. Cet amour doit rester fort malgré les embûches si vous voulez aller à la paix. Les parents d'enfants qui souffrent de troubles de l'attachement vivent un stress chronique qui menace leur bien-être. **Ce stress peut être plus dévastateur que l'expérience d'une catastrophe majeure.**

Les symptômes primaires comprennent:

- des pensées, images et perceptions pénibles, récurrentes et intrusives;
- des rêves pénibles et récurrents de la situation traumatisante;
- le fait d'agir et de se sentir "comme si" l'événement traumatique se rejouait actuellement (flashbacks);
- une détresse psychologique et physique intense lors d'une exposition à des symboles du traumatisme (événement déclencheur);
- un effort pour éviter des pensées et des sentiments associés au traumatisme;
- un effort pour éviter des activités, des gens et des endroits associés au traumatisme;
- une diminution de l'intérêt ou de la participation dans des activités significatives;
- un sentiment de détachement ou d'étrangeté par rapport aux autres;
- une gamme de sentiments restreinte (par exemple, incapacité d'avoir des sentiments amoureux);
- l'impression de ne pas avoir d'avenir;
- des symptômes persistants d'une augmentation de la vigilance, par exemple, difficultés d'endormissement ou de sommeil, irritabilité, accès de colère, difficultés de concentration, hypervigilance, réactions de sursaut exagérées;

Les symptômes secondaires comprennent:

- la réalisation que les choses ont changé entre vous et les autres;
- vous n'êtes plus la même personne que celle que vous étiez avant;
- l'incapacité d'apprécier la compagnie des autres comme avant;
- le sentiment que vous n'êtes pas comme les autres;
- l'impression d'être seul et fou;
- un sens de sa propre valeur altéré et une diminution de l'estime de soi;
- le sentiment de ne pas contrôler ses émotions;
- le développement de problèmes physiques;

- une immersion excessive dans le travail.

Autres effets du traumatisme:

- la vision que vous avez de vous-même et de votre place dans le monde change;
- vous développez une perception sélective;
- vous devenez plus attentif aux dangers, excessivement prudent;
- perte de l'illusion de sécurité;
- perte du sens de votre existence;
- perte du sentiment de contrôle = développement d'une identité de victime;
- fatigue et dépression;
- stress pour des relations significatives;
- sentiment d'impuissance, de manque de chance et de colère combinés = rage

Personne ne vit avec un enfant qui souffre de troubles de l'attachement sans en être affecté de façon négative. Il est important de reconnaître que ce sont des réponses "normales" à un événement traumatique. Il est aussi important de réaliser que ce niveau de stress n'est pas sain, et qu'une aide est disponible pour vous aider à trouver des moyens positifs de gérer la situation. Guérir nécessite de trouver le moyen de placer les expériences traumatiques en perspective, de donner du sens à ce qui se passe, de laisser les sentiments du passé et d'aller de l'avant positivement.

LE CAS PARTICULIER DES ENFANTS ADOPTÉS

1. Les enfants adoptés reçoivent-ils toutes leurs chances dans leur nouveau pays?

Résumé de l'intervention du professeur A.C Hoksbergen (spécialiste de l'adoption, Université d'Utrecht, Pays-Bas) lors de la conférence à Vallbeek le 07/12/2001, organisée par la Katholieke Hogeschool à Heverlee.

Tout d'abord, pouvons-nous vraiment nous poser une telle question?

Devons-nous du moins partir de l'idée que l'adoption est la meilleure solution pour tous les enfants? D'un point de vue matériel, la plupart du temps ils gagnent au change. D'un point de vue éthique et pratique, eu égard à la situation psycho-sociale de l'enfant, il ne faut même pas poser la question de savoir si les enfants sont vraiment adoptables. Et les gens sont totalement libres de décider de la composition de leur famille.

Y a-t-il cependant de gros obstacles qui justifient cette question?

Si nous considérons d'abord la *société* dans laquelle l'enfant arrive, nous devons bien constater qu'elle est très exigeante vis à vis de l'enfant. Une culture toute différente, une autre langue, d'autres gens mais surtout les exigences de la façon de "vivre ensemble" sont quelques-uns de ces défis. Pour un enfant plus âgé qui a été "en manque", la situation est très étrange. Tout à coup, il reçoit beaucoup d'attention et d'amour. Comment doit-il réagir face à cela? Puis il est censé aller à l'école et bien travailler. On attend de lui qu'il puisse rapidement jouer avec ses petits voisins et qu'il s'entende bien avec les autres membres de la famille. Comment un enfant qui est parvenu à survivre quelques années avec l'aide d'un peu tout le monde peut-il gérer ces exigences de son environnement social?

Les enfants adoptés luttent avec leur "identité". Qui sont-ils vraiment? Comment les autres les voient-ils?

Le résultat de cette "lutte" est souvent un sentiment d'être assis entre deux chaises, le sentiment de se retrouver entre deux cultures et deux parentés. L'enfant de 7 ou 8 ans réalise fortement ce que l'adoption implique, ce qu'être abandonné implique. Une enquête auprès d'enfants adoptés âgés de 7 ans qui tous avaient été placés bébés (avant l'âge de 6 mois) a révélé qu'un nombre impressionnant d'enfants, presque 30%, présentaient des problèmes de comportement.

Dans un groupe contrôle d'enfants non-adoptés, ce n'était le cas que pour 10%. A l'école, ces enfants fonctionnaient beaucoup mieux qu'à la maison. Les enfants adoptés et d'autres qui ne grandissent pas chez leurs propres parents n'ont pas le droit de savoir qui les a engendrés. Ils doivent chercher eux-mêmes leurs racines biologiques inconnues. Pour des raisons médicales et psychologiques, ceci est parfaitement injuste. Dans la Convention des Droits de l'Homme des Nations Unies, on devrait intégrer l'article "*chaque être humain a le droit de connaître*

son origine génétique". Dans leur pays d'origine, les enfants adoptés ne trouvent souvent pas de réponse. Les enfants qui ont été conçus grâce à un donneur (sperme ou ovule ou les deux) n'ont aucun droit quant à leur origine. Le problème de la stérilité des parents est reporté sur l'enfant. Un enfant né de cette façon peut réagir par l'agressivité voire la méchanceté parce qu'il ne parvient pas à savoir qui est son père ou sa mère biologique. Incertitude aussi sur les facteurs médicaux. A partir de l'analyse génétique, nous savons combien il est important de connaître les antécédents familiaux au niveau des maladies/anomalies. Dans une optique aussi bien éthique que pratique, il est inadmissible et étonnant que de telles pratiques soient encore permises dans une société "civilisée". Dans certains pays comme la Suède, l'Allemagne et bientôt les Pays-Bas, elles appartiennent au passé.

Dans les *familles adoptives*, il y a aussi des obstacles. Des gens qui ont déjà des enfants peuvent penser qu'ils en savent suffisamment en matière de problèmes d'éducation. Cela marche très bien avec les enfants qu'ils ont déjà! Cela marchera donc bien aussi avec le petit adopté. Attendre trop de ses propres aptitudes éducatives et d'une structure pédagogique bien établie, donc avec un manque de flexibilité, cause cependant de graves problèmes. Quand en plus, le petit enfant adopté l'est avec plein d'idéalisme et se retrouve le petit dernier après trois enfants "biologiques", les risques sont très grands. ***On n'élève pas un enfant avec de l'idéalisme. Il faut en premier lieu se centrer sur les besoins spécifiques de l'enfant, sur sa personnalité et son identité.***

Patience et distanciation sont également des conditions essentielles pour les parents (adoptifs). Par distanciation, je vise l'attitude qui consiste à ne pas se laisser vite entraîner dans des réactions émotionnelles en cas de problèmes d'éducation ou de comportement de l'enfant : que l'on ne soit pas soi-même trop prompt à réagir émotionnellement ou à émettre un jugement. Il vaut mieux beaucoup observer et ne pas laisser l'enfant (inconsciemment) prendre le pouvoir sur vous. Lorsqu'il sait qu'émotionnellement on est vite atteint, l'enfant en tirera profit. Une certaine distance entre l'enfant et le parent favorise l'apprentissage de l'enfant. L'enfant adoptif abandonné doit tout d'abord *apprendre* énormément. ***Contrôler ses propres émotions est en fait plus facile à dire qu'à faire. Quand cela devient trop dur, il vaut mieux prendre un petit peu de "vacances" face à l'enfant. En tout cas, il faut se ménager ce genre de possibilités avant de recevoir l'enfant adoptif.***

Les parents qui ne peuvent avoir d'enfant malgré eux, ont souvent appris cela après des années d'examen médicaux parfois pénibles et harassants, et par des expériences comme la fécondation in-vitro. Avec la venue de l'enfant adoptif, ils s'attendent au grand bonheur. Bien évidemment, un petit enfant qui a tant besoin de nos soins est un bien merveilleux et qui demande beaucoup de responsabilité. Mais les enfants adoptés emportent souvent un "sac à dos" bien lourd de difficultés. Il faut apprendre à s'y faire. Cela demande un gros effort que les parents adoptifs semblent en effet fournir, cela aussi je le sais par des enquêtes et par ma propre pratique clinique. Le réalisme reste cependant très nécessaire dans l'adoption. Rappelez-vous que le problème de la stérilité ou du chagrin causé par la mort d'un enfant ne sont pas résolus par la venue d'un nouveau petit enfant. Celui-ci a ses propres exigences, sa propre personnalité et ses antécédents.

Quels obstacles voyons-nous chez les enfants adoptés?

Suite à de nombreuses recherches au cours desquelles la Child Behavior Checklist (CBCL) a été utilisée, on a pu établir scientifiquement à quels problèmes de comportements les enfants adoptés doivent souvent faire face. Pour ceux qu'on appelle "survivors", les survivants, c'est le

comportement "extraverti" qui semble donner les meilleures chances. C'est un comportement agressif, qui demande de l'attention, d'une façon claire et souvent désagréable. Casser des objets, se disputer, accès de colère, menaces, mensonges ou tromperies, vols, fugues, brossages scolaires, recours à la drogue... font partie du décor. Beaucoup de parents adoptifs d'adolescents se heurtent à de tels comportements.

De ma recherche sur les enfants roumains adoptés, il est ressorti que les enfants souffraient beaucoup de ces problèmes de comportement "extraverti" mais pas d'un comportement "introverti". Ces problèmes sont principalement: l'anxiété et la dépression, des maux physiques (maux de tête, nausées, maux d'estomac, indigestion...) et comportement de repli sur soi. Ceci est de toute évidence le comportement qui donne le moins de chances de survivre. On retrouve peu ce genre de comportement chez les adoptés plus âgés, mais bien lors d'un placement de jeunes enfants (en-dessous de 6 mois). Est-il aussi logique que beaucoup d'enfants adoptés présentent ce genre de comportement?

Tout d'abord un comportement introverti donne peu de chances de survie, c'est aussi ce qui ressort des enquêtes. La supposition que des enfants au comportement fortement introverti meurent beaucoup plus tôt semble être confirmée. Cela laisse probablement voir combien les enfants adoptés peuvent lutter avec leur identité, précisément dans cette tranche d'âge.

Intéressant, mais inquiétant est le fait que seulement un bon tiers - c'est ce qui est ressorti de l'enquête roumaine - du groupe de 80 enfants examinés peut être compté parmi ce qu'on appelle le groupe clinique. C'est le groupe pour lequel une aide professionnelle est nécessaire. En cette matière, les garçons et les filles ne sont pas très différents. Comme facteurs de risque, nous retiendrons l'ampleur de la famille (3 enfants ou plus), l'âge à l'arrivée et la construction non-naturelle de la famille. Dans ma pratique, j'ai pu constater de façon répétée que le fait que les enfants se suivent de façon répétée en âge, représente une lourde charge pour les parents. Quand le premier enfant a été fort négligé, il est précisément fortement conseillé d'attendre au moins 3 ans pour la venue de l'enfant suivant. Alors le premier enfant a eu le temps de s'adapter. Le temps est un facteur extraordinairement important. De l'enquête roumaine il est ressorti que dans le groupe d'enfants qui étaient dans la famille adoptive depuis 5 ans et plus, les problèmes de comportement diminuaient beaucoup. C'est pourquoi la patience, à côté de la souplesse et de la distanciation sont si nécessaires aux parents adoptifs.

2. Etude publiée dans le Lancet 2002

Hjern A et coll. Suicide, psychiatric illness, and social maladjustment in intercountry adoptees in Sweden : a cohort study. Lancet 2002; 360: 443-448.

Les enfants et les adolescents étrangers qui bénéficient d'une procédure d'adoption au sein d'un pays d'accueil constituent une population croissante dans les pays occidentaux. L'état mental et l'ajustement social de ces sujets ne sont pas sans poser problème à la communauté internationale. En Suède, les procédures d'adoption en question sont devenues pratique courante dans les années 60, dès que le nombre d'enfants suédois adoptables est devenu insuffisant.

Depuis cette époque, 40.000 enfants étrangers ont ainsi été introduits en Suède par le biais de l'adoption, leur origine étant en général la Corée, l'Inde et la Colombie. Ce pays possède

finalement la plus vaste cohorte d'enfants étrangers adoptés au sein de la communauté européenne.

Une vaste étude précise les troubles mentaux et les difficultés d'ajustement social rencontrés dans une cohorte de 11.320 enfants étrangers adoptés.

La démarche a consisté à comparer cette cohorte à d'autres populations d'enfants :

- 2.343 frères ou sœurs de ces sujets, nés en Suède ;
- 4.000 enfants immigrants ;
- la population générale des 853.419 résidant en Suède.

Une régression multivariée selon le modèle de Cox a été utilisée, l'unité étant le nombre de sujets-années, pour comparer les indicateurs de décès par suicide (1986-1995), les sentences judiciaires (1986-1993), les tentatives de suicide, les admissions pour maladie psychiatrique (1987-1994) et les toxicomanies (1987-1994).

Après ajustement selon les facteurs majeurs de confusion sociodémographiques, il apparaît que les enfants étrangers adoptés sont plus exposés que les autres enfants suédois au risque :

- de décès par suicide (odds ratio, notion proche du risque relatif, OR, 3,6 ; intervalle de confiance IC 95 %, 2,1-5,9) ;
- de tentative de suicide (OR, 3,2 ; IC, 3,1-4,2) ;
- d'admission en milieu spécialisé pour une affection psychiatrique (OR, 3,2 ; IC, 2,9-3,6) ;
- de toxicomanie (OR, 5,2 ; IC, 2,9-9,3 ; 5)
- d'alcoolisme (OR, 2,6 ; IC, 2,0-3,3) ; 6)
- d'acte criminel (OR, 1,6; IC, 1,5-1,7).

Dans la fratrie de ces sujets au sein des lieux d'adoption, les risques précédemment évoqués sont plus faibles dans la plupart des cas. Les enfants adoptés ou immigrants partagent le même profil en termes de troubles mentaux et d'inadaptation sociale.

Ce sombre tableau montre que l'adoption d'enfants étrangers peut-être lourde de conséquences sur le plan psychiatrique et social. Le risque suicidaire est particulièrement élevé, ce qui incite à des mesures préventives renforcées et spécifiques à cette population.

Dr Peter Stratford

3. Pour mon enfant

Lettre écrite pour un adolescent adopté, afin de l'aider à essayer de mettre des mots ce qu'il peut vivre

Je pense que tu deviens assez mature pour comprendre certaines choses, et il s'agit ici de choses qui te concernent au plus haut point.

Je voudrais t'expliquer des choses que je viens de comprendre plus profondément, même si certaines ne m'étaient pas inconnues depuis longtemps. Je pense que tu dois aussi les connaître de l'intérieur, les vivre, mais peut-être sans mettre de mots sur tout cela.

Je te conseille de rester seul pour lire cette lettre que tu trouveras peut-être difficile à lire. Ensuite nous en parlerons quand tu veux.

Quand une maman attend un bébé, il se forme entre elle et son bébé, pendant les 40 semaines que dure sa grossesse, un lien très fort et très complexe, qui est à la fois biologique, physique, mais aussi psychique, émotionnel et même spirituel et mystique. Le bébé se prépare à rencontrer sa maman et la maman se prépare à rencontrer son bébé. Quand le bébé naît, il "reconnaît" sa maman et la maman reconnaît et accueille son bébé. La maman sent à chaque instant les besoins de son bébé, ce qu'il ressent, s'il a faim, s'il a froid, s'il a envie de câlins... A chaque instant elle sait comment s'occuper de lui, comment combler ses besoins. Personne ne le lui a appris, elle le sent parce qu'elle vit avec son bébé depuis déjà 40 semaines. Le bébé sait qu'elle est sa maman, celle qui l'a porté pendant tout ce temps, celle qui lui est destinée, et petit à petit, au fil des jours, se forme entre eux un lien indestructible.

Parfois il arrive que la maman ne puisse pas s'occuper de son bébé pour diverses raisons (elle est malade, elle est morte, elle a trop de soucis et de problèmes ailleurs, elle ne peut pas ou elle ne veut pas s'occuper de son bébé). Alors le bébé est confié à d'autres personnes, qu'il ne connaît pas. Ces personnes vont s'occuper du bébé le mieux qu'elles peuvent, le changer, lui donner le biberon, le câliner comme une maman le ferait. Mais ce n'est pas la maman du bébé. Et le bébé sait tout de suite la différence. Il sait que sa maman n'est plus là, et il comprend vite qu'elle ne reviendra pas. Alors il est profondément malheureux. Parfois il essaie de s'attacher à la personne qui s'occupe de lui, se disant qu'elle va le comprendre comme le comprenait sa maman quand il était dans son ventre. Mais ce n'est pas vrai. Ce n'est pas la même chose. Et la souffrance dans son cœur est immense. Il n'y a plus de place pour autre chose que cette souffrance.

Alors le bébé comprend un certain nombre de choses. Tout d'abord que les adultes, sa maman et les autres, ne sont pas fiables. Qu'ils ne font pas toujours ce qu'on attend d'eux. Qu'ils peuvent abandonner un bébé. Qu'il ne faut pas, qu'il ne faut plus jamais leur faire confiance. Que si il s'attache à eux, si il les aime, si il se laisse aimer, cela se terminera toujours aussi mal. Et qu'il va rester là, tout seul, avec sa souffrance d'être abandonné. Donc il ne faut plus aimer et se laisser aimer, il faut qu'il se méfie particulièrement de ceux qui veulent l'aimer.

Il comprend aussi qu'il est tout seul pour s'occuper de lui. Qu'il est le seul à qui il puisse faire confiance. Qu'il faut qu'il contrôle tout ce qui se passe autour de lui, qu'il maîtrise ce qui lui arrive, parce que personne ne le fera à sa place. Qu'il faut qu'il surveille tout, qu'il soit au

courant de tout, et en même temps qu'il ne doit rien laisser savoir de lui, qu'on ne doit pas savoir ce qu'il pense, ce qu'il aime, ce qu'il ressent...

Et le bébé grandit avec ces sentiments confus qui deviennent plus clairs au fur et à mesure qu'il grandit. Et ces sentiments vont dicter ses comportements.

Il arrive que le bébé soit confié en adoption à des parents qui voudraient avoir un enfant parce qu'ils ne savent pas en avoir par eux-mêmes ou parce qu'ils veulent ouvrir leur famille à un enfant qui est sans famille. Ces parents sont pleins d'amour en réserve et attendent le bébé ou l'enfant à qui ils vont le donner. Quand le bébé arrive, ils sont parfois maladroits, ils attendaient cet enfant depuis si longtemps, ils ont tellement d'amour à lui donner, tellement de choses à partager. Ils ne voient pas que le bébé est malheureux, qu'il a été abandonné et qu'il est profondément triste d'être tout seul. Ils ne voient pas non plus que le bébé ne veut pas de leur amour, parce que ce n'est pas celui de sa mère de naissance. De toutes façons, c'est un petit bébé. Comment peut-il dire ce genre de choses? Comment peut-il savoir ce qui est bon pour lui?

Et le bébé grandit, devient un petit enfant, puis un enfant plus grand. Et au fond de lui, il y a une profonde tristesse pour ce qui lui arrive, il est terriblement malheureux parce que sa mère de naissance l'a abandonné. Il essaie de comprendre. Et souvent il arrive à la conclusion que sa mère l'a abandonné parce qu'il ne valait pas la peine qu'elle l'aime et qu'elle s'occupe de lui. Ce doit être parce qu'il est méchant qu'elle l'a laissé. Et donc, si sa mère de naissance a trouvé qu'il était méchant, il doit se comporter comme un méchant enfant parce que sa mère en a décidé ainsi, et il doit donner raison à sa mère.

Parfois il lui arrive de penser que sa mère l'a laissé parce qu'elle a été obligée ou qu'on l'a volé à sa mère de naissance, et que sa mère de naissance cherche après lui tous les jours, essaie de le retrouver. Alors il pense que toutes les femmes qu'il croise dans la rue ou ailleurs sont peut-être sa mère de naissance en train de le chercher. Il pense que sa mère l'aime très fort et que quand ils se retrouveront, ce sera le paradis. Alors il pense que ça ne sert à rien de s'entendre avec ces parents adoptifs qui ne font que passer, qui sont là "en attendant".

Parfois la tristesse du petit enfant est cachée par une immense colère contre sa mère de naissance qui l'a abandonné et qui n'avait pas le droit de faire cela. Alors il est très en colère contre elle et contre tout ce qui lui fait penser à elle, en particulier contre sa mère adoptive et même contre tous les adultes de son entourage.

Parfois aussi l'enfant a très peur que cette horrible tristesse, cette terrible souffrance, cette immense colère ne reviennent si à nouveau il se retrouvait tout seul. Alors il a très peur d'être de nouveau abandonné par ceux qui l'entourent, par sa famille adoptive par exemple. Devant cette immense peur, il y a deux attitudes possibles: soyons l'enfant le plus parfait possible pour ne pas être rejeté une nouvelle fois. Certains enfants vont refuser de dire ce qu'ils aiment, de faire ce qu'ils préfèrent, pour se conformer au mieux à ce qu'ils pensent que leurs parents adoptifs aimeraient qu'ils fassent, qu'ils soient... Une autre façon de réagir est de se dire: vais-je encore être rejeté? Testons les adultes! Provoquons la rupture tout de suite plutôt que d'attendre que cela arrive; ce sera moins douloureux si cela se passe comme je l'ai provoqué. Et ces enfants-là se conduisent de la façon la plus difficile possible, pour voir si leurs parents adoptifs ne vont pas finir par les rejeter, tout comme leur mère de naissance les a rejetés quand ils étaient bébés. En faisant cela, ils pensent contrôler leur souffrance, mais aussi donner raison à leur mère de naissance de les avoir abandonnés.

En grandissant, ces enfants sont de plus en plus malheureux parce qu'ils commencent à mieux comprendre ce qui leur est arrivé. En apprenant à lire, à écrire, à réfléchir, à analyser une situation, ils comprennent de plus en plus que ce qui leur est arrivé et ce qui leur arrive tous les jours est terrible, injuste, et ils se révoltent contre ce qui leur arrive. L'enfant, l'adolescent a beau savoir avec son intelligence que son adoption est quelque chose de positif, que cela lui a évité de se retrouver seul, dans des conditions de vie très malheureuses. Il a beau savoir avec son intelligence pourquoi sa mère de naissance l'a abandonné. Il a beau reconnaître avec son intelligence que son adoption lui a permis d'avoir une autre vie, plus confortable, lui a permis de faire des études, l'a tiré de la rue, de la misère... C'est son intelligence qui sait cela, pas son cœur. Dans son cœur, il est toujours le petit enfant malheureux que sa mère de naissance vient de quitter pour toujours.

Certains enfants refoulent leur révolte et se replient sur eux-mêmes, ne parlent pas de ce qu'ils ressentent, essaient même de ne rien ressentir pour ne pas sentir la douleur et la colère qui sont en eux. Alors ils vivent un peu dans leur coin, ils semblent ne pas avoir de sentiments, être indifférents à ce qui se passe autour d'eux. Ils laissent leurs parents adoptifs faire ce qu'ils pensent bien faire et ils ne réagissent pas.

Certains enfants sont dominés par la peur d'être de nouveau abandonnés et se collent à leurs parents adoptifs, semblent ne rien pouvoir faire par eux-mêmes. Ils ont tout le temps besoin d'être rassurés.

Certains enfants sont en colère et en révolte contre ce qui leur arrive, et essaient de maîtriser la situation en agissant de telle façon que, pensent-ils, ils décident de ce qui arrive. Souvent ils essaient, de différentes façons, d'amener leurs parents adoptifs à se séparer d'eux. Ils voudraient que leurs parents adoptifs les rejettent, les mettent à la porte, comme cela, pensent-ils, ils pourront décider tout seuls de leur vie. Comme cela aussi, ils se prouveront à eux-mêmes que leur mère de naissance avait raison de les abandonner. Qu'ils ne valent rien puisque personne ne les aime, puisque tout le monde les rejette.

Mais souvent en grandissant, en devenant adulte, l'enfant comprend petit à petit la différence entre ce qui est dans son cœur et dans son intelligence. Il comprend qu'en continuant à se comporter comme il le faisait étant enfant, il continue à se comporter comme le petit bébé qui pleure sa maman qui est partie. Il comprend aussi que cette attitude ne lui permet pas d'avoir une vie heureuse et qu'elle rejaillit sur son entourage, plus seulement sur ses parents adoptifs et sur sa famille adoptive, mais aussi sur ses relations avec ses copains, sur ses relations professionnelles, sur ses relations amoureuses... et que partout il transporte le même schéma de comportement.

Souvent il ne comprend pas que ce qu'il dit, ce qu'il fait, ce qu'il ne dit pas, ce qu'il ne fait pas... a une influence, a un impact sur ceux qui l'entourent. C'est normal, il n'a pas pu avoir d'influence sur sa mère de naissance. Il a eu beau pleurer, crier, rager... elle n'est pas revenue. Et il a décidé depuis que les autres n'auraient plus d'influence sur lui.

En devenant adulte, l'enfant abandonné et adopté peut commencer à comprendre qu'il devrait faire la différence entre son moi adulte et son moi enfant, qu'il ne peut plus laisser un petit bébé malheureux contrôler toute sa vie, qu'il est temps que son moi adulte, capable de réflexion et de décisions, dirige sa vie.

Et tout en se souvenant qu'il y a au fond de lui une grande souffrance et un grand vide qui le rendent à jamais différent des autres, il commence à comprendre que malgré ce que le bébé en lui pensait, il a un impact sur les autres. En regardant les réactions des autres, en leur demandant ce qu'ils ressentent, il comprend petit à petit qu'il compte lui aussi, que ce qu'il dit ou ce qu'il fait peut faire plaisir ou faire de la peine à ceux qui l'entourent.

Petit à petit il commence à faire la différence entre ce qu'il croyait, ce qu'il croit encore et la réalité.

Ce qu'il croit, c'est que sa mère l'a abandonné parce qu'il ne valait rien ou que sa mère va revenir le chercher et qu'en l'attendant, il ne faut rien faire ou que ses parents adoptifs l'ont volé et qu'il faut utiliser son énergie à lutter contre eux ou qu'on risque de l'abandonner de nouveau s'il n'est pas parfait et s'il ne se comporte pas comme il pense qu'on l'attend de lui.

La réalité, c'est qu'il est devenu un adulte avec beaucoup de potentialités intellectuelles, sportives, affectives, spirituelles..., un adulte avec un passé douloureux mais capable d'aller de l'avant et de vivre en harmonie avec d'autres adultes, un adulte capable de s'entendre avec les autres, capable de travailler et de participer à la construction du monde, un adulte capable d'avoir une relation amoureuse et de fonder un foyer.

Et quand il a fait la différence entre ses croyances et la réalité, il peut commencer à décider que c'est maintenant l'adulte en lui qui va diriger sa vie et plus le bébé malheureux qui pleure et qui rage.

Voilà ce que je voulais t'expliquer, je l'ai compris depuis peu de temps, et toi qui deviens adulte tout doucement, je pense que tu peux le comprendre.

Je t'attends pour en parler quand tu le souhaites.

Maman

(tout parent qui le souhaite est autorisé à recopier – avec ou sans modification – cette lettre et à la donner à lire à son adolescent s'il pense que cela peut l'aider)

PETALES

Parents d'Enfants présentant des Troubles de l'Attachement : Ligue d'Entraide et de Soutien asbl

1. Les objectifs de PETALES

La volonté de notre association est de sensibiliser en Communauté Française tous les parents, et surtout les professionnels, à cette délicate problématique des *Troubles de l'Attachement* qui peuvent toucher des enfants adoptés comme des enfants biologiques. En effet, il ressort essentiellement des témoignages des parents que lorsqu'ils poussent la porte des professionnels (éducatifs, psycho-sociaux et judiciaires), ils ont déjà parcouru un terrible chemin et déjà épuisé nombre de leurs propres ressources psychologiques et émotionnelles.

Il ne veut en aucun cas constituer une association à visée thérapeutique. Son objectif est d'orienter les familles vers des thérapeutes et/ou institutions (recommandés par les parents) en mesure de pouvoir répondre à leurs préoccupations.

Un des principaux objectifs est d'obtenir une écoute plus attentive et mieux préparée de la part des différents intervenants afin de développer une réflexion et une information approfondies qui débouchent sur, idéalement, une meilleure prévention, mais avant tout une prise en charge thérapeutique globale et spécifiquement adaptée. Les parents demandent à pouvoir être considérés comme des partenaires à part entière dans la prise en charge de leur enfant.

2. Organisation et fonctionnement de PETALES

L'essentiel du travail de notre association se fait à trois niveaux :

- les réunions trimestrielles en "plénière", qui accueillent les parents qui le souhaitent autour de divers thèmes de discussion et de débat touchant à leur quotidien. Des professionnels sont souvent invités à présenter un thème, soumis ensuite à discussion et débat.
- les réunions mensuelles du Conseil d'Administration, qui ont pour objet de définir les objectifs qui seront poursuivis par notre association, en vue de mieux se faire connaître auprès des parents et défendre son point de vue et sa spécificité auprès des instances politiques, judiciaires, du Secteur de l'Aide à la Jeunesse, des professionnels médicaux et para-médicaux et du monde de l'enseignement ;
- les réunions mensuelles en Régionales, mises sur pied plus récemment, qui existent à Liège, à Bruxelles, à Arlon, à Namur et à Mons ; elles constituent avant tout des **groupes d'écoute et d'entraide** plus proches pour les parents concernés, ainsi que pour l'accueil de nouveaux parents.

Ces groupes sont constitués de parents qui soutiennent d'autres parents.

Dans les groupes d'échange, les parents partagent leurs expériences et des informations sur les questions d'éducation et les thérapies existantes. Les parents s'expriment souvent ainsi : "Notre enfant a besoin d'aide, mais nous aussi !". Une famille se compose de plusieurs personnes. Chacune a sa place et a un rôle à jouer.

Nous voulons soutenir les parents dans leur rôle, en les aidant à comprendre l'origine des difficultés vécues avec leur enfant, en les amenant à ne plus se culpabiliser, en échangeant nos expériences et en donnant à chacun l'occasion de raconter ses difficultés.

Nous tenons à préciser que nous ne sommes pas une association de parents adoptifs mais de parents rencontrant des problèmes d'attachement avec nos enfants.

Les parents peuvent toujours s'adresser par téléphone à la permanence ou auprès des responsables de leur région.

Vous trouverez la liste de ces numéros en dernière page de cette brochure.

3. Nos réalisations

Au mois d'avril dernier, **PETALES** a fêté son 1^{er} anniversaire d'existence. Notre asbl regroupe à présent près de 150 parents concernés par les *Troubles de l'Attachement*. En un an, **PETALES** a réussi à s'implanter et se faire connaître et reconnaître, tant auprès des parents qu'auprès d'un certain nombre de professionnels et d'instances officielles.

Nous pouvons notamment inscrire à notre palmarès :

- de nombreux articles de presse qui ont fait écho de notre existence et de nos objectifs (*Le Journal du Médecin, Le Ligueur, En Marche, Femmes d'aujourd'hui*) ;
- la rédaction d'une brochure d'information pour parents et professionnels ;
- un passage à l'émission T.V. *Autant Savoir* sur les enjeux du projet de réforme de la loi sur l'Adoption ;
- une collaboration à la réalisation de l'émission "Pulsations" en janvier 2003 (*Parents-Enfants : Les Troubles de l'Attachement*) ;
- une rencontre avec les représentants du *Service Adoption de la Communauté Française* (Cabinet de Madame la Ministre N. Maréchal), qui se sont d'emblée montrés intéressés par notre association et préoccupés par le nombre croissant d'enfants adoptés qui sont pris en charge par les services de l'Aide à la Jeunesse ;
- l'organisation d'un colloque, en novembre 2001, aux Cliniques Universitaires de Mont Godinne, qui a rassemblé près de 150 participants, parents et professionnels, autour du sujet : *Le lien en question – Questions de liens* ;
- la création d'un site Internet www.petales.org ;
- la constitution d'une documentation scientifique sur les *Troubles de l'Attachement*, en provenance essentiellement des Etats Unis ;
- l'aide à la création de *PETALES-France* (avril 2002), et bientôt sans doute de *PETALES-Suisse* et *PETALES-Québec* ;

- une rencontre à Liège avec les intervenants psychomédicosociaux, éducatifs et juridiques dans le cadre des "rencontres du mardi" organisées par le CEDS et le CAADJ ;
- l'information à leur demande de plusieurs équipes de travailleuses médico-sociales de l'ONE, de centres PMS, ...

4. Le bilan après un an et demi : positif au niveau du "pourquoi ?" ; très interrogatif encore sur le "comment faire ?"

Au cours de notre soirée anniversaire, un bilan de notre action a été dressé entre parents présents, autour de la question : "*un an après, qu'est-ce que **PETALES** a changé de votre vie, dans votre famille ?*".

Le bilan est positif à certains égards, mais le trajet reste encore long (voire très/trop long, pour certains) à parcourir, avant de voir le bout du tunnel.

Pour les parents, **PETALES** a réussi à les sortir de l'isolement dans lequel ils étaient enfermés. Un isolement dû à l'incompréhension face à la problématique, mais aussi et surtout à la culpabilité ressentie devant l'échec dans la gestion quotidienne du problème en famille. Les parents, tant les fondateurs de notre association que ceux qui nous ont rejoint par après, ne se sentent à présent plus seuls. Ils sont compris, entendus et écoutés par leurs pairs. Ils se soutiennent mutuellement dans les moments de difficultés extrêmes, s'échangeant souvent des conseils et des expériences diverses.

Au niveau du couple, nous insistons sur la nécessité que ce dernier ait une attitude soudée par rapport aux agissements de l'enfant, car ce dernier tente très souvent de casser cette cohésion, en isolant la mère et en attirant le père vers lui, contre elle.

En famille, les relations avec les autres enfants (biologiques ou adoptés), se passent aussi dans l'ensemble mieux, car comme les parents se sentent mieux, il est à présent possible de mettre des mots sur les comportements de l'enfant en difficulté, de gérer la problématique davantage ensemble ; ce qui permet aux frères et sœurs de reprendre leur juste place au sein de la famille.

Vis à vis de l'extérieur (famille, voisins, écoles, divers services d'aide, professionnels,...), les parents se sentent désormais un peu plus sûrs d'eux-mêmes et donc plus forts pour faire entendre et comprendre autant leur souffrance que celle de leur enfant ; une souffrance spécifique où ils sont avant tout, et osons le dire, **victimes** du comportement manipulateur de leur enfant. Cela leur permet ensuite de faire valoir et reconnaître leurs besoins propres.

Interrogations et réflexions

Si ce bilan permet à présent de mieux comprendre la logique des *Troubles de l'Attachement*, il reste les 2 grandes questions : **comment aider efficacement nos enfants ?** et **comment gérer le quotidien ?**, surtout dans les situations d'urgence où la violence physique et verbale de l'enfant devient son seul moyen d'expression !

Face à ces 2 questions, les réponses sont pour nous encore trop insuffisantes, et nous nous trouvons très souvent seuls devant les options et initiatives à prendre.

En effet, les parents doivent malheureusement constater que les structures d'aide adéquates (surtout en urgence) restent encore **trop peu nombreuses et trop peu staffées** (peu de places disponibles en IMP, en instituts dépendant du SAJ, en instituts pédo-psychiatriques), **insuffisamment formées, trop compartimentées** (ex. : trop peu, voire absence, de dialogue entre le Secteur de l'Aide à la Jeunesse, et le Secteur de la Santé Mentale), **et davantage consacrées au curatif plutôt qu'au préventif**.

Autres constats qui soulèvent des interrogations importantes :

- la philosophie du Secteur de l'Aide à la Jeunesse. Celui-ci privilégie avant tout le droit de l'enfant à décider de son propre avenir, et surtout à partir de 14 ans (en référence au décret sur l'aide à la jeunesse de 1991), alors que nos enfants sont incapables de se gérer, et encore moins de pouvoir décider de ce qu'ils veulent devenir ; car ils présentent de surcroît souvent des retards importants sur le plan de la maturité intellectuelle et affective. L'autonomie n'est possible qu'en situation de bien-être sécuritaire donc viser l'autonomie sans assurer la sécurité est non seulement un leurre mais entraîne souvent nos jeunes vers une dégradation encore plus grande de leur état.
- conformément au même décret, sur l'aide à la jeunesse, de 1991, une mesure de contrainte ou de protection ne peut être exercée sur un jeune que lorsqu'il y a soit "*danger pour lui*", soit "*danger pour autrui*" (ex. : ses parents). Il faut donc attendre que le danger soit présent et que la violence se soit manifestée pour espérer obtenir une aide urgente (tant pour l'enfant que pour ses parents) ! Dans ce cas, on ne se trouve malheureusement plus en situation de prévention, qui est pourtant privilégiée par le Secteur de l'Aide à la Jeunesse.

Cette réalité chez nos enfants ne fait que renforcer notre volonté de leur voir davantage "imposer", tant par le Secteur de l'Aide à la Jeunesse que par tous les autres instances ou professionnels, les limites et les balises dont ils ont précieusement besoin pour se sécuriser, et qu'ils n'acceptent pas de leurs parents, malgré tous les efforts déployés.

Nous les parents, souhaitons que soient davantage pris en compte notre point de vue, nos exigences de personnes légalement responsables jusqu'à la majorité de nos enfants, et la spécificité des *Troubles de l'Attachement*. Pour certains de nos enfants, il est peut-être malheureusement trop tard ; pour les autres, il est peut-être encore temps de changer de logique et d'adapter nos structures.

CONCLUSION

Après la naissance, s'il n'y a pas eu de difficultés et dans des circonstances normales, la mère et l'enfant développent un lien sain et sécurisant. La recherche montre que les enfants qui vivent des ruptures d'attachement, de la maltraitance, des négligences et/ou des douleurs chroniques peuvent développer un trouble de l'attachement réactionnel (Cline, 1992). Il est important de rappeler que 80% des enfants qui sont maltraités ou négligés dans la première année de leur vie montrent des symptômes de troubles de l'attachement de type désorganisé/désorienté (Cicchetti et Barnett, 1991). A l'âge adulte ces enfants ont souvent des troubles de la personnalité et des conduites psychopathiques.

Une intervention et un traitement précoce sont nécessaires pour prévenir le développement d'autres difficultés de comportement et émotionnelles. La psychothérapie, cependant, est souvent d'une efficacité minimale. Les défenses de l'enfant doivent être ouvertes, ce qu'une psychothérapie classique ne peut pas faire. Idéalement le traitement devrait être centré sur la prévention plutôt que sur la guérison de blessures déjà causées. Les soins prénataux, les soins Kangourou pour les enfants prématurés (quand on sort les prématurés de leur couveuse pour un contact peau contre peau avec leurs parents), des interventions précoces auprès des enfants à risque, la prévention des traumatismes de l'enfance dans les trois premières années de la vie, et l'amour et les soins, tout cela peut aider à éviter les ruptures d'attachement. Si on applique ces mesures de soin et de prévention, la douleur de ces enfants sera moins importante et celle qu'ils causeront plus tard aux autres aussi. Si les agents de stress prénataux et de la petite enfance continuent à être ce qu'ils sont, il y aura des centaines de milliers d'enfants abîmés qui ne connaîtront jamais l'amour. S'ils ne sont pas traités efficacement, ces enfants seront une ruine émotionnelle, financière et morale pour notre société.

Une des thérapies les plus efficaces, les plus puissantes et les plus controversées dans le traitement des enfants qui souffrent de troubles de l'attachement c'est la Thérapie du Maintien. Cette thérapie a commencé dans les années 60 et a évolué avec le temps. Elle a d'abord été utilisée comme traitement pour les enfants autistes et est maintenant utilisée pour traiter des problèmes qui vont de l'autisme infantile et des mésententes conjugales aux troubles dissociatifs de l'identité. La thérapie du maintien est très efficace, intrusive, chargée d'émotions et controversée. Les thérapeutes ne peuvent pas faire ce travail sans voir remonter leurs propres questions à la surface. Pour donner de l'empathie et insuffler de la confiance dans le processus, les thérapeutes et les parents doivent avoir leurs propres séances de maintien. En tant que thérapeutes du maintien, les cliniciens continuent à être tenus quand leurs propres questions et les stress de leur vie font surface. La thérapie du maintien est bénéfique pour aider des centaines d'enfants et d'adultes qui sans cela resteraient inattachés, mal aimés et seuls.

Malheureusement en Belgique, il y a peu de thérapeutes qui comprennent les troubles de l'attachement, et encore moins de thérapeutes qui ont une formation pour traiter les troubles de l'attachement. Nous espérons à PETALES que notre action en général, et ce document en particulier, leur donnera l'envie d'en savoir plus et de se former dans ce sens.

Pour terminer ce travail, je voudrais vous faire lire ce texte de Regina Kupecky, co-auteur de "Adopter l'enfant blessé"

L'histoire de Pinocchio est ce que je souhaite à toutes les familles qui élèvent des enfants blessés. Et puisque chaque cause a besoin d'une mascotte, après avoir relu l'histoire de Pinocchio et revu la version de Disney, je nomme de tout cœur Pinocchio. Bien que la plupart d'entre nous se souviennent de son nez qui s'allonge quand il ment, ce n'est que quand j'ai revu le film que les similitudes frappantes entre le conte et l'éducation d'un enfant avec des troubles de l'attachement m'ont sauté aux yeux.

Tout d'abord il y a Gepetto, un gentil, solitaire papa célibataire dont le seul vœu est que Pinocchio devienne un "vrai garçon" pour qu'il remplisse sa vie de joie. La fée (assistante sociale) lui amène Pinocchio et lui dit que "faire en sorte que le vœu de Gepetto devienne réalité dépend entièrement de toi ... Montre-toi brave, digne de confiance, et généreux et tu deviendras un vrai garçon." Ce n'est pas exactement le "sois respectueux, responsable et agréable à vivre" de la thérapie de l'attachement, mais ç'en est proche. Mais est-ce que Pinocchio écoute? Non, Pinocchio, bien qu'il ne soit pas un vrai garçon, se met à bouger, et sa première danse (cette lune de miel se termine rapidement) frappe Figaro, le chat (cruauté envers les animaux), met le feu, brûle ses doigts (auto-mutilation) et pollue l'aquarium du poisson (destruction de la propriété d'autrui). Alors qu'ils essaient de dormir, Pinocchio pose des questions sur le sommeil, l'école, pourquoi? (questions continues sans queue ni tête).

Nullement ébranlé, Gepetto continue à travailler dur, à espérer le meilleur et à élever Pinocchio. Pauvre Gepetto! Il a besoin rapidement de former un groupe de soutien. Pinocchio n'ayant pas de conscience, en reçoit une de la fée, en la personne de Jiminy Cricket. C'est un grand guide mais malheureusement il n'est pas intégré par Pinocchio qui continue à empoisonner la vie de Gepetto par sa truanderie, ses fugues et ses mauvaises relations avec ses pairs. Il ment à la fée et son nez s'allonge et s'allonge à chaque mensonge évident. Même si ceci est un souvenir vivant pour chacun de nous, cela n'est arrivé qu'une fois. L'assistante sociale (je voulais dire la fée) le libère une fois de plus mais la jeune marionnette n'a rien appris de ses erreurs passées et continue à se choisir de mauvais compagnons, à développer des comportements alimentaires anormaux sur l'Île des Plaisirs et ajoute la bagarre et la destruction de la propriété d'autrui à ses crimes.

Même sa conscience, Jiminy Cricket, dans un moment de désespoir se lamente "après tout ce que j'ai fait pour lui." Son père, même devant la mort, se sent toujours coupable et se lamente dans le ventre de la baleine sur le pauvre Pinocchio qui était un si bon garçon. Comme nous le savons, l'histoire se termine bien. Après avoir reçu l'aide correctrice dont il a besoin (le confinement dans le ventre de la baleine), sa fée le transforme en un vrai petit garçon. Une fin très heureuse pour tous...

Pinocchio est un délicieux moyen pour que parents et enfants discutent de quelques problèmes d'attachement avec plaisir, d'une façon non menaçante. Louez-le, achetez-le, et mettez un peu de rire dans votre vie.

BIBLIOGRAPHIE

- Adam K., Sheldon K A. & West M.** (1995) "*Attachment Organisation and Vulnerability to Loss, Separation, and Abuse in Disturbed Adolescents*" in Goldberg S., Muir R., Kerr J. (eds); Attachment Theory, Social Developmental and Clinical Perspective Analytic Press; Hillsdale NJ.
- Aiguevives C.** (1995) *L'adoption trans nationale*. Neuropsychiatr Enfance 1995 ; 43 : 434-8.
- Ainsworth, M.** (1969). *Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship*. Child Development, 40, 969-1025.
- Ainsworth, M.** (1972). *Attachment and dependency: A comparison*. In (J. Ferwartz (Ed.), Attachment and dependency. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ainsworth, M., Bell, S.M., & Stayton, D.J.** (1974). *Infant-mother attachment and social development*. In M. Richards (Ed.), The integration of a child into a social world. London: Cambridge University Press.
- Ainsworth, M., Blehar, M. Waters, E. & Wall, S.** (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J, Lawrence Erlbaum.
- Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters, E., et S. Wall.** (1978). *Patterns of attachment: Assessed in the Strange Situation and at Home*, Hillsdale, N.J, Lawrence Erlbaum.
- Ainsworth, M.D.S.** (1985). *Attachments across the life span*. Bulletin of the New York Academy of Medicine, 61, 792-812.
- Ainsworth, M.D.S., & Witting, B.** (1969). *Attachment and explanatory behavior of one-year-olds in a strange situation*. In B. Foss (Ed.), Determinants of infant behavior (Vol. 4, pp. 111-136). London: Methuen.
- Albers L.H., Johnson D.E., Hostetter M.K., Iverson S., Miller L.C.** (1997) *Health of children adopted from the former Soviet Union and eastern Europe*. JAMA 1997 ; 278 : 922-4.
- Albus, K., & Dozier, M.** (1999). *Indiscriminate friendliness and terror of strangers in infancy: Contributions from the study of infants in foster care*. Infant Mental Health Journal, 20(1), 30-41.
- Allen J.P., Hauser S.T. & Borman-Spurell, E.** (1996) *Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology : an eleven year followup study* Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 254-263
- Allen J.P., Land D.** (1999) *Attachment in Adolescence* in Cassidy J. , Shaver P. eds, Handbook of attachment; The Guilford Press, NY
- American Psychiatric Association,** (1996) *DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Traduction française, Paris, Masson, 1996, 1056p.
- Ammaniti M. et al** (1999), *Maternité et grossesse*, Paris, PUF.
- Anderson, J.** (1988) *Holding therapy: A way of helping unattached children*. Attachment Center Information Packet. Evergreen, CO: EC Publications.
- Anderson, Stephen D., Md.,** (1994) *Post-traumatic Stress Disorder: Recognizing the Signs*, The Canadian Journal of Diagnosis, pp. 67-75.
- Andersson B.-E.** (1989) *Effects of Public Day-Care : A Longitudinal Study* , Child Development, vol. 60, 1989, p. 857-866
- Archer, C.** (2000) *First steps in parenting the child who hurts*, Jessica Kingsley Adoption UK.
- Archer, C.** (2000) *Next steps in parenting the child who hurts*, Jessica Kingsley Adoption UK.
- Attachment Center - At Evergreen (ACE).** *What is attachment disorder ?* <http://www.attachmentcenter.org/>, May 99.
- Aureli T. & Procacci M.A.,** (1992) *Day-Care Experience and Children's Social Development*, Early Child Development and Care, vol. 83, 1992, p. 45-54.
- Ausloos, G.** (1995) *La compétence des familles*, Eres.
- Bagley Ch.** (1993) *International and transracial adoptions*, Angleterre, Pub. Avebury, pp. 53-58 et 71-89.
- Balleyguier G. & Melhuish E.C.** (1996) *The Relationship Between Infant Day Care and Socio-Emotional Development with French Children Aged 3-4 Years*, European Journal of Psychology of Education, vol. 11, no 2, 1996, p.193-199.
- Beckman S.,** (1996) *Do Day Care Experiences and their Aims Matter?*, 1996. Document présenté à l'ISSBD Congress, Québec (Canada)
- Beckwith, L., & Cohen, S.E.** (1989). *Maternal responsiveness with preterm infants and later competency*. In M.H. Bornstein (Ed.), Maternal responses: characteristics and consequences. New Directions for Child Development, (43), Spring, 75-87.

- Bee H.** (1997) *Psychologie du développement, Les âges de la vie*, De Boeck Université.
- Beebe B. & Lachmann E.M.** (1988), *The contribution of mother-infant mutual influence to the origins of self and object relations*. *Psychoanalytic Psychology* 5:305-337.
- Belsky J.** (1988) *The 'Effects' of Infant Day Care Reconsidered*, *Early Childhood Research Quarterly*, vol. 3, 1988, p. 235-272 ;
- Benoit D. & Parker K.** (1994) *Stability and transmission of attachment across three generations*; *Child Development*, 65, 1444-1456
- Benoit TC, Jocelyn LJ, Moddemann DM, Embree JE.** (1996) *Romanian adoption*. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996 ; 150 : 1278-82.
- Berlin I.N.** (1990). *The impact of life stress in infancy, childhood and adolescence in Nospitz and Coddington* (Eds.). *Stressors, the adjustment disorders*, Wiley, New York, pp. 600-615.
- Bernheim H.** (1947). *Suggestive therapeutics*, London Book Compagny, Trans. from 2nd Rev. Ed. by C.A. Herter, M.D. originally pub. 1989.
- Bettelheim, B.** (1987) *Pour être des parents acceptables*, Robert Laffont, Paris.
- Bibring G.** (1959), *Some considerations of the psychological process in pregnancy*, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 14, 113-121.
- Blos P.** (1962) *Les Adolescents. Essai de psychanalyse trad française*, Stock, Paris 1967
- Boris, N. W., & Zeanah, C. H.** (1998). *Clinical disturbances of attachment in infancy and early childhood*. *Current Opinion in Pediatrics*, 10, 365-368.
- Boris, N. W., & Zeanah, C. H.** (1999). *Clinical disturbances of attachment: An overview*. *Infant Mental Health Journal*, 20, 1-9.
- Bosworth, A.** (2000) *L'enfant blessé, l'enfant qui blesse*, Cugy (Fribourg, Suisse).
- Boszormenyi-Nagy I., Krasner B.** (1986), *Between give and take*, Brunner-Mazel, New York.
- Bourdeau L.,** (2002) *L'identité des adolescents adoptés*, Familles au coeur québécois.
- Bousha, D. M., & Twentyman, C. T.** (1984). *Abusing, neglectful, and comparison mother-child interactional style: Naturalistic observations in the home setting*. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 106-114.
- Bowen, M., & Kerr, M.** (1985). *Family evaluation*. New York: W.W. Norton & Co.
- Bowlby J.** (1944) *Fourty Four Juvenile Thieves: their character and their home life*. *Internat. J. Psycho-Anal*, 25:19-52, 107-127.
- Bowlby J.** (1969) *Attachment and loss; vol 1. Attachment* New York Basic Books; *Attachement et perte: vol. I. l'attachement*, 1^e éd. PUF, Paris 1978
- Bowlby J.** (1988). *Developmental psychiatry comes of age*. *American Journal of Psychiatry*, 145(1), 1-10.
- Bowlby, J.** (1954). *Soins maternels et santé mentale*, Cahiers de l'O.M.S., Genève.
- Bowlby, J.** (1969). *Les effets sur le comportement d'une rupture des liens affectifs*, *Hygiène mentale du Canada*, no 59, 1-13.
- Bowlby, J.** (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation*. New York: Basic Books; *Attachement et perte: vol.2. séparation, angoisse et colère*, 1^e éd. PUF, Paris, 1978
- Bowlby, J.** (1975). *Attachment theory, separation anxiety and mourning*. In S. Arieta (Ed.), *American handbook of psychiatry*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J.** (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss, sadness, and depression*. New York: Basic Books; *Attachement et perte: vol.3. la perte, tristesse et dépression*, 1^e éd. PUF Paris, 1984
- Bradley R.H. et Caldwell B.M.** (1980) *Home Environment, Cognitive Competence and i.q. among Males and Females*, *Child Development*, vol. 51, 1980, p. 1140-1148
- Bradley R.H., Caldwell B.M., Fitzgerald J.A., Morgan A.G. et Rock S.L.** (1986) *Experiences in Day Care and Social Competence among Maltreated Children*, *Child Abuse and Neglect*, vol. 10, 1986, p.181-189.
- Bremner J.D., Smithwick S., Brett E., Fontana A., Rosenbeck R; and Charney D.D.** (1992). *Dissociation and post-traumatic stress disorder in Vietnam combat veterans*, *AM. J. Psychiatry*, 149, 328-332.
- Bremner, J. D., Krystal, J. H., Charney, D. S., & Southwick, S. M.** (1996) *Neural mechanisms in dissociative amnesia for childhood abuse: Relevance to the current controversy surrounding the 'false memory syndrome'* *American Journal of Psychiatry*, 153, 71-82.
- Bremner, J. D., Ng, C. K., Staib, L., Markey, J., Duncan, J., Zubal, G., Krystal, J. H., Mazza, S., Rich, D., Southwick, S. M., Capelli, S., Seibyl, J. P., Dey, H., Soufer, R., Charney, D. S., & Innis, R. B.** (1993). *PET measurement of cerebral metabolism following a noradrenergic challenge in patients with post-traumatic stress disorder and in health subjects*. *Journal of Nuclear Medicine*, 34,205.
- Bricker M.** (). *Taking the trauma out of post-traumatic stress : Triune brain research applied to PTSD*, TIE. Lines 9 : 1, 1.
- Briere J.** (1989). *Therapy for adults molested as children*. Springer, New York.
- Brodsinsky, D. Ph.D., Marshall D., Schechter, M.D. & Henig R.M.** (1992) *Being adopted, the lifelong search for self*. Doubleday publisher, NewYork, 1992. Pages 14-18 et 93-119.

- Bronfenbrenner U.** (1996) *Le modèle 'Processus-Personne-Contexte-Temps' dans la recherche en psychologie du développement : principes, applications et implications*, in R. Tessier et G.M. Tarabulsky (dir.), *Le modèle écologique dans l'étude du développement de l'enfant*, Sainte-Foy (Québec), Presses de l'Université du Québec, 1996, p. 9-59. « Collection d'Enfance ».
- Bronfenbrenner U.** (1979) *The Ecology of Human Development : Experiments by Nature and Design*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press, 1979 ;
- Bronfenbrenner U.**, (1993) *The Ecology of Cognitive Development : Research Models and Fugitive Findings*, in R.H. Wozniak et K. Fisher (dir.), *Development in Context*, Hillsdale (n.j.), Earlbaum, 1993 ;
- Brunet A.**, *Le syndrome de stress post-traumatique*, brochure rédigée pour la Fondation Québécoise des maladies mentales.
- Bryer J.B., Nelson B.A., Miller J.B. and Krol P.A.** (1987). *Childhood sexual and physical abuse as a factor in adult psychiatric illness*. *AM. J. Psychiatry*, 144, 1426-1430.
- Bureau J.J., Muraige C., Bremond M., Caherec A., Rolland J.C.**. *L'enfant adopté d'origine étrangère*. *Arch Pediatr* ; 6 (suppl. 2) : 505s.
- Busnel M.-C.** (1997), *Audition foetale et réactivité prénatale à la voix maternelle "adressée"*, in *Que savent les foetus, Mille et un bébés*, Paris, Eres.
- Bydlowski M.** (1998), *La dette de vie*, Paris, PUF, 1998.
- Candelori C. & Ciocca A.** (1998) *Attachment and eating disorders* in P. Bria, A. Ciocca, & S. Derisio, Eds : *Psychotherapeutic issues in eating disorders: Models, methods and results*. Rome ; Societa Editrice Universo.
- Capron C, Duyne M.** (1989) *Assesments of effects of socioeconomic status in IQ in a full cross. Fostering study*. *Nature* 1989 ; 340 : 552-3.
- Carlson M, Earls F** (1997), *Psychological and neuroendocrinological sequelae of early social deprivation in institutionalized children in Romania*. *Ann NY Acad Sci* 807:419-428.
- Carlson, E. A.** (1998). *A prospective, longitudinal study of attachment disorganization/disorientation*. *Child Development*, 69, 1107-1128.
- Carson & Goodfield.** (1988). *The children's garden attachment model*. In R. Small & F. Slwon (Eds.), *Challenging the limits of care*. Needham, MA: Albert Trieschman Center.
- Castelli F, Matteoli A et al.** (1999) *Pediatric migration and Hepatitis A risk in host population*. *J Travel Med* 1999 ; 6 : 204-6.
- Charon, J.M.** (1985). *Symbolic interactionism: An introduction, interpretation, and integration*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Chess S.R.** (1992). *New York Council of Child and Adolescent Psychiatry. Newsletter*, Feb. 5.
- Chess, S., & Thomas, A.** (1996). *Temperament*. In M. Lewis (Ed.), *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (2nd ed., pp.170-181). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Chicoine JF., Blancquaert I., Chicoine L., Raynault MF.** *Bilan de santé de 808 chinoises nouvellement adoptées au Québec*. *Arch Pediatr* ; 6 (suppl. 2) : 544s.
- Chicoine, JF., Lemieux, J. et Germain, P.** (2002) *L'adoption internationale en quinze chapitres et demi*. Editions Hôpital Ste Justine, Montréal.
- Chiron C, Jambaque I, Nabbout R et al.** (1997), *The right brain hemisphere is dominant in human infants*. *Brain* 120:1057-1065.
- Choulot J.J.** (1990) *Quelques réflexions pour guider les parents vers l'adoption*. *Arch Fr Pediatr* 1990 ; 47 : 755-8.
- Choulot J.J., Brodier J.M., Bouchet H.** (1994) *Adoption internationale : évaluation de l'état de santé des enfants*. *Rev Pediatr* 1994 ; 2 : 58-60.
- Choulot J.J., Brodier J.M.** (1993) *Risques d'échecs des adoptions incontrôlées d'enfants étrangers*. *Ann Pediatr* 1993 ; 40 : 635-8.
- Choulot J.J.** (1999) *État civil erroné ?* *Concours Med* 1999 ; 121 : 1262.
- Cicchetti, D., & Barnett, D.** (1991). *Attachment organization in maltreated preschoolers*. *Development and Psychopathology*, 3, 379-411.
- Clarke-Stewart K.A.** (1988) *The 'Effects' of Infant Day Care Reconsidered : Risks for Parents, Children and Researchers*, *Early Childhood Research Quarterly*, vol. 3, 1988, p. 293-318.
- Cline, F.** (1992). *Hope for high risk and rage-filled children*. Evergreen, CO: EC Publications.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P.** (1996). *A treatment outcome study for sexually abused preschool children: Initial findings*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 42-50.
- Cohen, L.** (1974). *The operational definition of human attachment*. *Psychological Bulletin*, (81), 207-217.
- Cohen, Mais.W. Joyce S., Westhues A., dsw.** (1995) *L'adoption internationale au Canada, rapport final*, Division des subventions nationales au bien-être social, développement des ressources humaines, Canada, janvier 1995 .228 pages.
- Colin, V.L.** (1996). *Human attachment*. New York: McGraw-Hill.

- Collins, N.L., & Read, S.J.** (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644-663.
- Colombo M, de la Parra A, Lopez I.** *Intellectual and physical outcome of children under nourished in early life is influenced by ater environmental conditions*. Dev Med Child Neurol 1992 ; 34 : 611-22.
- Cook J., Bonnet K.A., Green M.R.** (1988). *Multiple personnality disorder : neurophysiology and symptom expression in five cases* in Abstracts of Society of Biological Psychiatry, 128.
- Cook, R.** (1991). *Shame, attachment, and addictions: Implications for family therapists*. Contemporary Family Therapy, 13(5).
- Coolbear, J., & Benoit, J.** (1999). *Failure to thrive: Risk for clinical disturbance of attachment?* Infant Mental Health Journal, 20(1), 87-104.
- Coons P.M., Bowman E.S., Pellow T.A. and Schneider P.** (1989). *Posttraumatic aspects of the treatment of victims of sexual abuse and incest* in Kruff R.P. (Ed.). Treatment of victims of sexual abuse psychiatric clinics of North America. W.B. Saunders, Philadelphia, 12 : 2, 325-336.
- Crawford, S.** (1986). *Holding therapy*. Adoption and Fostering, (10), No. 4, 43-46.
- Crittenden, M.** (1992) *Quality of Attachment in the Preschool Years*, Development and Psychopathology, no 2.
- Crittenden, P. M., & Ainsworth, M.D.S.** (1989). *Child maltreatment and attachment theory*. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect (pp. 432-463). New York: Cambridge University Press.
- Crouch, J. L., & Milner, J. S.** (1993). *Effects of child neglect on children*. Criminal Justice and Behavior, 20, 49-65.
- Cyrułnik, B.** (1989) *Sous le signe du lien*, Hachette Littératures.
- Cyrułnik, B.** (1999) *Un Merveilleux Malheur*, éditions Odile Jacob 1999
- Cyrułnik, B.** (2001) *Les vilains petits canards*, éditions Odile Jacob, 2001
- Dawson G., Frey K., Panagiotides H. et al.** (1997), *Infants of depressed mothers exhibit atypical frontal brain activity: a replication and extension of previous findings*. J Child Psychol Psychiatry 38(2):179-186.
- Dawson G., Panagiotides H., Klinger L.G., Spieker S.** (1997), *Infants of depressed and nondepressed mothers exhibit differences in frontal brain electrical activity during the expression of negative emotions*. Dev Psychol 33(4):650-656.
- de Kloet, R., & DeWied, D.** (1980). *The brain as a target tissue for hormones of pituitary origin*. In L. Martini & W.F. Garong (Eds.), Frontiers in neuroendocrinology, (6). New York: Raven Press.
- Deblinger, E., & Heflin, A. H.** (1996). *Treating sexually abused children and their nonoffending parents: A cognitive-behavioral approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Deblinger, E., McLeer, S. V., & Henry, D.** (1990). *Cognitive behavioral treatment for sexually abused children suffering posttraumatic stress: Preliminary findings*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29, 747-752.
- Deblinger, E., Steer, R., & Lippman, J.** (1999). *Two-year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms*. Child Abuse & Neglect, 23, 1371-1378.
- Delaisi de Parseval G.** (1997), *La part de la mère*, Paris, Odile Jacob.
- Delaney, R.** (1991). *Fostering changes: treating attachment disordered foster children*. Fort Collins, CO: Walter J. Corbett Publishing.
- Duclos G.** (2002) *L'estime de soi, un passeport pour la vie*. Collektion Parents, Hôpital Ste Justine, Montréal.
- Dugas M.M. & Halfon O.** (1985) *Les parents battus et leurs enfants*. Psychiatr Enfant 1985, 28: 185-220.
- Dumaret A, Duyne M, Tomkiewicz S.** (1991) *Enfants carencés placés après 4 ans en familles adoptives avec un QI inférieur à la moyenne : étude des facteurs de vulnérabilité*. Neuropsychiatr Enfance 1991 ; 39 : 265-83.
- Dunn L., Beach S.A. & Kontos S.** (1994) *Quality of the Literacy Environment in Day Care and Children's Development*, Journal of Research in Childhood Education, vol. 9, no 1, 1994, p. 24-31
- Duyne M, Dumaret AC, Tomkiewicz S.** (1999) *How can we boost IQs of 'dull children' ? A late adoption study*. Proc Natl Acad Sci USA 1999 ; 96 : 8790-4.
- Egeland B. et Hiester M.**(1995) *The Long-term Consequences of Infant Day-Care and Mother-Infant Attachment*, Child Development, vol. 66, 1995, p. 474-485.
- Egeland, B., & Sroufe, L. A.** (1981). *Developmental sequelae of maltreatment in infancy*. New Directions for Child Development, 11, 77-92.
- Egeland, B., Carlson, E., & Sroufe, L.A.** (1993). *Resilience as a process*. Development and Psychopathology, 5, 517-528.
- Erickson, E.** (1950). *Childhood and society*. New York: W.W. Norton & Co.
- Erickson, M. F., Egeland, B., & Pianta, R.** (1989). *The effects of maltreatment on the development of young children*. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), Child Maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect (pp. 647-684). New York: Cambridge University Press.
- Eyer, D.** (1992). *Mother-infant bonding: A scientific myth*. New Haven: Yale University Press.
- Fahlburg, V.** (1991). *A child's journey through placement*. Indianapolis: Perspectives Press.

- Feeney, J. & Noller, P.** (1996). *Adult attachment*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Feeney, J.A.** (1999). *Adult romantic attachment and couple relationships*. In J. Cassidy & P.R.
- Field T., Fox N., Pickens J. & Nawrocki T.** (1995). *Relative right frontal EEG activation in 3- to 6-month-old infants of depressed mothers*. *Dev Psychol* 31:358-363.
- Field T., Masi W., Goldstein S. et Parl S.**(1988) *Infant Day Care Facilitates Preschool Social Behaviour, Early Childhood Research Quarterly*, vol. 3, 1988, p. 341-359.
- Fiessinger H.** (1974) *L'adoption d'un enfant étranger*. *Rev Prat* 1974 ; 24 : 1660.
- Fonagy P. et al** (1991), *Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organisation of infant-mother attachment at one year of age*, *Child Development*, 62, 891-905.
- Fonagy P. et al** (1994), *The Emmanuel Miller memorial lecture, 1992. The theory and practice of resilience*, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 35, n°2, pp. 231-257.
- Fonagy P., Leigh T., Steele M., Steele H., Kennedy G., Mattoon M., Target M. & Gerber A.** (1996) *The relation of attachment status , psychiatric classification , and response to psychotherapy*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31
- Fonagy, P. et al.** (1996). *Fantômes dans la chambre d'enfant : étude de la répercussion des représentations mentales des parents sur la sécurité de l'attachement* , *Psychiatrie de l'enfant*, vol. XXXIX, no 1, 63-83.
- Fontanel B., d'Harcourt C.,** (1996) *L'épopée des bébés*, Paris, La Martinière.
- Fraiberg, S.** (1977). *Every child's birthright: In defense of mothering*. New York: Basic Books.
- Fraiberg, S.** (1980). *Clinical studies in infant mental health*. New York: Basic Books.
- Garbarino J.** (2001) *Violent children. Where do we point the finger of blame ?* *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001; 155 : 13-14.
- Garbarino J., Guttman E., Seeley J.W.** (1986) *The psychologically battered child: Strategies for identification, assessment, and intervention*. San Francisco, Josey-Bass Publishers, 1986.
- Gardner E.B.** (1991). *Dissociation : its relation to trauma*, *Berkshire Mental Health Review*, 1 : 2.
- Gardner H.** (1996) *The concept of family : Perceptions of people who were fostered*. Swinburne University of Technology. Thèse 1996.
- Garland E.J, Weiss M.** (1996) *Case study: obsessive-difficult temperament and its response to serotonergic medication*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996 ; 35 : 916-20.
- Gatspar, M., Gilsdorf, U., Abou-Saleh, M.T., & Ngo-Khac, T.** (1992). *Clinical correlates of response to DST: The dexamethasone suppression test in depression: A World Health Organization collaborative study*. *Journal of Affective Disorders*, 26(1), 17-24.
- Gaudreault M.,** *La théorie de l'attachement*, <http://www.angelfire.com/ab/mgaudreault/P3attachement.html>
- George C. & Maine M.** (1979). *Social Interactions of young abused children. Approach, avoidance and aggression*. *Child Development* 50, 306-566.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M.** (1985). *Adult Attachment Interview. Unpublished manuscript, University of California, Department of Psychology, Berkeley.*
- Goelman et Pence, Pierrehumbert B., Ramstein T., Karmaniola A. & Halfon O.** (1995) *Child Care in the Preschool Years : Attachment, Behaviour Problems and Cognitive Development*, *European Journal of Psychology of Education*, vol. 11, n° 2, 1995, p. 202-214.
- Goelman H. & Pence A.R.** (1987) *Some Aspects of the Relationships Between Family Structure and Child Language Development in Three Types of Day Care*, *Advances in Applied Developmental Psychology*, vol. 2, 1987, p. 129-146.
- Goldberg, S.** (1990). *Attachment in infants at risk: theory, research and practice*, *Infants and Young Children*, vol. 2, no 4, 11-20.
- Golse B.**(1995) *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant .*, 3^e éd., Masson, Paris
- Golse B.**(1998) *Attachement, modèle opérants internes et métapsychologie, ou comment ne pas jeter l'eau du bain avec le bébé* in A. Braconnier et J. Sipo (eds), *Le bébé et les interactions précoces*, PUF, Paris
- Goossens F.A. et Van Ijzendoorn M.H.** (1990) *Quality of Infants' Attachment to Professional Caregivers : Relation to Infant-Parent Attachment and Day Care Characteristics*, *Child Development*, vol. 61, pp. 832-837.
- Gottfried A.W.** (dir.) (1984) *Home Environment and Early Cognitive Development*, Londres, Academic Press, 1984 ;
- Gottman, J.M.** (1979). *Marital Interaction: Experimental Investigations*. New York, NY: Academic Press.
- Goulding R., & Goulding, M.** (1978). *The power is in the patient*. In C. Leonards. (1986, January). *Empowering children: Primary prevention of script formation*. *Transactional Analysis Journal*, (16), 1.
- Gowan, J.** (1993). *Effects of neglect on the early development of children: Final report*. Washington, DC: National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect, National Center on Child Abuse and Neglect, Administration for Children & Families.
- Graafsma T., Hart de Ruyter Th. Et Lamping-Goos M.D.,** *L'enfant gâté, diagnostic, assistance et traitement*, **Grand dictionnaire de la psychologie** (1992) *Attachement*, 2^e éd. Larousse, Paris, 1992, p.76.

- Green A.** (1982). *Child abuse* in J.R. Lachenmeyer and M.S. Gibbs (Ed.). *J. Psychopathology in Childhood*, New York Gardner Press, 244-267.
- Green M.**, Conséquences à long terme des traumatismes de la petite enfance, NYC, USA
- Green M.R.** (1972). *The interpersonal approach to child therapy* in Benjamin Wolman (Ed.). *Handbook of Child Psychoanalysis*, Van Nostrand, New York, 514-566.
- Greenough W.T., Black J.E.** (1992), *Induction of brain structure by experience: substrates for cognitive development*. In: Gunnar MR and Nelson CA, eds. *Minnesota Symposia on Child Psychology: Developmental Neuroscience*, Vol. 24. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Greenspan, S.** (1986) *Le développement affectif de l'enfant*. Payot, Paris.
- Greif G.L.** (1999) *The Impact of Parental Abduction on Children*. Personal communication and public speaking notes provided by GL Greif, May 27, 1999.
- Griffith, K.C.** (1991) *The right to know who you are*. Reform of adoption law in North America, 1991. Section 10 pages 1 et 2, section 11 pages 22-48
- Grossmann K.E., Grossmann K.** (1998) *Développement de l'attachement et adaptation psychologique du berceau au tombeau.*, in *Enfance*, n°3, 1998, p. 44 à 48.
- Gruen, V.A. & Prekop, J.** (1986). *Das Festhalten und die Problematik der Bin Dung in Autismus: Theoretische Betrachtungen*. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 35: 248-253.
- Gunnar, M., Mengelsdorf, S., Larson, M., & Hertsgaard, L.** (1989). *Attachment, temperament, and adrenocortical activity in infancy: A study of psycho endocrine regulation*. *Developmental Psychology*, 28, 3, 355-363.
- Hamilton C.E.** (1995) *Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence*, Paper presented at the biennial meeting of Society for Research in Child Development, Indianapolis, IN
- Harlow, H. F.** (1961). *The development of affectional patterns in infant monkeys*. In B. M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behaviour* (Vol. 1, pp. 75-97). New York: Wiley.
- Harrison L.J. et Ungerer J.A.**, (1996) *Maternal Employment, Infant Child Care and Security of Attachment at Age 12 Months*. Document présenté au XXVI^e International Congress of Psychology, Montreal, Canada ;
- Haugaard J.J. & Reppucci, N. Dickon.** *The Sexual Abuse of Children*, London, Hassey-Bass, 148.
- Hazan, C., & Shaver, P.** (1987). *Romantic love conceptualized as an attachment process*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Henckes-Ronsse, R. et Th.** *L'adoption en question(s)*. Éditions Feuilles Familiales et Ciaco. 245 pages.
- Herman, J.L.** (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Hesse E.** (1999) *Attachment in Adolescence and Adulthood ; The Adult Attachment interview* in J. Cassidy & P. Shaver(eds) ; *Handbook of Attachment ; The Guilford Press*, NY
- Higgins, G.O.** (1994). *Resilient adults: Overcoming a cruel past*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hjern A et coll.** (2002) *Suicide, psychiatric illness, and social maladjustment in intercountry adoptees in Sweden : a cohort study*. *Lancet* 2002; 360: 443-448.
- Hock E. et Clinger J.B.** (1981) *Infant Coping Behaviours : Their Assessment and their Relationship to Maternal Attributes*, *The Journal of Genetic Psychology*, vol. 138, 1981, p. 231-243.
- Hodges, J., & Tizard, B.** (1989). *Social and family relationships of ex-institutional adolescents*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 77-97.
- Hoksbergen R.A.C. en de medewerkers van de Roemenië project** (1999). *Adoptie van Roemeense kinderen*. Utrecht, Afdeling Adoptie.
- Hoksbergen R.A.C., Stoutjesdijk F., Rijk S., van Dijkum C. en Rijk K.** (2001). *Posttraumatische Stress-reactie bij Roemeense adoptiekinderen*. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 40, 10, p.475-488.
- Holland, R. et al.**(1993). *Attachment and Conduct Disorder : The Response Program*, *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 38, 420-431.
- Holloway S.D. et al; Kontos S.J.** (1991) *Child Care Quality, Family Background, and Children Development*, *Early Childhood Research Quarterly*, vol. 6, 1991, p. 249-262 ;
- Holloway S.D. et Reichhart-Erickson M.** (1989) *Child-care Quality, Family Structure, and Maternal Expectations : Relationship to Preschool Children's Peer Relations*, *Journal of Applied Developmental Psychology*, vol. 10, 1989, p. 281-298.
- Hornstra D.** (1998), *A realistic approach to maternal-foetal conflict*, *Hasting Center Report*, 28, n°5 : 7-12.
- Hostetter MK, Iverson S, Thomas W, McKenzie D, Dole K, Johnson DE.**(1991) *Medical evaluation of internationally adopted children*. *N Engl J Med* 1991 ; 325 : 479-85.
- Hostetter MK, Johnson D.** (1996) *Medical examination of the internationally adopted child*. *Postgraduate medicine* 1996 ; 99 : 70-82.
- Howe, D.** (1995) *Attachment Theory for Social Work Practice*. Macmillan.
- Howes C. et Olenick M.** (1986) **Family and Child Care Influences on Toddler's Compliance**, *Child Development*, vol. 57, 1986, p. 202-216.

- Hoyt, M. F.**, (1994) *A conversation with Donald Meichenbaum*, in Hoyt, Michael F. (ed), *Constructive Therapies 2*, Guilford., <http://www.behavior.net/column/meichenbaum/index.html>
- Hughes, D.** (1998) *Building the bonds of Attachment*. Jason-Bass.
- Huntington D.S.** (1986) *The forgotten figures in divorce, in Divorce and Fatherhood : The struggle for parental identity*. Edited by Jacobs JW, Washington DC, American Psychiatric Association Press, 1986.
- Huntington, D.S.** (1982) *Parental kidnapping : A new form of child abuse*,
- Institut canadien de la santé infantile** (1998). *Les premières années durent toute la vie*, 12 p.
- Isabella, R., Belsky, J., & VonEye, A.** (1989). *Origins of infant-mother attachments: An examination of interactional synchrony during the infant's first year*. *Developmental Psychology*, 25, 1, 12-21.
- Ito, Y., Teicher, M. H., Glod, C. A., & Ackerman, E.** (1998). *Preliminary evidence for aberrant cortical development in abused children: A quantitative EEG study*. *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences*, 10(3), 298-307.
- Ito, Y., Teicher, M. H., Glod, C. A., Harper, D., Magnus, E., & Gelbard, H. A.** (1993). *Increased prevalence of electrophysiological abnormalities in children with psychological, physical, and sexual abuse*. *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences*, 5(4), 401-408.
- James, B.** (1989). *Treating traumatized children*. Toronto: O.C. Heath.
- James, B.** (1994). *Handbook for treatment of attachment-trauma problems in children*. New York: Free Press.
- Janet P.** (1925). *Psychological Healing*, MacMillan, New York.
- Janus, L.** (1997). *Echoes from the womb*. New York: Jason Aronson, Livingston.
- Jeanmet Ph.** (1990) *Les destins de la dépendance à l'adolescence*. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 38 (4-5), 190-199
- Johnson D.E., Miller L.C., Iverson S., Thomas W., Franchino B., Dole K. et al.** (1992) *The health of children adopted from Romania*. *JAMA* 1992 ; 268 : 3446-51.
- Johnson, S. & Sims, A.** (2000). *Attachment theory: A map for couples*. In T. Levy (Ed.), *Handbook of attachment interventions* (pp.169-191). San Diego: Academic Press.
- Johnson, S., & Marano, H.E.** (1994). *Love: The immutable longing for contact*. *Psychology Today*, pp. 32-37.
- Johnston J.R., Campbell L.E.** (1988) *Impasses of divorce : The dynamics and resolution of family conflict*. New York, The Free Press, 1988
- Jones M., Lund M., Sullivan M.** (1996) *Dealing with parental alienation in high conflict custody cases*. Presented at the conference of the Association of Family and Conciliation Courts, San Antonio, TX, 1996.
- Jones NA, Field T, Fox NA et al.** (1997), *EEG activation in 1-month-old infants of depressed mothers*. *Dev Psychopathol* 9(3):491-505.
- Karen, R.** (1990). *Becoming attached*. *Atlantic Monthly*, pp. 35-70.
- Kaye K, Warren S.** (1988) *Discourse about adoption in adoptive families*. *J Fam Psychol* 1988; 140 : 720-7.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D.** (1993). *Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies*. *Psychological Bulletin*, 113, 164-180.
- Kendler K., Neale M., Kessler R., Heath A. and Eaves L.** (1992). *Childhood parental loss and adult psychopathology in women*. *General Psychiatry*, 49, 109-116.
- Kennel, J.** (1994). *Personal communication*. Presented at ATTACH Conference, October.
- Kinzie J.D.** (1990). *Posttraumatic stress disorder* in Kaplan and Sadock (Ed.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 5th, Ed., 10 : 3.
- Kiser L.J., Heston J., Millsop P. and Pruitt D.B.** (1991). *Physical and sexual abuse in childhood : relationship to posttraumatic stress disorder*. *J. AM. Acad. Child and Adol. Psychiatry*, 30 : 5, 776-783.
- Klaus, M., & Kennel, J.** (1976). *Maternal-infant bonding*. St. Louis: C.V. Mosby.
- Kohut, H.** (1978). *The search for the self: Selected writings of Heinz Kohut, 1950-1978. Vol. I & II*. P. Orstein (Ed.), New York: International University Press.
- Kolko D. J.** (1996). *Child physical abuse*. In J. Briere & L.Berliner (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (pp. 21-50). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kolko, D. J.** (1996b). *Child monitoring of treatment course in child physical abuse: Psychometric characteristics and treatment comparisons*. *Child Abuse & Neglect*, 20(1), 23-43.
- Laibow, R.E.** (1988). *Towards a developmental nosology based on attachment theory*. *Pre and Peri-Natal Psychology* 3(1), Fall.
- Laplane R.** (1989) *L'adoption des enfants étrangers*. *Ann Pediatr* 1989 ; 36 : 179-184.
- Lapointe, G., Lussier, Y., Sabourin, S., & Wright, J.** (1994). *La nature et les corrélats de l'attachement au sein des relations de couple*. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 26, 551-565.
- Laurent A, Derry A.** (1999) *Violence of French adolescents toward their parents : characteristics and contexts*. *J Adolesc Health* 1999 ; 25 : 21-6.
- Laurent A., Balland I., Boucharlat J.** (1995) *De la difficulté à adopter des enfants à la difficulté à adopter des parents. À propos de deux cas d'adoption internationale*. *Neuropsychiatr Enfance* 1995 ; 43 : 483-6.

- Laurent A., Balland I., Boucharlat J.** (1995) *Réflexions sur l'adoption internationale*. Ann Med Psychol 1995 ; 153 : 528-30.
- Laurey J.** (1980) *Classe sociale, milieu familial, intelligence*, Paris, PUF, 1980 ;
- Le Camus J.** (1992) *Attachement et détachement*, Enfance, tome 46, n°4, p 201 à 212
- Le Camus J.** : présentation, Enfance, n°3, p. 337 à 350 (numéro spécial le père et le jeune enfant), 1997.
- Le Masne A.**(1999) *Attitude du pédiatre chez l'enfant adopté à l'étranger*. Arch Pediatr 1999 ; 6 : 569-72.
- Leahey M.M.** (1991). *Origins, dynamics and treatment*. J. AM.Acad. of PSA, 19 (3), 385-395.
- Lebovici S.** (1989), *Les liens intergénérationnels (transmission, conflits) : les interactions fantasmatiques* , in Lebovici S. et Weil-Halpern F. (ed.), Psychopathologie du bébé, pp. 141-146, Paris, PUF.
- Lebovici S.** (1994) *La pratique des psychothérapies mères-bébés par Bernard Cramer et Francisco Palacio-Espasa*. Note de lecture, Psychiatrie de l'enfant, n° 37 (2), 1994, p.415 à 427.
- Levy T.M., Orlans, M.** (1999) *Attachment, trauma, and healing : Understanding and treating attachment disorder in children and families*. Child Welfare League of America, <http://www.attachmenttherapy.com/ATH.html>.
- Levy, M.B., & Davis, K.E.** (1988). Lovestyles and attachment styles compared: Their relations to each other and various relationship characteristics. *Journal of Social and Personal Relationships*, 5, 439-471.
- Levy, T. & Orlans, M.** (1998). *Attachment, trauma and healing: Understanding and treating attachment disorders in children and families*. Washington, D.C: Child Welfare League of America.
- Lewis M.** (1997) *Altering Fate : Why the past does not predict the future*, The Guilford Press , NY
- Lieberman, A.F., et C.H. Zeanah** (1995). *Disorders of Attachment in Infancy* , Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, vol. 4, no 3.
- Loeillet Eric**, *La théorie de l'attachement : rappels, constats, élargissements*, <http://loeillet.chez.tiscali.fr/html/l'attachement.htm>
- Lott D.A.** (1998) *Développement du cerveau, attachement et impact sur la vulnérabilité psychique* , in Psychiatric Times, May 1998, vol.XV , n° 5 <http://www.mhsource.com/pt/p980547.html>
- Lovett J.** (1999). *Small wonders: Healing childhood trauma with EMDR*. New York: Free Press.
- MacLean P.D.** (1991). *The Triune Brain in Evolution*, Plenum, New York.
- Magid K. & McKelvey C.A.** (1987). *High risk: Children without a conscience*. Golden, CO: M & M Press.
- Main M. & Hesse E.** (1990). *Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism?* In M. T. Greenberg & D. Cicchetti (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161-182). Chicago: University of Chicago Press.
- Main M.** (1996), *Introduction to the special section on attachment and psychopathology: 2. Overview of the field of attachment*. Journal of Counseling and Clinical Psychology 64:237-243.
- Main T.** (1989). *'The ailment' and other psychoanalytic essays*. Free Association Books, London.
- Main, M., & Soloman, J.** (1990). In M. Greenberg *The process of identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation.*, D. Cicchetti, & M. Cummings (Eds.), *Attachment in preschool years*. Chicago: University of Chicago Press.
- Mamelle N. et al** (1991), *Composantes psychologiques dans l'étiologie de la prématurité*, in Raimbault G. (dir.), *Enfance menacée*, Paris, Inserm.
- Manciaux M, Deschamps JP.** (1976) *L'adoption des enfants étrangers*. Concours Med 1976 ; 98 : 2358.
- Martineau, Caroline, Dr.** *Le stress post-traumatique est responsable de troubles psychiatriques très invalidants*, <http://www.upml.fr/quotidien/congrès/c5878p04.htm>
- Masters, J., & Wellman, H.** (1974). *The study of human infant attachment: A procedural critique*. Psychological Bulletin, 81, 218-237.
- Mather M.** (1995) *Problems of overseas adoption*. BMJ 1995 ; 310 : 603.
- Mattei J.F.** (1997) *Cheminement d'une loi : l'adoption entre cœur et raison*. In : Journées parisiennes de pédiatrie Paris : Flammarion Médecine Sciences, 1997 : 443-8.
- Maury, F.** (1999) *L'adoption interracial*. Collection Psycho-logiques, L'Harmattan, France. Chapitre 3 et 5.
- Maxwell L.E.**(1996) *Multiple Effects of Home and Day Care Crowding*, Environment and Behaviour, vol. 28, no 4, 1996, p. 494-511.
- May J.** *Les parents en tant que partenaires dans le traitement des enfants souffrant de troubles de l'attachement* , The Family Attachment and Counseling Center of Minnesota, Inc. 18322-C Minnetonka Blvd. Deephaven, Minnesota 55391 (952) 475-2818 (952) 475-3356 fax
- May R.** (1977). *The Meaning of Anxiety*, Washington Square Press, Pocket Books, New York, 196-213.
- Mazet Ph.** (1996) *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*., éd. Maloine, Paris
- McFarlane** (Eds.), *Traumatic Stress*, New York: The Guilford Press.
- McKelvey, C.A., & Stevens, J.** (1994). *Adoption crisis - The truth behind adoption and foster care*. Golden, CO: Fulcrum Publishing.

- McKewen, B., & Gould, E.** (1990). *Commentary: Adrenal steroid influences on the survival of hippocampal neurons*. *Biochemical Pharmacology*, (40), 11, 2393-2402.
- Mead, G.H.** (1934). *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago.
- Meaney, M.** (1997). *Le développement de l'enfant et ses effets à long terme sur la santé*, Conférence présentée à l'Université Mc Gill dans le cadre de l'Institute for CorText Research and Development.
- Melina, L.** (1986) *Raising adopted children, a manual for adoptive parents*. États-unis, Harpers Collins pub., 1986. Chapitres 8, 9, 10.
- Melina, L.** (1989) *Making sense of adoption*. États-unis, Harpers Collins pub., 1989. Chapitres 6 et 7.
- Meyer G.**(1998) *La crèche lieu de garde, le jardin d'enfants lieu de socialisation : une opposition réductrice*, dans A. M. Fontaine et J. P. Pourtois (dir.), *Regards sur l'éducation familiale*, Bruxelles, DeBoeck, 1998, p. 143-154.
- Miljkovitch R.** (2001) *L'attachement au cours de la vie*. PUF, Le fil rouge, Paris.
- Miljkovitch R., Halfon O. :** *La contribution distincte du père et de la mère dans la construction des représentations d'attachement du jeune enfant*, ENFANCE, n°3, 1998,p. 103 à 113.
- Mikulincer, M., Florian, V., & Tolmacz, R.** (1990). Attachment styles and fear of personal death: A case study of affect regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 273-280.
- Miller L, Kiernan M, Mathers M, Klein. Gitelman M.** (1995) *Developmental and nutritional status of internationally adopted children*. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995 ; 149 : 40-4.
- Minde, K.** (1999). *Mediating attachment patterns during a serious medical illness*. *Infant Mental Health Journal*, 20(1), 87-104.
- Minskew, D., & Hooper, C.** (1990). *The adoptive family as a healing resource for the sexually abused child: A training manual*. Washington, D.C.: Child Welfare League of America.
- Minuichin, S.** (1992). *Family healing: Strategies for hope and understanding*. New York: Macmillan.
- Molenat F.** (1992), *Mères vulnérables*, Stock-Laurence Pernoud.
- Montagner, H.** (1988), *L'attachement. Les débuts de la tendresse*, Paris, Odile Jacob.
- Montagner, H.** (1993) *L'enfant, acteur de son développement*. Pernoud, Stocok.
- Morgan A.** (1973). The heritability of hypnotic susceptibility in twins. *J. Abnormal Psychol.*, 82, 55-61.
- Morrier, G.** (1995) *Les stratégies identitaires des adolescents de l'adoption internationale appartenant à deux groupes racisés*. Mémoire de maîtrise en sociologie, Université du Québec à Montréal, 1995. 178 pages.
- Mosearello R.** (1991). *Posttraumatic stress disorder after sexual assault : its psychodynamics and treatment*. *J. AM. Acad. of PSA*, 19 : 2, 235-253.
- Murphy S.** *Status of natural disasters victims health and recovery 1 and 3 years later*. *Research In nursing and Health*, 9, 331-340.
- Nelson C.A., Bloom F.E.** (1997), *Child development and neuroscience*. *Child Dev* 68(5):970-987.
- Noel J.**(1985) *Aspects psychologiques de l'adoption des enfants étrangers*. *Rev Pediatr* 1985 ; 21 : 299-305.
- Noshpitz J. and King R.** (1991). *The self : Stern's theory of development, Pathways of Growth* in *Essentials of Child Psychiatry*, Wiley, New York, pp. 190.199.
- O'Brien Caughy M., Dipietro J.A. et Strobino M.**(1994) *Day-Care Participation as a Projective Factor in the Cognitive Development of Low-Income Children*, *Child Development*, vol. 65, 1994, p. 457-471
- O'Connor, T., Bredenkamp, D., Rutter, M., & English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team.** (1999). *Attachment disturbances and disorders in children exposed to early severe deprivation*. *Infant Mental Health Journal*, 20(1), 10-29.
- O'Hanlon, W.H., & Weiner-Davis, M.** (1989). *In search of solutions: A new direction in psychotherapy*. New York: Norton.
- Osofsky, J.D.** (1993). *Applied psychoanalysis: How research with infants and Adolescents at high psychosocial risk informs psychoanalysis*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 41, 193-207.
- Ouellette, F.** (1996) *L'adoption, les acteurs et les enjeux autour de l'enfant*. Les Presses de l'Université, Laval, Québec.
- Ouellette, F-R., Belleau H.**(1999) *L'intégration familiale et sociale des enfants adoptés à l'étranger: recension des écrits*. Québec, INRS-Culture et Société, 1999,.194 pages.
- Oui A.**(1997) *Évolution de l'adoption dans sa réalisation pratique par les services d'action sociale depuis 30 ans*. In : Journées parisiennes de pédiatrie 1997. Paris : Flammarion Médecine Sciences : 435-42.
- Palacio-Quintin E.** (1989) *Variables de l'environnement familial qui affectent le développement intellectuel des enfants de milieu socio-économique faible*, 1989. Rapport de recherche soumis au Conseil québécois de la recherche sociale.
- Palacio-Quintin E. et Coderre R.** (1999) *L'influence des services de garde sur le développement de l'enfant*, Rapport soumis au Conseil québécois de la recherche sociale, subvention RS-2989.
- Parkes, C.M., Stevenson-Hinde, J. & Marris, P.** (Eds.) (1991). *Attachment across the lifecycle*. New York: Routledge.

- Patrick M., Hobson R., Castle D., Howard R. & Maughan B.** (1994) *Personality Disorders and the mental representation of early social experience*. Development and Psychopathology, 6, 375-388
- Patten S.B., Gatz, Yvonne K., Jones, Berlin and Thomas, Deborah L.** (1989). *Posttraumatic stress disorder and the treatment of sexual abuse*, Social Work, May, 197-202.
- Paulson M.J., Coombs R.H., Landsverk J.** (1990) *Youth who physically assault their parents*. J Fam Violence 1990 ; 5 : 121-33.
- Peroutka S.P. and al.** (1989). *Clinical utility of pharmacological agents that act out serotonin receptors*. J. of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 1 : 3, 253-262.
- Perry, B.D.** (1994). *Neurobiological sequelae of childhood trauma: Post-Traumatic stress disorders in children*. In M.Murberg (Ed.), Catecholamine Function in post traumatic stress disorder: Emerging concepts, 233-255. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Peterson, J.** (1995) *The invisible Road. Parental Insights to Attachment Disorders*. Loving Homes, Inc. USA.
- Pierrehumbert B.** (1995) *Attachement et séparations dans le jeune âge*, dans Y. Preteur et M. Leonardis (dir.), Éducation familiale, image de soi et compétences sociales, Bruxelles, De Boeck, 1995, p. 89-103.
- Pierrehumbert B.** (1998) *Le colloque imaginaire : une génération plus tard*. in Enfance, n°3, 1998, p. 3 à 12.
- Pierrehumbert B., Karmaniola A., Sieye A., Meister C., Miljkovitch R., Halon O.** (1996) *Les modèles de relation: Développement d'un auto-questionnaire d'attachement pour adultes*, Psychiatrie de l'Enfant ; XXXIX, 1,161-206
- Pierson M.**(1979) *Réflexions sur l'adoption*. Arch Fr Pediatr 1979 ; 36 : 113-20.
- Purper-Ouakil D., Douniol M., Le Heuzey M.F., Mouren-Siméoni M.C.**(2001) *Les enfants battent aussi leurs parents* revue du Praticien, Médecine générale, tome 15 N°532 du 26 mars 2001, pp. 609 à 611
- Purper-Ouakil D., Michel G., Mouren-Siméoni M.C.** (2000)*Le tempérament obsessif-difficile : à propos d'un cas*. Ann Psychiatr 2000 ; 15 : 190-5.
- Putnam, F. W.** (2000) *Effects of abuse and neglect on neurodevelopment: An update*. Paper presented at the San Diego Conference on Responding to Maltreatment, San Diego, CA.
- Putnam, F. W., & Trickett, P. K.** (1997). *Psychobiological effects of sexual abuse. A longitudinal study*. Annals of the New York Academy of Sciences, 821, 150.159.
- Pynoos, R.S., Steinberg, A.M., Goenjian, A.** (1996). *Traumatic stress in childhood and adolescence: Recent developments and current controversies*. In B.A. van der Kolk, A.C.
- Querleau, D. & Renard, Z.** (1981). *Les perceptions du fœtus humain*. Cited in DeCasper, A.J. & Prescott, P.A. (1984). Human newborns' perception of male voices: Preference, description, and reinforcing value. Developmental Psychology 17(5), 481-491.
- Radke-Yarrow, M., Cummings, E. M., Kuczynski, L., & Chapman, M.** (1985). *Patterns of attachment in two- and three-year-olds in normal families and families with parental depression*. Child Development, 56, 884-893.
- Rand D.C.** (1997) *The spectrum of the parental alienation syndrome*. American Journal of Forensic Psychology, 15-3, 1997.
- Randolf E.** (1997) *Children who shock and surprise: a guide to attachment disorders*. RFR Publications, Kittredge, USA.
- Raphaël-Leff J.** (1983), *Facilitators and regulators : two approaches to mothering*, British Journal of Medical Psychology, 56, 379-390.
- Reber, K.** (1996). *Children at risk for reactive attachment disorder: Assessment diagnosis and treatment*. In Progress: Family systems research and therapy (Vol. 5, pp. 83-98). Encino, CA: Phillips Graduate Institute.
- Rechtschaffen A.** (1975). *Scientific method in the study of altered states of consciousness with illustrations from sleep and dream research in altered states of consciousness, current views and research problems*. Drug Abuse Council, Washington, D.C., 135-191.
- Reitz, Miriam, PhD LCSW, Kenneth W. Watson, MSW,LCSW.**(1992) *Adoption and the family system*. New York, The Guilford press, 1992. Pages 179-201.
- Reno J. J.**, *Il est temps de comprendre*, <http://www.members.tripod.com/radclass/>
- Reuchlin M.** (1991) *Psychologie.*, 9^e éd., Paris, 1991, p. 437 à 442.
Revue ACCUEIL, revue trimestrielle publiée par l'association de parents «Enfance et Familles d'adoption», France.: <http://www.sdv.fr/efa/> *Adoption et origines: le respect d'une histoire*, no 3-4, 1996 *Adoption et discrimination*, no.1, 1998
- Richters, M. M., & Volkmar, E R.** (1996). *Reactive attachment disorders of infancy or early childhood*. In M. Lewis (Ed.), Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook (2nd ed., pp. 498-502). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Richters, M. M., & Volkmar, F. R.** (1994). *Reactive attachment disorder of infancy or early childhood*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 33, 328-332.
- Ries, N.L., & Van Bloem, L.** (1990). *Pitched vocal responses of zero to three week-old neonates to sung musical stimuli*. Paper presented at the International Society of Music Education Conference.

- Robin M., Casati I., Candilis-Huisman D.** (1995) *La construction des liens familiaux pendant la première enfance*, Approches francophones., 1^{ère} éd. PUF, Paris, 1995
- Robin R.** (1994) *Overseas adoption*. BMJ 1994 ; 309 : 1516.
- Robinson TN, Wilde ML, Navacruz LC, Haydel KF, Varady A.** (2001) *Effects of reducing children's television and video game use on aggressive behavior : a randomized controlled trial*. Arch Pediatr Adolesc Med 2001 ; 155 : 17-23.
- Roegiers L.** (1999), *Le foetus au bout du fil : un lien dès avant la naissance*, Le Journal de Votre Enfant, Bruxelles, Ligue des Familles.
- Roegiers L.,** (1994) *Les cigognes en crise, Désir d'enfant, éthique relationnelle et fécondation in vitro*, Bruxelles, De Boeck.
- Roegiers L.,** (1999), *Interruption de grossesse, interruption de couple ?*, Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, n°23, 1999/2.
- Roggman L.A., Langlois J.H., Hubbs-Tait L. et Riesner-Danner L.A.** (1994) *Infant Day-Care, Attachment, and the 'File Drawer Problem'*, Child Development, vol. 65, 1994, p. 1429-1443.
- Rongey J.** (1992). *Sexual abuse and the LD child*. LDA Newsbriefs, 27 : 1, 12-13.
- Rose S.** (1992). *Is it schizophrenia or flashbacks to abuse ?* OMH News, V. III, Jan.p. 16.
- Rosemberg M.** (1999) *Les mots sont des fenêtres (ou des murs)*. Introduction à la communication non-violente. Ed. Jouvence.
- Rosenstein D. & Horowitz H.A.** (1996) *Adolescent Attachment and psychopathology*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 244-253
- Ross C.A.** (1989). *Multiple personality disorder*, Wiley, New York.
- Rubellin. Devichi J.** (1995) *Réflexions sur le droit de l'adoption française et internationale*. Neuropsychiatr Enfance 1995 ; 43 : 427-33.
- Rubenstein J.L. & Howes C.** (1983) *Socio-Emotional Development of Toddlers in Day Care : The Role of Peers and of Individual Differences*, Early Education and Day Care, vol. 3, 1983, p. 13-45 ;
- Rutter, Chadwick and Shaffer** (1983). *Head Injury in Development Neuropsychiatry*, Ed. by Michael Rutter, Guilford Press, New York.
- Rutter, M & O'Connor, T.** (1999). *Implications of attachment theory for child care policies*. In J.Cassidy & P.R.Shaver, (Eds.), Handbook of Attachment: Theory and Clinical Applications, New York: The Guilford Press.
- Rutter, M.** (1995). *Clinical Implications of Attachment Concepts: Retrospect and Prospect*, Journal of Child Psychology and Psychoanalysis, vol.36, no 4, 549-571.
- Rycus, J.S., et R.C. Hughes** (1998). *Field Guide to Child Welfare*, vol.4, Washington, CWLA Press.
- Rygaard N.P., psychologue clinicien danois** L'enfant avec des troubles de l'attachement en classe
- Sable, P.** (1997). *Disorders of adult attachment*. Psychotherapy, 34(3), 286-296.
- Salomé, J.** (1989) *Papa, Maman, écoutez-moi vraiment*. Albin Michel, Paris.
- Sauzier M. and Mitkus C.** (1985). *Emergencies III Sexual abuse and rape in childhood* in Manual of Clinical Child Psychiatry, 213-240.
- Schenberg S.M., Kuhn C.M., Field F.M. and Bartolome J.V.** (1990). *Maternal deprivation and growth suppression in advance in touch*. Ed. by Nina Gunzenhauser, Johnson and Johnson Consumer Products. Inc., New Jersey.
- Schneider, E.L.** (1991). *Attachment Theory and Research: Review of the Literature*, Clinical Social Work Journal, vol. 19, no 3, 251-266.
- Schooler, Jayne.**(1995) *Searching for a past, the adopted adult's unique process of finding identity*. États-Unis, Pinon press. Pages 34-36 et pages 163-178.
- Schore A.N.** (1996), *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum.
- Schore A.N.** (1996), *The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology*. Development and Psychopathology 8:59-87.
- Schore A.N.** (1997), *Early organization of the nonlinear right brain and development of a predisposition to psychiatric disorders*. Development and Psychopathology 9:595-631.
- Schwartz E.D. and Kowalski J.M.** (1991). *Malignant memories : PTSD in children and adults after a school shooting*. J. AM. Acad. Child of Adol. Psychiatric, 30 : 6 (Nov.), 936-944.
- Secrétariat à l'adoption internationale.** *Actes Colloque adoption 94, dessine-moi une famille*. Bibliothèque nationale du Québec, 1995.
- Shapiro, F.** (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, F.** (1997). *EMDR, the breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress and trauma*. New York: Harper Collins.
- Shaver** (Eds.), *Handbook of attachment* (pp.355-377). New York: Guilford.

- Shaver, P.R., & Hazan, C.** (1993). *Adult romantic attachment: Theory and evidence*. In D. Perlman & W. Jones (Eds.), *Advances in Personal Relationships*. Vol 4 (pp. 29-70). London: Jessica Kingsley.
- Shields, A., & Cicchetti, D.** (1998). *Reactive aggression among maltreated children: The contributions of attention and emotion dysregulation*. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 381-395.
- Shin, Y., Lee, K., Min, S., & Emed, R.** (1999). *A Korean syndrome of attachment disturbance mimicking symptoms of pervasive developmental disorder*. *Infant Mental Health Journal*, 20(1), 60-76.
- Sills Mitchell MA, Jenista JA.** (1997) *Health care of the internationally adopted child. Part 2 : Chronic care and long term medical issues*. *J Pediatr Health Care* 1997 ; 11 : 117-26.
- Sills Mitchell MA, Jenista JA.** (1997) *Health care of the internationally adopted child. Part 1 : Before and at arrival into the adoptive home*. *J Pediatr Health Care* 1997 ; 11 : 51-60.
- Simpson, J.A. & Rholes, W.S.** (1998). *Attachment in adulthood*. In J.A. Simpson & W.S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships*. (pp. 3-21). New York: Guilford.
- Simpson, J.A.** (1990). *Influence of attachment styles on romantic relationships*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 971-980.
- Simpson, J.A., Rholes, W.S., & Nelligan, J.S.** (1992). *Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation: The role of attachment styles*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 434-446.
- Smith, C.** (1997). *Comparing traditional therapies with narrative approaches*. In C. Smith & D. Nylund (Eds.) *Narrative therapies with children and adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Solomon, J. George, C., & De Jong, A.** (1995). *Children classified as controlling at age six: Evidence of disorganized representational strategies and aggression at home and school*. *Development and Psychopathology*, 7, 447-464.
- Sontag S.** (1990). *Illness as metaphor*, Doubleday, New York (reprint).
- Soule M. et al** (1999) *Ecoute voir... L'échographie de la grossesse*, Paris, Eres.
- Spangler, G.** (1991). *The emergence of and renocortical circadian function in newborns and infants and its relationship to sleep, feeding and maternal adrenocortical activity*. *Early Human Development*, 25(3), 197-208.
- Sparrow, S.S., Balla, D.A., & Cicchetti, D.V.** (1984). *Vineland adaptive behavior scales*. Circle Pines, MN: American Guidance Service, Inc.
- Sperling, M.B. & Berman, W.H.** (Eds.) (1994). *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives*. New York: Guilford.
- Spiegel D. and King R.** (1992). *Hypnotizability and CSF HVA levels among psychiatric patients*. *Biological Psychiatry*, 31 : 1, 95-98.
- Spiegel R. and Spiegel D.** (1978). *Trance and treatment*. APA Press, Washington, D.C.
- Spitz, R. A.** (1950). *Anxiety in infancy: A study of its manifestations in the first year of life*. *International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 138-143.
- Spitz, R.A.** (1968) *De la naissance à la parole. La première année de la vie*. Presses Universitaires de France.
- Spratt Eve G.**, *Troubles réactionnels de l'attachement: Ce que nous savons de ce trouble et les implications pour le traitement*
- Stainton C.** (1990), *Parents' awareness of their unborn infant in the third trimester*, *Birth* 17:2 June 1990.
- Stams G.J., Juffer F., Rispen J. en Hoksbergen R.A.C.** (2001). *Het functioneren van zevenjarige kinderen die als baby uit het buitenland werden geadopteerd*. *Kind en Adolescent*, 22, 3, p.114-140.
- Stauffer, L. B., & Deblinger, E.** (1996). *Cognitive behavioral groups for nonoffending mothers and their young sexually abused children: A preliminary treatment outcome study*. *Child Maltreatment*, 1, 65-76.
- Steinhauer, P.D.** (1996). *Le Moindre Mal*, Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 463 p.
- Stellern, J.** (1988). *Emotional disturbance*. Laramie, WY: University of Wyoming Press.
- Stern, D.** (1992) *Journal d'un bébé*. Calmann Lévy, Paris.
- Stern, D.** (1995), *La constellation maternelle*, Paris, Calmann-Levy.
- Stern, D., Hofer, L., Hoft, W. and Dore, J.** (1985). *Affect attunements : the sharing of feeling states between mother and infant by means of inter-modal fluency* in T. Field and N. Fox (Ed.) *Social Perception in Infants*, Norwood, N.J. Ablex, pp. 67-90.
- Stern, D.N.** (1977) *The First Relationships: Mother and Infant*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Stern, D.N.** (1981) *Mère-enfant, les premières relations*, Mardaga, Bruxelles, 1981
- Stovall, K. C., & Dozier, M.** (1997). *The evolution of infant attachment in new relationships: Single-subject analyses of ten fosterinfant-caregiver dyads*. Manuscript submitted for publication.
- Streiner, D.L., & Norman, G.R.** (1989). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use*. Oxford: Oxford University Press.
- Stringer K.** (1999) *What is attachment ? ToddlerTime*, http://www.toddertime.com/what_is_attachment.htm,
- Stroufe, L.A.** (1997). *Psychopathology as an outcome of development*. *Development and Psychopathology*, 9, 251-268.

- Swenson, C. C., & Hanson, R. F.** (1998). *Sexual abuse of children: Assessment, research and treatment*. In J. R. Lutzker (Ed.), *Child abuse: A handbook of theory, research and treatment* (pp. 475-499).
- Tarabulsky Georges M., Larose Simon, Pederson David D., Moran Greg,** *Comprendre le rôle des relations d'attachement parent-enfant dans le développement humain*
- Teicher M.H., Ito Y., Glod C.A. et al.** (1997) *Preliminary evidence for abnormal cortical development in physically and sexually abused children using EEG coherence and MRI*. *Ann NY Acad Sci* 821:160-175.
- Teodoru N.** (1991). *Child abuse and maltreatment : issues for adult services* (unpublished).
- Thomas A. and Chess S.** (1977). *Temperament and Development*, Brunner/Mazel, New York, pp. 153-204.
- Thomas N.L.** *When love is not enough*,
- Tucker-Ladd, CE** (1960) *Psychological Self Help*. University of Iowa, <http://mentalhelp.net/psyhelp/>
- Uhde T. and Nemiah J.C.** (1990). *Panic and generalized anxiety disorders* in Kaplan and Sadock (Ed.). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Williams and Wilkins, 953-972.
- Vallerand, R.J.** (1989). *Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaire psychologique: implications pour la recherche en langue française*. *Psychologie canadienne*, 30, 662-680.
- Van Bloem L.L.** (1999) *Attachment oriented individual and family therapy*. Attachment Home Page, <http://www.attach-bond.com/>
- Van der Kolk and Van der Hart O** (1989), *P. Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma*. *AM. J. of Psychiatry*, 146 : 12, 1530-1540.
- Van der Kolk B.** (1983). *The trauma spectrum : the interaction of biological and social events in the genesis of the trauma response*, *Journal of Traumatic Stress*, 1 : 3, 273-290.
- Van der Kolk B. and Ducey C.P.** (1989). *The psychological processing of traumatic experience : Rorschach pattern in PTSD*, *Journal of Traumatic Stress*, 2 : 3, 259-274.
- Van der Kolk B.A.** (1985). *Adolescent vulnerability to post-traumatic stress disorder*. *Psychiatry*, 48, 365-370.
- Van der Kolk B.A.** (1987). *Psychological Trauma*, A.P.A. Press, Washington.
- Van der Kolk B.A.** (1989). *Compulsion to repeat the trauma : re-enactement, revictimization and masochism* in Kruff. R.P. (Ed.). *Treatment of Victims of Sexual Abuse in Psychiatric Clinics of North America*, W.B. Saunders, Philadelphia, 12 : 2, 389-412.
- Van der Kolk B.A., Perry J., Christopher and Herman, Lewis J.** (1991). *Childhood origins of self-destructive behavior*. *AM. J. Psychiatry*, 148, 1665-1671.
- Van der Kolk, B.A.** (1994). *The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of PTSD*. *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 253-265.
- Van Ijzendoorn, M.H., Juffer, F. et M.G. Duyvesteyn** (1995). *Breaking the Intergenerational Cycle of Insecure Attachment: A Review of the Effects of Attachment-Based Interventions on Maternal Sensitivity and Infant Security*, *Journal of child Psychology and Psychiatry*, vol. 36, no 2, 225-248.
- Vandell D.L., Henderson V.K. et Wilson K.S.** (1988) *A Longitudinal Study of Children with Day-Care Experiences of Varying Quality*, *Child Development*, vol. 59, 1988, p. 1286-1292.
- Veldman F.** (1989), *Haptonomie*, Paris, PUF, 1989.
- Verdier, P.** (1997) *Ces enfants dont personne ne veut*. Dunod, Paris.
- Verney, T., & Kelly, J.** (1981). *The secret life of the unborn child*. New York: Summit Books.
- Verrier, N.W.** (1993) *The primal wound: understanding the adoptive child*. Baltimore, MD: Gateway Press.
- Von Klitzing K.** (1990). *Credibility examination of children and adolescents on the question of sexual abuse*. *European J. of Child and Adol. Psychiatry, Acta Paedopsychiatrica*, 181-190.
- Wallerstein J.S., Blakeslee S.** (1989) *Second chances*. New York, Ticknor & Fields
- Wallerstein J.S., Kelly J.B.** (1980) *Surviving the breakup : How children and parents cope with divorce*. New York, Basic Books.
- Wallon H.** (1970) *Les origines du caractère chez l'enfant*, PUF, Paris
- Walsh, F.** (1998). *Strengthening family resilience*. New York: Guilford Press.
- Wasik B.H., Ramey C.T., Bryant B. et Sparling J.J.** (1990) *A Longitudinal Study of Two Early Intervention Strategies : Project care*, *Child Development*, vol. 61, 1990, p. 1682-1696.
- Waters E., Merrick S.K., Albersheim L. & Treboux D.** (1995) *Attachment security from infancy to early adulthood : a 20 year longitudinal study"*, Paper presented at the biennial meeting of Society for Research in Child Development, Indianapolis, in
- Waters, E., Posada, G., Crowell, J., & Lay, K.L.** (1993). *Is attachment theory ready to contribute to our understanding of disruptive behavior problems? Development and psychopathology*. Cambridge University Press, 215-224.
- Weisaeth L. and Eitinger L.** (1991). *Research on PTSD and other posttraumatic reactions : European Literature*, *PTSD Research Quarterly*, 2 : 2, 1-2.
- Weiss, R.S.** (1991). *The attachment bond in childhood and adulthood*. In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the lifecycle*. (pp.66-76) New York: Routledge.

- Welch, M.** (1984). *Retrieval from autism through mother-child holding*. In E.A. & N. Tinbergen. *Autistic children - New hope for a cure*. London: George Allen & Unwin, 322-336.
- Welch, M.** (1988). *Holding Time*. New York: Fireside.
- Wessels H, Lamb M. & Hwang C.P.** (1996) *Cause and Causality in Daycare Research : An Investigation of Group Differences in Swedish Child Care*, *European Journal of Psychology of Education*, vol. 11, no 2, 1996, p. 231-245.
- West, M.L. & Sheldon-Keller A.E.** (1994). *Patterns of relating: An adult attachment perspective*. New York: Guilford.
- White, M., & Epston, D.** (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- Whitebook M., Howes C. et Phillips D.**(1989) *Who Cares? Child Care Teachers and the Quality of Care in America : Final Report*, National Child Care Staffing Study, Oakland (CA), 1989, Child Care Employee Project
- Wickes, B.R.** (2000). Integrating concepts from western psychological and Buddhist perspectives. In T. Levy (Ed.), *Handbook of attachment interventions*. (pp. 111-128). San Diego: Academic Press
- Widlocher D.** (1999) *Clivage et sexualité infantile dans les états limites* in *Les états limites*, PUF Paris
- Winnicott D.W.** (1958), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969.
- Wolfe M.S.** (1992) *Tropical diseases in immigrants and internationally adopted children*. *Med Clin North Am* 76 : 1463-80
- Yarrow, L. (1961)**. Maternal deprivation: Towards an empirical and conceptual reevaluation. *Psychological Bulletin*, 58, 459-490.
- Yarrow, L. (1964)**. Separation from parents during early childhood. In M. Hoffman & L. Hoffman (Eds.), *Review of child development research*. New York: Russell Sage Foundation.
- Yarrow, L. (1972)**. Attachment and dependency: A developmental perspective. In J. Gerwitz (Ed.), *Attachment and dependency*. Washington, D.C.: V.H. Winston and Sons.
- Zazlow, R., & Menta, M. (1975)**. *The Psychology of the Z-process: Attachment and activity*. San Jose: San Jose State University Press.
- Zazzo R.** : *L'attachement*. 2^e éd. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, Paris, 1979.
- Zeanah, C. H., Mammen, O. K., & Lieberman, A. F.** (1993). *Disorders of attachment*. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 332-349). New York: Guilford.
- Zeanah, C., Danis, B., Hirsheberg, L., Benoit, D., Miller, D., & Heller, S.** (1999). *Disorganized attachment associated with partner violence: A research note*. *Infant Mental Health Journal*, 20(1), 77-86.
- Zeanah, C.H.** (1996). **Pathologies du lien parent-nourrisson et transmission intergénérationnelle**, *PRISME*, vol. 6, no 1, 55-71.
- Zimmerman P., Fremmer-Bombik E., Spangler G. & Grossman K.E.** (1995) *Attachment in adolescence : a longitudinal perspective*, Paper presented at the biennial meeting of Society for Research in Child Development, Indianapolis, IN

REFERENCES DE SITES INTERNET

1. Site de WAT NU? Association néerlandophone de parents d'enfants présentant des troubles de l'attachement – en français - <http://home.tiscalinet.be/contactgroepwatnu/watnufr.html>
2. Site de notre association PETALES – <http://www.petales.org>
3. Site québécois sur l'adoption, très complet - en français - <http://www.quebecadoption.net/>
4. Attachment Center at Evergreen, Colorado - en anglais
<http://www.attachmentcenter.org/articles/article025.htm>
5. Conséquences à long terme des traumatismes de l'enfance précoce, Maurice Green - en français
<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/bibliothq/sallelec/textselect/Green.html>
6. Développement du cerveau, attachement et impact sur la vulnérabilité psychique, par Deborah A.Lott , in Psychiatric Times - en anglais <http://www.mhsource.com/pt/p980547.html>
7. Histoire de Laura, autobiographie d'une jeune femme borderline avec troubles de l'attachement - en anglais et en néerlandais http://huizen.dds.nl/~laura_d/index.html
8. Il est temps de comprendre, texte et diapositives d'une conférence de John J.Reno sur les troubles de l'attachement - en anglais - <http://www.members.tripod.com/radclass/>
9. L'attachement – extrait du travail de fin d'études de Emmanuelle Janin, 1998, France - en français
<http://www.multimania.com/famjanin/>
10. Les neuf choses les plus importantes à ne pas faire par les parents d'enfants présentant des troubles de l'attachement - en anglais - <http://www.svix.com/adsg/donts.htm>
11. Les troubles de l'attachement, par Michelle Saint-Antoine, psychologue canadienne - en français
<http://www.mtl.centresjeunesse.qc.ca/cmulti/defi%5Fjeunesse%5F9910/attachement.htm>
12. My kid is RAD, site très complet avec histoire personnelle, explication des différents troubles psychiques, conseils pratiques - en anglais - <http://www.geocities.com/mykidisrad/>
13. Les traumatismes dans l'enfance, Alice Miller - en anglais -
http://www.vachss.com/guest_dispatches/alice_miller2.html
14. Les traumatismes de la petite enfance et les troubles dus à des stress extrêmes comme facteurs prédictifs des résultats thérapeutiques dans le syndrome de stress post-traumatique, Julian D.Ford et Phyllis Kidd - en anglais - <http://www.trauma-pages.com/ford98.htm>
15. Etude d'un cas - en anglais - <http://www.integrity.net/tina/>
16. Traitement des troubles de l'attachement, Joanne May - en anglais -
<http://members.ozemail.com.au/~jsjp/emdr.htm>
17. Evaluer des enfants plus âgés en famille d'accueil préalablement à leur adoption, Kathleen M.Kirby et Patrick H.Hardesty - en anglais - <http://www.apa.org/journals/pro/pro295428.html>
18. ATTACH, association pour le traitement et l'entraînement à l'attachement des enfants - en anglais
<http://www.attach.org/>
19. Enlèvement parental et troubles de l'attachement - en français -
<http://www.reseauparents.ch/Rapport1NanF.html>
20. Pour les enseignants - en anglais - <http://www.tulsatoday.com/attachment.htm>
21. Pour les jeunes parents - en anglais - <http://www.tulsatoday.com/attachment.htm>
22. Attach-China, site de parents adoptifs d'enfants chinois avec troubles de l'attachement - en anglais
<http://members.aol.com/RAD%20china/index.html>
23. Les défenses sensorielles des enfants entre 2 et 12 ans - en français
<http://planete.qc.ca/sante/elaine/index-problemes.html>
24. Ressources pour parents d'adolescents, très complet - en anglais <http://www.focusas.com/Resources.html>
25. Troubles des conduites et trouble d'opposition défiante - en anglais
<http://pushingyouup.com/steve/ODD.html>

26. Site des troubles de l'attachement - en anglais - <http://www.attachmentdisorder.net/>
27. Association canadienne de parents pour promouvoir l'attachement familial - en anglais
<http://members.tripod.com/~JudyArnall/index.html>
28. Le coin des câlins, comment apprendre à ses enfants à avoir des attachements sécurés - en anglais
<http://www.kuddlekids.com/>
29. Site du Dr Foster W.Cline, spécialiste du traitement des troubles de l'attachement - en anglais
<http://www.netw.com/fostercline/>
30. Site de Nancy Thomas, spécialiste de troubles de l'attachement, auteur de "Quand l'amour ne suffit pas" - en anglais - <http://www.nancythomasparenting.com/index.htm>
31. Troubles des conduites - en anglais - <http://www.conductdisorders.com/>
32. Des faits pour les familles, une centaine de fiches sur différents problèmes psychologiques et psychiatriques concernant les enfants et les adolescents, réalisées par l'Académie Américaine de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent - en anglais - <http://www.aacap.org/publications/factsfam/>
Certaines fiches sont traduites en français <http://www.aacap.org/publications/infofami/index.htm>
33. Site de santé mentale, description de la majorité des pathologies psychiatriques des enfants et des adultes, de leurs caractéristiques et de leur traitement - en anglais - <http://www.mentalhealth.com/p.html>
34. Guide canadien pour les parents d'enfants hyperactifs - en français - <http://planete.qc.ca/sante/elaine/>
35. Site sur le syndrome d'alcoolisme fœtal - en anglais - <http://members.aol.com/creaconinc/index.html>
36. Comportement antisocial - en anglais - <http://psychopath.bsd.uchicago.edu/lect013.htm>
37. Troubles des conduites chez les enfants et les adolescents - en anglais -
<http://www.adhd.com.au/conduct.html>
38. Comportements déviants et anormaux chez les jeunes enfants - en anglais -
<http://www.umm.maine.edu/BEX/students/ChristaGerrish/cg450.html>
39. Association suisse d'aide aux enfants hyperactifs - en français - <http://www.hyperactif.org/>
40. Le jeu thérapeutique - en anglais - <http://www.theraplay.org/>
41. L'attachement et ses troubles, par Nicola Atwool, Néo-Zélandais - en anglais -
http://www.otago.ac.nz/Web_menus/Dept_Homepages/CIC/papers/Atwool.html
42. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent - en français
http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/biblio_bd/cftmea/cftmea1a.html
43. Les troubles de l'attention et l'hyperactivité, par le Dr Jolicoeur, pédopsychiatre canadien - en français
<http://www.aei.ca/~claudej/>
44. Rapport de l'OMS sur la santé mentale dans le monde - en français -
<http://www.who.int/whr/2001/main/fr/contents.htm>
45. Utilisation de l'EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) dans le traitement des troubles de l'attachement - en anglais - <http://members.ozemail.com.au/~jsjp/emdr.htm>
46. Le stress post-traumatique - en français - <http://www.chelseadata.ca/PTSD/ESPTindex.htm>
47. L'hyperactivité avec attention déficitaire - en français -
<http://pro.wanadoo.fr/jerome.grondin/hyperact.htm#pediat>
48. La psychiatrie en Belgique - en français - <http://fr.psychiatrie.be/>
49. Psychologie de l'attachement, nombreuses références théoriques - en anglais
<http://www.psy.pdx.edu/PsiCafe/Areas/Developmental/Attachment/>
50. Les théories de John BOLBY sur l'attachement - en anglais -
<http://www.psy.pdx.edu/PsiCafe/KeyTheorists/Bolby.htm>
<http://www.psych.nwu.edu/~eischens/attachment.html>
51. Réseau sur les troubles de l'attachement - en anglais - <http://www.radzebra.org/Default.htm>
52. Groupe de soutien pour les troubles de l'attachement - en anglais - <http://www.syix.com/adsg/>
53. Page sur les troubles de l'attachement - en anglais - <http://www.attach-bond.com/>
54. Comportements déviants et anormaux chez les jeunes enfants - en anglais
<http://www.umm.maine.edu/BEX/students/ChristaGerrish/cg450.html>
55. Neurofeedback, une méthode de traitement - en anglais - <http://www.eegspectrum.com/>
56. Histoires de famille – nos enfants fâchés - en anglais - <http://www.geocities.com/ourangrykids/histories.html>
57. Comment élever un enfant avec des troubles de l'attachement - en anglais -
<http://web.wt.net/~girlgeek/rad.html>
58. Parentalité de choc, Deborah Hage - en anglais - <http://www.deborahhage.com/>
59. Les ressources du pécher sur l'attachement - en anglais - <http://www.attachment-ga.com/>
60. Les traumatismes de la petite enfance et les stress extrêmes peuvent prédire les résultats thérapeutiques dans les syndromes de stress post-traumatique - en anglais - <http://www.trauma-pages.com/ford98.htm>
61. La blessure primitive - en anglais - <http://www.primalwound.com/>
62. Un site sur la naissance, avec d'excellentes pages sur l'adoption des nouveaux-nés - en anglais
<http://www.birthpsychology.com/birthscene/adoption.html#editor>

63. Site d'un psychologue danois spécialiste des troubles de l'attachement - en anglais
<http://www.sitecenter.dk/www.npr-attachment.dk>
64. Eduquer avec amour et logique - en anglais - <http://www.loveandlogic.com/>
65. Ressources éducatives - en anglais - <http://www.adoptnet.org/resources/>
66. Loi et discipline - en anglais - http://www.wrightslaw.com/info/discipl_index.htm
67. Adoption d'enfants plus âgés - en anglais - <http://hannahandhermama.com/default.htm>
68. Cours online pour parents d'accueil (le développement des enfants, discipline et punition, établir des règles, explorer les alternatives, conséquences naturelles et logiques, modifier l'environnement, drogues) - en anglais
<http://www.wa.gov/dshs/fosterparents/training/index.htm>
69. Comment développer l'attachement chez des enfants plus âgés - en anglais
<http://childparenting.about.com/library/weekly/aa052700a.htm?terms=Attachment+Parenting>
70. Relation entre les troubles de l'attachement et les troubles bipolaires - en anglais
<http://www.rainbowkids.com/Articles/298rad.html>
71. Comment créer des liens avec son bébé - en anglais - <http://www.bconnex.net/~cspcc/daycare/attach.htm>
72. Troubles bipolaires à début précoce - en anglais - <http://www.bpkids.org/>
73. Approche des enfants avec hyperactivité et troubles déficitaires - en anglais
<http://www.difficultchild.com/home.htm>
74. Troubles d'opposition défiante - en anglais - <http://www.klis.com/chandler/pamphlet/odcd/about.htm>
75. Soigner les enfants avec des troubles de l'attention, de l'hyperactivité et des troubles d'opposition défiante - en anglais - <http://www.curingadhd.com/>
76. Troubles d'opposition défiante - en anglais - <http://www.nationalyouth.com/conductdisorder.html>
77. Centre Martha Welch pour le traitement des troubles de l'attachement - en anglais
<http://www.marthawelch.com/welcomecenter/>
78. Le point de vue de l'enfant - en anglais - http://www.attachmentdisorder.net/Child_Point_of_View.htm
79. Prenez soin de vous-même - en anglais - http://www.attachmentdisorder.net/You_Are_Not_Alone.htm
80. Utilisation du questionnaire sur l'attachement adulte - en anglais - <http://www.annafreudcentre.org/Baaf.htm>
81. Le questionnaire sur l'attachement pour l'adulte - en anglais - <http://www.dur.ac.uk/elizabeth.meins/Aai.htm>
82. Attachement chez l'adulte - en anglais - <http://www.annafreudcentre.org/Baaf.htm>
83. Les enfants battent aussi leurs parents - en français -
http://www.33docpro.com/fonds_documentaire/annexes/purper.pdf
84. Site sur les troubles de l'attachement - en anglais -
http://www.attachmentdisorder.net/What_Is_Attachment_Disorder.htm
85. Les troubles mentaux et les troubles du comportement des enfants placés en établissement de long séjour en Roumanie - en français - <http://www.john-libbey-eurotext.fr/articles/san/11/1/5-12/>
86. Mécanismes psychopathologiques de la crise suicidaire - en français –
<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/jeammet.html>
87. Le syndrome d'alcoolisation fœtale - en français - <http://www.safera.qc.ca/page1.htm>
88. Les parents comme partenaires dans le traitement des enfants souffrant de troubles de l'attachement - en anglais - <http://www.familyattachment.com/pages/parentsaspartners.html>
89. Le syndrome d'hyperactivité de l'enfant - en français - <http://www.esculape.com/pediatrie/hyperactivite.html>
90. Education par la restitution: apprendre à réfléchir et à avoir un sens moral - en anglais
<http://www.realrestitution.com/>
91. Les parents partenaires de la rééducation de leur enfant - en anglais - <http://www.sidran.org/sidc13.html>
92. Syndrome de stress post-traumatique chez les enfants et les adolescents - en anglais
http://www.ncptsd.org/facts/specific/fs_children.html
93. Conseils de comportement pour enseignants devant les enfants à problèmes - en anglais
<http://www.behavioradvisor.com/>
94. Approche du traitement du syndrome de stress post-traumatique - en anglais
<http://trauma-pages.com/vanderk.htm>
95. Neurofeedback, une technique utilisée aux USA dans le traitement des troubles de l'attachement - en anglais
<http://www.eegspectrum.com/IntroToNeuro/>
96. L'attachement chez les adultes - en anglais - <http://www.attachmentexperts.com/adult.htm>
97. Instruments pour mesurer l'attachement (tests psychologiques) - en français -
<http://www.geocities.com/bpierreh/index.html>
98. Mensonges - en anglais - <http://www.fosterparents.com/DHage.html>
99. Compulsion des enfants à mentir - en anglais - <http://webhome.idirect.com/%7Ereadon/lies.html>
100. Articles de Cathy Holding, spécialiste des troubles de l'attachement - en anglais
<http://www.cathyholding.com/>
101. Articles de Foster Cline, spécialiste des troubles de l'attachement - en anglais

- <http://www.netw.com/fostercline/handouts.html>
102. Amour et logique, articles sur les troubles de l'attachement - en anglais
<http://www.netw.com/fostercline/handouts.html>
103. La vie psychique de l'enfant - en français - <http://www.arfe-cursus.com/petits-viepsychique.htm>
104. La théorie de l'attachement : rappels, constats et élargissements - en français
<http://loeillet.chez.tiscali.fr/html/l'attachement.htm>
105. Cododo, dormir avec son bébé – en français - <http://cododo.free.fr/>
106. Développement social de 0 à 2 ans - en français
<http://members.tripod.com/marchal/Developpement/social2ans.html>
107. Traumatys, services psychologiques pour les victimes - en français
http://www.traumatys.com/F_traumatys.htm
108. Prématurité et rupture du lien mère-enfant - en français
http://www.serpsy.org/des_livres/des_livres/prematurite_mere_enfant.html
109. APEP, association des parents d'enfants prématurés du Québec - en français
<http://www.colba.net/%7Eapep/>
110. La séparation mère-nourrisson - en français - <http://perso.republica.fr/sdumas/separation.htm>
111. Parents-enfants: l'élaboration des liens - en français - <http://www.one.be/docs/Liens.htm>
112. Destins de l'attachement à l'adolescence - en français - <http://www.kaimh.org/attachement.htm>
113. Théorie de l'attachement - en français - <http://www.angelfire.com/ab/mgaudreault/P3attachement.html>
114. Psychopathologie développementale - en français
<http://www.angelfire.com/ab/mgaudreault/P4developpement.html>
115. Analyse de toutes les études parues sur l'adaptation des enfants adoptés - en français
http://www.inrs-ucs.quebec.ca/pdf/rap2001_01f.pdf
116. Lien et attachement – Quand tout va bien – Quand ça va mal - en anglais
<http://www.washingtonparent.com/articles/9711/bonding.htm>
117. Qu'est-ce que l'attachement ? - en anglais
http://www.otago.ac.nz/Web_menus/Dept_Homepages/CIC/papers/Atwool.html
118. Régulation physiologique chez les jeunes enfants à haut risque - en anglais
<http://www.wam.umd.edu/~sporges/porg96.htm>
119. Base de données anglaise sur l'attachement - en anglais - <http://psyche.tvu.ac.uk/phdrg/atkins/atws/>
120. Théorie de l'attachement et relations intimes - en anglais - <http://tigger.uic.edu/~fraley/moreabout.htm>
121. Soins parentaux - en anglais - <http://www.geocities.com/Athens/Acropolis/3041/parentcare.html>
122. Définition de "réactionnel" - en français - <http://psydocfr.broca.inserm.fr/Encyclopedie/reaction.html>
123. Stress et axe corticotrope – en français
<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/colloques/cr/Stressimmunitereynaud.html>

TABLE DES MATIERES

L'ATTACHEMENT	5
1. John Bowlby et la théorie de l'attachement	5
2. Comment se développe l'attachement	6
a. cycle de la première année de la vie	6
b. cycle de la deuxième année de la vie	8
c. le rôle du père	8
3. Fonctions du comportement d'attachement	9
4. Mary Ainsworth et la situation étrange	11
5. Les profils d'attachement	11
profil B : sécurisé (sécurité affective)	13
profil A : insécurisé ou anxieux (évitant)	13
profil C : insécurisé ou anxieux (ambivalent-résistant)	14
6. L'attachement à l'adolescence	14
7. La transmission intergénérationnelle	15
8. L'attachement à l'âge adulte	15
9. Pourquoi est-ce que l'attachement est si important?	16
LES TROUBLES DE L'ATTACHEMENT	17
1. Que se passe-t-il si l'enfant est séparé de sa mère pendant les premières années de sa vie ?	18
a. séparations de courte durée	18
b. séparations répétées et/ou durables	19
2. Que se passe-t-il si le cycle de l'attachement est rompu pendant les premières années ?	20

3. Facteurs favorisant la rupture du cycle de l'attachement	21
a. avant la naissance	21
b. pendant la période périnatale	21
c. dans la petite enfance	22
d. soins pathogènes	23
e. facteurs de risque parentaux	24
f. problèmes de développement	24
g. facteurs biologiques	24
4. Comorbidité	25
5. Le cas particulier des enfants adoptés	26
6. La résilience	28

LÉSIONS NEUROLOGIQUES 31

1. Facteurs prénataux	31
2. Période post-natale	32
a. état de stress permanent	32
b. mode d'attachement chaotique	33
3. Relation entre l'état de stress du nourrisson et le développement de son cerveau	33
a. élévation du cortisol	35
b. EEG anormaux	36
4. Etat de stress post-traumatique	37
a. effets des hormones de stress	38
b. mémoire post-traumatique	39
c. implications thérapeutiques	40

TYPES D'ATTACHEMENT 43

1. Les types d'attachement selon Mary Ainsworth	43
a. attachement sécurisé	43
b. attachement insécurisé / évitant	43
c. attachement insécurisé / anxieux	43
d. attachement ambivalent	44

2. Les types d'attachement selon Martha Welch	44
a. attachement sécurisé	44
b. attachement résistant	44
c. attachement évitant	45
d. attachement désorganisé	45
3. DSM-IV	46

SYMPTÔMES DES TROUBLES DE L'ATTACHEMENT 49

1. chez le petit enfant (avant 3 ans)	52
2. chez le grand enfant (avant 10 ans)	54
a. troubles du comportement – violence – agressivité	55
b. troubles de l'alimentation	56
c. troubles émotionnels	57
d. compulsion au vol et au mensonge	60
e. agressivité passive	61
f. absence de conscience et de remords	63
g. obsessions sexuelles	64
h. difficultés scolaires	64
3. comportements en fonction du type d'attachement	65
4. chez l'adolescent	66
5. chez l'adulte	69
6. les parents, la famille et l'entourage	70
la dépression chez les parents	
7. problèmes judiciaires	71

PRÉVENTION DES TROUBLES DE L'ATTACHEMENT 73

1. Comment créer des liens sains avec un petit bébé	73
2. Comment créer des liens avec un enfant prématuré	75
3. Comment créer des liens avec un enfant adopté ou accueilli	76
4. Autres idées d'activités pour promouvoir l'attachement	77

5. Autres attitudes préventives	80
ATTITUDES THERAPEUTIQUES	83
1. Parents thérapeutiques	83
2. Aides possibles aux problèmes d'attachement	85
a. la stratégie de rattrapage (remédiation)	85
b. procédure d'accompagnement des parents	85
c. le processus de rattrapage chez le nourrisson	86
d. le processus de rattrapage chez le petit enfant (2 à 4 ans)	86
e. le processus de rattrapage chez l'enfant jusque vers 9 ans	87
f. pour les enfants plus âgés	87
3. Comment s'occuper d'un enfant qui souffre de troubles de l'attachement	88
a. ce qui ne marche pas	88
b. ce qui marche	88
4. Les conséquences naturelles et logiques	90
5. Pour les parents adoptifs	91
6 Comprendre les comportements de son enfant	94
a. cacher de la nourriture	94
b. pipi au lit	94
c. difficultés scolaires	95
d. mensonges et vols	96
e. agressivité physique	97
f. comportement sexuel provocateur	98
g. retrait et rejet	99
7. Thérapies	100
a. pourquoi les thérapies classiques ne marchent pas	100
b. thérapie de l'attachement	102
c. désensibilisation et reprogrammation par les mouvements oculaires	104
1) refaire le récit (parent)	105
2) EMDR (thérapeute)	106
3) découvrir le sens du comportement	106
4) chercher les avantages-clés – le sens de l'opposition	107
5) résultats	108
8. A l'école	109
9. Pour les enseignants	110

10. Et si ça ne marche pas ?	112
LES PARENTS	117
1. Les sentiments des parents	117
2. Le deuil tel que le vivent les parents d'enfants souffrant de troubles de l'attachement	119
3. Le cycle de l'attachement et la relation de couple	121
4. Devenir créatif dans sa relation de couple	122
5. Le syndrome de stress post-traumatique dans la famille	122
LE CAS PARTICULIER DES ENFANTS ADOPTÉS	125
1. Les enfants adoptés reçoivent-ils toutes leurs chances dans leur nouveau pays?	125
2. Etude publiée dans le Lancet 2002	127
3. Pour mon enfant	129
PETALES	133
1. Les objectifs de PETALES	133
2. Organisation et fonctionnement de PETALES	133
3. Nos réalisations	134
4. Le bilan après un an et demi	135
CONCLUSION	137
BIBLIOGRAPHIE	139
REFERENCES ET SITES INTERNET	153
TABLE DES MATIERES	157

INFORMATIONS

PETALES

E-mail : infos@petales.org Internet www.petales.org

« P E T A L E S » asbl.
Rue des Montis, 16
B-5537 ANHEE

PERMANENCE TELEPHONIQUE
071-61.51.23

(tous les jours de 10h à 20h, sauf WE et jours fériés)

CONTACTS REGIONAUX

BRABANT-BXL	bruxelles.be@petales.org	02-654.13.48
HAINAUT	hainaut.be@petales.org	071-61.51.23
LIEGE	liege.be@petales.org	04-263.69.26
LUXEMBOURG	luxembourg.be@petales.org	063-42.21.45
NAMUR	namur.be@petales.org	082-69.91.89

ASSOCIATION NEERLANDOPHONE **WAT NU ?**

H. De Keersmaeckerlaan, 53
B-1780 WEMMEL Tel/Fax 02/460.39.24
www.wat-nu.org watnu@tiscalinet.be

Si vous désirez nous aider financièrement, vous pouvez faire un don
au compte N° 000-1759584-04

Ed. Resp. R. Bergen 5537-ANHEE