

DEVELOPPEMENT DU TROUBLE DE L'ATTACHEMENT SEVERE ET THERAPIE DEPUIS LA PETITE ENFANCE JUSQU'À LA PUBERTE .

1. Résumé.
2. Contexte familial.
3. L'attachement chez le bébé.
4. Le tout-petit et sa vie avant l'école.
5. Age scolaire.
6. Puberté.
7. Age adulte.
8. Développement tardif.
9. Interventions possibles en rapport avec l'âge et la croissance.
10. Conclusion.

Par Niels Peter Rygaard, psychologue praticien,

reconnu par l'Association Danoise de Psychologie, Danemark.

npr@erhvervspsykoologerne.dk

www.attachment-disorder.net www.globalorphanage.net

Résumé : Le Diagnostic du Trouble de l'Attachement (càd : TA) est appliqué chez le patient qui se situe approximativement entre 6 et 17 ans. Cependant, ce « champ de vision » est plutôt étroit, quand les causes et les symptômes agissent très tôt dans la vie. L'auteur donne une vue d'ensemble sur les événements courants dans l'espace d'une vie, basée sur l'expérience clinique et les études sur les TA. Nous avons - utilisé un cas typique imaginaire, suivi tout au long de sa vie, appelé « Henry », qui à chaque étape de développement, donne une description générale illustrant les traits typiques de ce cas. La seconde section donne des exemples de prévention à chaque niveau de croissance, de l'enfant ou du jeune. L'attention se porte sur la période de la conception à la puberté.

LA DISLOCATION DE L'ENTOURAGE D'HENRY

Henry est né dans une culture qui a subi de rapides changements (*). Par conséquent, les rituels et rôles définis pour la prise en charge des uns et des autres dans sa famille ont été perturbés par l'industrialisation, avant sa naissance : les liens entre sa mère et la famille furent plus ou moins rompus. Alors qu'autrefois elle aurait appris la pratique des soins à un nouveau-né de sa grand-mère, sa mère et d'autres femmes, elle était relativement livrée à elle-même pendant sa grossesse ! A l'école, elle a été forcée à parler l'anglais, ce qui l'a aussi empêché d'accéder aux « connaissances des soins » qui avaient été assimilées dans sa langue natale. Elle n'a pas laissé dormir bébé Henry dans un berceau, mais dans un lit. Elle ne l'a pas allaité, mais utilisé un biberon. Elle ne l'a pas laissé vivre dans un groupe de femmes, portant Henry dans un sac sur son dos ; elle devait aussi le laisser seul de nombreuses heures par jour pour aller à l'usine. A l'usine, elle connut l'alcool. Henry ne grandit pas selon la tradition tribale ; en fait, il ne rencontra jamais son père ni son grand-père.

ASPECTS GENERAUX : Les anciennes traditions de soins répondaient aux défis de survie du bébé dans son environnement. Quand l'environnement change rapidement, le pourcentage d'enfants souffrant de Troubles de l'Attachement tend à augmenter, jusqu'à ce que soient créées de nouvelles traditions de soins appropriés, permettant de s'adapter. Vous pouvez étudier les Inuits, les Danois d'il y a 50 ans, ou toute autre société traditionnelle se transformant rapidement : les Troubles de l'Attachement augmentent quand la structure sociale est en pleine mutation. Par exemple, en ce moment, les Chinois connaissent des migrations massives d'un environnement rural vers un environnement urbain, avec leurs économies respectives, ce qui produit une foule d'enfants abandonnés, d'enfants adoptés et une dislocation temporaire des normes culturelles, concernant les modèles locaux de soins aux bébés et les systèmes d'éducation. Notre Henry était né au milieu de ces tumultes ; autrement, il aurait été nommé Atassaq et aurait eu une vie complètement différente.

Approximativement 3 à 5 % d'une population présente de sévères TA . Par contre, dans les périodes de mutation dans la société (guerre, famine, industrialisation rapide, migration, etc.), le nombre croît. La plupart des études sur l'échec de l'attachement sont menées dans le sillage de tels changements, entre autres John Bowlby's (Bowlby 1969, 1973, 1988) qui fit une célèbre étude sur l'attachement chez les enfants d'après-guerre.

() Note du traducteur : La mère d'Henry vient d'une tribu Inuit, les habitants du Groenland sous l'autorité du Danemark*

LA FAMILLE D'HENRY

Son père était parfois très gentil et parfois violent envers sa mère. Il les quitta pour de bon quand Henry avait 6 mois. Sa mère avait quitté la maison à un jeune âge. Elle était, de bien des façons, encore une enfant, bien qu'ayant 25 ans quand Henry vint au monde. Elle était incapable de créer un rythme quotidien pour elle-même, et était émotionnellement imprévisible. Elle pouvait avoir des accès de rage à un moment et être gaie et heureuse, le moment suivant.

ASPECTS GENERAUX : Le schéma familial produisant un Trouble de l'Attachement est :

➤ un père

a) absent, physiquement ou émotionnellement,

b) violent,

c) un « serial father » (« père multiple ») : la mère ayant de nombreuses relations courtes et superficielles avec de nombreux hommes.

➤ une mère

qui n'est pas nécessairement jeune quand elle donne naissance ; plus exactement, elle est émotionnellement instable ou a une personnalité fragile.

Cette dernière caractéristique peut être divisée en 3 sous-groupes :

1 : la mère avec un modèle d'attachement désorganisé et désorienté (et peut-être de nombreux traits psychopathes) (50 %),

2 : la mère souffrant de psychose durant les premières années de la vie de son enfant (schizophrénie, manico-dépression, « état limite » et psychose de l'accouchement) (40 %),

3 : la mère normale, dans la moyenne (10 %), qui, ou bien s'avère être en crise à cause d'événements extérieurs dans les premières années de la vie de bébé, ou bien celle dont le bébé est si fragile et handicapé à la naissance qu'il est incapable de percevoir les tentatives de sa mère pour établir un contact et dont l'attachement ne peut se faire malgré les efforts maternels.

Dans cette catégorie, deux groupes à risques sont actuellement en augmentation : les enfants adoptés (seulement s'ils ont subi la privation avant l'adoption et habituellement, s'ils ont été adoptés à l'âge d'un an ou plus), et les enfants avec un poids extrêmement bas à la naissance (Rygaard 1998).

HENRY DANS LE VENTRE DE SA MERE

Les chances d'Henry étaient contre lui depuis le départ. Durant la grossesse, sa mère était surmenée et dépressive à cause de la perte de plusieurs êtres chers. Son alcoolisme était toxique pour le développement du cerveau d'Henry et elle était incapable de s'occuper d'elle-même. Le poids de naissance d'Henry était bas et la naissance elle-même très compliquée. Après la naissance, il pleurait beaucoup. Elle n'avait pas beaucoup de temps pour le réconforter contre son sein et avoir de courts dialogues avec lui (Maman sourit, Henry sourit, Maman semble morose puis rit, Henry semble morose puis pousse de petits grognements). Aussitôt qu'il pouvait tenir son biberon de lait tout seul, elle cessa de le prendre dans ses bras pour le nourrir.

ASPECTS GENERAUX : La plupart (pas tous) des enfants qui développent un Trouble de l'Attachement ont vécu ce que vous pouvez appeler une « grossesse et naissance insuffisantes ». Ainsi la combinaison d'une insuffisance parentale et d'un nouveau-né très fragile et neurologiquement immature peut être dévastatrice.

Certains enfants développent des Troubles de l'Attachement simplement parce que le parent est incapable d'être un bon soignant. Mais dans la plupart des cas, le bébé aussi était fragile depuis le début. D'un manque de création d'échanges mutuels dans la première année d'interaction (avec la mère), il peut résulter une croissance neurologique insuffisante et une absence de formation des réseaux nerveux adéquats pour le fonctionnement et la régulation des émotions et des connaissances.

Génétiquement, Henri avait la malchance d'être un garçon, et les garçons sont bien plus vulnérables à la plupart des maladies et au stress que les filles. Approximativement 75 % de tous les enfants qui développent un Trouble de l'Attachement seraient des garçons. (Schulsinger 1972, Mc Cord 1982).

BEBE HENRY

Quand la maman de « bébé Henry » le câlinait, elle lui faisait souvent peur « pour rire », au-delà des limites de la panique, en n'étant pas très sensible à son humeur. Parfois, elle était aimante et gentille ; parfois, elle avait de soudains accès de rage et lui criait dessus, le secouait ou le laissait seul si elle se trouvait engagée à autre chose. Elle avait pris l'habitude de commencer à le cajoler et ensuite de le mettre abruptement sur le côté, au milieu de tout. S'il pleurait ou hurlait, elle devenait très énervée et, en le grondant, lui reprochait de ne pas l'aimer. Comme si un bébé de 6 mois pouvait avoir des arrière-pensées à travers ses actions. Henri avait souvent des problèmes d'estomac et des coliques, il ne prenait pas de poids et ne grandissait pas autant qu'il aurait dû, il ne dormait pas bien et avait souvent de la fièvre. Quand une infirmière l'examina à 9 mois, son périmètre crânien était très étroit pour son âge, il était incapable de lever la tête en étant couché sur le dos ou le ventre et son tonus musculaire était bas. Elle ne pouvait établir de contact visuel avec lui. En conséquence, il fut admis à l'hôpital pour un mois, et beaucoup de personnes différentes le soignaient pendant la journée.

ASPECTS GENERAUX : la mère d'Henry manifeste de nombreux traits de comportement du modèle d'attachement « désorganisé/désorienté », typique des mères qui furent sévèrement privées dans leur propre enfance. Ce modèle d'attachement est lié au développement du trouble de la personnalité, plus tard dans la vie.

A l'âge d'un an, il y a déjà 70% de chances qu'Henry ait un schéma identique à l'âge adulte (Shaver & Cassidy 1999).

Du point de vue neurologique, le cerveau d'Henry est déjà bien attardé :

1. Son tronc cérébral est incapable de produire le niveau d'activité requis parce que sa mère ne le touche pas, ni ne lui donne de stimulation vestibulaire ce qui normalement augmente l'activité du tronc cérébral et la stabilise vers 9 mois. Cela signifie que l'activité de son système nerveux demeure aussi instable et basse que chez le nouveau-né : pouls, respiration, régulation de la température, régulation du sommeil, des veilles et des rythmes de l'attention. Les schémas de l'appétit et de la digestion restent instables et cette sévère instabilité peut rapidement devenir chronique. De plus, le tronc cérébral est responsable de la production d'hormones de croissance. De l'absence de stimulation résulte une absence de croissance (nanisme psychosocial) et une circonférence crânienne réduite.
2. Son « cerveau émotionnel » ne se programme pas correctement. Le réseau neurologique -qui devra l'aider à s'apaiser des états de panique et d'anxiété- se développe spécialement de l'âge de 10 à 18 mois, et la création de ce réseau dépend lourdement de la capacité de la mère à calmer son enfant et aider à réguler l'intensité des émotions. Le cortex préfrontal d'Henry n'est pas en train d'apprendre à contrôler son « centre de panique », l'amygdale du cerveau, quand il devient excité ou effrayé. Ceci prédit peut-être des problèmes de régulation émotionnelle durant toute sa vie. Il peut devenir « victime de ses sentiments » plus tard dans la vie, incapable de s'apaiser ou de gérer ses réactions émotionnelles.
3. Depuis la naissance jusqu'à l'âge de 2 ans, le cerveau produira normalement un « réseau d'émissions » interne complet, un nombre abondant de connections arborescentes, excédant de loin tout ce dont nous aurons besoin dans la vie. Depuis l'âge de 2 ans jusqu'à la puberté, beaucoup de connections utilisées se renforceront, et les connections non utilisées se détérioreront : le cerveau se spécialise. Dans le cas d'Henry, l'absence de stimulation physique du départ réduira le poids du cerveau de 20 % à l'âge de 2 ans, et la base du « réseau interne » pour le développement futur sera de bien plus pauvre qualité (Struble 1978, Siegle 1999).
4. Quand Henry quitte sa prime enfance, le niveau bas de l'activité du cerveau causera probablement une modification vers une hyperactivité - une activité sans but et sans repos - car ses lobes frontaux ne sont pas assez actifs pour dominer le repos du cerveau. Si le manque de stimulation a été très grave, il a pu développer un « autisme d'institution », étant très passif et sans aucun désir de contact avec les autres. A 20 mois, c'est presque la dernière chance pour tout changer, de schéma d'attachement désorganisé en un schéma bien plus sain (Ackerman & Dozier 2005.)

Note de l'éditeur : L'anatomie et le fonctionnement du cerveau, des implications de la stimulation sur le développement et les rythmes du sommeil / de l'activité sont expliquées à différents degrés de lecture sur le site lecerveau.mcgill.ca

Par ex. : l'influence du tronc cérébral sur l'éveil, le sommeil et le coma
http://lecerveau.mcgill.ca/flash/d/d_11/d_11_cr/d_11_cr_cyc/d_11_cr_cyc.html

LE TOUT PETIT ENFANT HENRY

A l'âge de 3 ans, la mère d'Henry abandonna la partie et Henry fut placé dans une famille d'accueil. Sa nouvelle famille fait du bon travail mais le comportement d'Henry ne leur est pas familier et les trouble. Henry n'a aucun sens des limites, morales ou physiques. A un moment, il peut jouer avec la fille de la famille âgée de 2 ans, l'instant d'après il essaiera de l'étrangler. Il crée de nombreuses situations de conflits/fuites quand les parents d'accueil fixent leurs limites et exigences. Au dîner il refuse parfois de manger et d'autres fois mangera jusqu'à vomir. Il ne pleure pas quand il tombe, il refuse d'avoir un contact physique ou bien d'être câliné. Il met longtemps avant de s'endormir et se lève souvent au milieu de la nuit. Ses rêves et fantaisies sont peuplés de volcans, animaux démembrés et bandits tout puissants. Si on lui donne une instruction, il est capable de la répéter par cœur mais l'oublie immédiatement dès que l'adulte est hors de vue. Les parents d'accueil ont le sentiment soit qu'il les considère comme des ennemis (il nomme sa mère d'accueil « le dragon »), soit il n'a pas du tout besoin d'eux. Il semble indifférent aux contacts et aux soins. Au jardin d'enfants, les autres enfants l'admirent pour sa « bravoure » (cela ne lui fait rien de sauter d'un toit), et en même temps, ces enfants le craignent pour ses violents accès de colère. Il établit le contact d'une manière tout à fait irrésistible avec n'importe quel inconnu, et les parents d'accueil se sentent incompris par leur entourage habituel qui le trouve un garçon gentil, intelligent et charmant. Il se fait rapidement des connaissances, mais ne développe pas d'amitiés proches. Après un an d'efforts héroïques, la famille d'accueil renonce quand Henry pousse leur fille en bas des escaliers et qu'elle se casse le bras. Confronté à ses actions, le seul commentaire d'Henry est : « Elle se trouvait là où je voulais marcher - pourquoi a-t-elle fait cela ? Pourrions-nous jouer encore ? J'aimerais ça ».

ASPECTS GENERAUX : Habituellement, le trouble de l'attachement exige de l'attention de la part de la société, depuis l'âge de 2 ans et au-delà. Alors, il devient clair que – émotionnellement et socialement – l'enfant se développe seulement à un rythme très lent, tandis qu'au contraire, les compétences motrices et l'intelligence pourraient être relativement indemnes (Rygaard 1998). Cette contradiction dans les aptitudes conduit souvent à une vue trop optimiste lors d'une première rencontre avec l'enfant, basée sur l'apparence positive de l'enfant et ses capacités apparentes. Néanmoins, ceux qui connaissent l'enfant dans des relations plus longues et intimes, découvrent que l'enfant est en train d'imiter le comportement d'autres, sans en comprendre du tout le sens ou l'intention. En outre, les mécanismes de défense chez l'enfant sont déclenchés par des situations intimes qui devraient normalement faire en sorte que l'enfant se sente en sécurité et aimé. Ceux-ci sont : schémas de lutte/fuite/gel (boycott), comme le vagabondage, les essais de contrôler les autres – y compris un renversement de rôle dans la famille, des cassures et des relations extrêmement ambivalentes – essayant en même temps d'approcher et fuir l'adulte. L'enfant fonctionnera mal dans des situations sociales complexes (quand il y a beaucoup de gens, plus d'une tâche à la fois, nouveaux environnements ou sujets), et tentera d'éviter ce qu'on exige de lui ou tout changement dans son environnement (comme de nouvelles sortes de nourriture).

HENRY A L'ECOLE

L'assistante sociale d'Henry se rend compte qu'elle attrape des cheveux gris, au fur et à mesure que le cas d'Henry s'aggrave. A 7 ans, il est placé dans une autre famille d'accueil, avec des parents d'accueil expérimentés qui reçoivent une supervision régulière et les choses semblent aller bien...

Henry commence à l'école locale dans la campagne d'une manière positive. Après un moment, il se passe un nombre d'incidents en sa défaveur. Son professeur est une femme expérimentée et son rapport de 6 mois est très clair et réaliste :

« Henry est un très brillant et charmant petit garçon, quelque peu petit pour son âge. Il est capable d'apprendre très vite par cœur, mais oublie ce dont on vient juste de parler. En classe, nous avons eu quelques conflits plutôt sévères, mais Henry a découvert que je suis le chef, et maintenant, il obéit à regret. Il répond positivement à des instructions claires et courtes, destinées à lui seul. Il est encore incapable de faire attention à un message général pour la classe. En fait, il essaie souvent de faire ce que je lui demande de faire, mais il n'est pas capable de se concentrer et est distrait par ce qui se passe autour de lui. Il s'ennuie souvent, est agité et impatient. Il est capable d'apprendre assez bien par imitation et répétition mais il a une façon de penser très concrète et ne saisit pas toujours le sens profond du sujet ou texte en question. En classe, il est assez calme aussi longtemps qu'il a mon attention totale, mais chaque événement nouveau ou situation non structurée le déboussole, ainsi il est encore en conflit en dehors des cours. Il doit être préparé de nombreuses fois chaque jour pour ce qui est en train de se passer ou va se passer dans les prochaines minutes. Pour son apprentissage, je dois découper n'importe quel sujet en petits morceaux qui peuvent être appris par cœur, un par un. En dehors de la classe, il a maintenant une « attache », une personne qui l'aide à se socialiser d'une manière acceptable. »

ASPECTS GENERAUX : Bien que l'enfant souffrant de Troubles de l'Attachement soit plus ou moins intelligent, les ressources pour l'apprentissage ne sont pas souvent développées, car ses problèmes sociaux et ses conflits étouffent le processus d'apprentissage.

La base des problèmes d'apprentissage chez les enfants souffrant de Troubles de l'Attachement est toujours une déficience dans le tout premier processus d'apprentissage : la perception du « soignant » comme une entité émotionnelle stable. Ces problèmes d'apprentissage (émotionnels d'abord, plus tard dans un sens cognitif) procèdent du manque d'une première expérience significative relation sécurisante :

- concentration (le soignant répond au contact et prolonge le contact)
- perception forme/fond (le soignant est la référence émotionnelle)
- équilibre (le soignant répond plus ou moins aux différents événements)
- reconnaissance (le soignant est le même dans des situations variables)
- graduation (le soignant est empathique et varie les stimulations)
- endurance à la frustration (le soignant sécurise quand la situation est inconfortable)
- attention mutuelle (le soignant est attentif et récompense l'attention)
- motivation (l'enfant imite les états émotionnels du soignant, comme la joie)

En d'autres mots, **la permanence de l'objet** – apprise en interaction avec le premier objet/soignant – est le pré-requis pour une perception cohérente et stable du monde émotionnel, physique et social autour de nous (Blatt 1998).

HENRY, L'ADO PERPETUEL

Après quelques assez bonnes années dans sa famille d'accueil, Henry entra dans la puberté. Il est soudainement pris en dehors de ses heures scolaires pour vol à l'étalage et la famille découvre que ceci durait depuis un an, de même que l'abus de drogues. Quand il fut confronté aux faits, sa stratégie fut de nier et inventer des histoires fantastiques différentes, basées sur les mêmes faits. Il redouble de colère envers ses parents d'accueil. IL leur attribue toute la responsabilité de ses problèmes, les accusant de l'avoir laissé tomber et de ne pas lui avoir fait confiance. A chaque incident il blâme invariablement les autres et est incapable de voir comment lui-même influence une situation. Il y a un certain nombre de conflits physiques où les parents d'accueil doivent le tenir physiquement, pour éviter son agressivité.

Sa mère d'accueil commence à le craindre et tout en cherchant à être choyé comme un enfant, il cherche aussi à éveiller en eux des sentiments de faiblesse et de culpabilité. Après une dispute, il cherche à mettre le feu à la maison, puis fait une fugue. Il est retrouvé quelques semaines plus tard dans un gang de jeunes beaucoup plus âgés et est ramené à la maison par la police. Après une période de calme, les parents d'accueil sont appelés par téléphone par un parent de l'école. Henry a agressé sexuellement une fillette de 8 ans et il est expulsé. A 15 ans, il s'enfuit pour de bon sans explication et parfois refait surface dans différentes salles d'audience de tribunal et institutions pour la jeunesse.

ASPECT GENERAUX : S'il est traité, l'enfant aura souvent une période calme depuis le début de l'école jusqu'au début de la puberté. Selon l'intensité des bouleversements de la puberté et la tolérance de son environnement, la suite des événements pourrait être une carrière criminelle (habituellement : fraude, actes impulsifs et agressifs et agressions sexuelles dues à une faible capacité de discerner les partenaires appropriés), surtout s'il s'agit d'affaires de drogues mais s'il est protégé et suivi intensément, une vie avec plus de restrictions et des demandes raisonnables peut donner un résultat positif. A l'âge de 25 ans, l'enfant atteint de Troubles de l'Attachement montrera souvent une maturité émotionnelle de 12-14 ans.

HENRY GRANDIT

Même si Henry n'est plus un criminel à 29 ans, il a de nombreux comportements problématiques. Il change souvent de travail, de nom et de partenaires et se déplace partout dans le pays, ne restant jamais en place, facilement ennuyé par la routine. Il n'a pas de vue réaliste de lui-même et cherche souvent des jobs de chef ou d'expert. Il est souvent engagé au premier coup d'œil car il est capable d'imiter n'importe quel rôle de façon superficielle mais est aussi licencié après peu de temps. Il aime « se marier », produit une nombreuse progéniture et laisse des ex-épouses dans différentes villes. S'il reste trop longtemps avec une partenaire et devient impliqué émotionnellement, il devient parfois violent et plein de vengeance. A 35 ans, il semble quelque peu se calmer : il a une relation depuis quelques années et un travail régulier.

ASPECTS GENERAUX : Quand ils sont « testés » dans leur jeunesse et à nouveau à 40-45 ans on voit que de nombreux traits psychopathes diminuent avec l'âge. Ceci est probablement dû à une « maturation tardive » des fonctions émotionnelles et sociales (mis à part le simple épuisement dû à une vie très turbulente et exposée). Ces traits qui diminuent avec l'âge sont :

- Impulsivité
- Contacts superficiels et courts
- Comportement « charmeur »
- Estime de soi grandiose
- « Bougeotte »
- Mensonges « sans raison »
- Manque de culpabilité et responsabilité
- Style de vie parasite
- Manque d'empathie

(de Robert D. Hare's Psychopathy Checklist, Hare 1985)

Selon comment et quand les interventions sont faites, elles peuvent prévenir le développement de Troubles de l'Attachement ou en réduire considérablement les symptômes. Une intervention précoce sera bien sûr la plus efficace.

Malheureusement, les conséquences comportementales de la privation et de l'attachement désorganisé n'attirent l'attention et l'implication qu'à partir de l'âge de 3 ans, créant de ce fait un certain nombre de pratiques visant à traiter des symptômes qui sont déjà devenus chroniques.

INTERVENTIONS POSSIBLES DE LA GROSSESSE L'AGE ADULTE

INTERVENTIONS PRENATALES

La première intervention prénatale demande un processus général d'analyse des systèmes d'assistance sociale.

Pouvons-nous pointer du doigt les familles dont le comportement fait que l'enfant développera probablement un trouble d'attachement désorganisé/désorienté ?

1. Les familles avec une tradition de comportement criminel, maltraitance et négligence des enfants.
2. De plus, si l'abus de substances (alcool, drogues) circule dans la famille, cela augmente le risque.
3. La mère n'est pas nécessairement jeune, elle a plutôt une personnalité déstabilisée (due à son propre vécu, en bas âge, d'une privation/maltraitance, ou à une psychose quand l'enfant est au début de la phase d'attachement : âge 0 à 2 ans). Le père est physiquement ou spirituellement absent ou violent.
4. Les mères anorexiques risquent de nuire au fœtus, à cause de la malnutrition et des problèmes d'attachement post-nataux.
5. Des parents handicapés mentaux profonds.
6. Le poids de l'enfant à la naissance est très bas/ complications sévères à la naissance.

Ces futures familles/mères seront souvent déjà connues dans les systèmes de sécurité sociale et dans d'autres systèmes.

Pouvons-nous orienter un programme d'interventions vers ces familles/mères au début de la grossesse ?

Une des interventions est d'offrir aux « mamans à risque » un programme spécial de préparation à la naissance (Lier 1995). Au Danemark (5 millions d'habitants), il existe actuellement 48 programmes locaux destinés aux mamans à risque. Avant cela, l'intervention se centrait généralement depuis plusieurs années sur des enfants plus âgés.

L'idée générale de ces programmes est de donner à la mère quelques personnes « de contact » stables, qui agissent comme figures parentales, l'aidant à gérer les problèmes pratiques quotidiens, réfrénant et façonnant ses attentes de maternité et l'aidant à réduire d'éventuels problèmes d'abus, dans le but d'améliorer l'environnement du fœtus. Dans l'étude de Lier à l'hôpital de Bispebjerg, les mères admises à un tel programme accouchent de bébés avec un poids normal à la naissance et une fréquence de complications périnatales n'excédant pas celle de la population en général. Les mères non incluses dans ce programme ont montré un poids réduit à la naissance (de 300 grammes) et une fréquence élevée de complications sévères (50 % dans l'échantillon des naissances).

Un autre programme issu d'un petit comté peut être intéressant : un auxiliaire de santé, un psychologue, un assistant social et une puéricultrice travaillent en équipe. Quand le nom d'une future maman à risque est donné elle reçoit immédiatement une visite informelle d'un membre de l'équipe qui devient sa personne de contact. On l'encourage à travailler dans un centre de soins de jour, spécialisé pour les enfants à risque, où travaille aussi l'équipe. Elle y est soutenue par l'équipe qui est responsable de sa situation d'emploi et de ses avantages sociaux ; elle « travaillera » dans une unité de soins de jour spécialisée et apprendra les bases des soins au bébé. On lui proposera une thérapie et après la naissance, elle pourra prendre soin de son propre enfant dans le centre de soins de jour, sous la supervision du staff.

L'idée générale de cette intervention est que l'équipe agisse comme un « substitut parental », gérant partiellement tous les aspects publics de la situation de la mère (sécurité sociale, marché du travail, contact avec l'hôpital, etc).

Le but de l'équipe est de soutenir la mère et le bébé jusqu'à ce que l'enfant ait 2 ans (et qu'un processus d'attachement sain ait commencé entre eux). Dans les cas graves, l'équipe aide la mère à placer l'enfant dans une famille d'accueil ou l'aide dans sa garde de l'enfant, après placement obligatoire. Le bébé peut aussi être placé dans une crèche de jour privée dont la personne soignante n'a pas plus de 2 enfants et reçoit une supervision au centre de jour.

Un modèle plus simple existe dans un comté qui a un certain nombre de gardiennes spécialement formées en soins. Elles travaillent seulement avec un ou deux enfants à la fois. Leur travail consiste à être la figure d'attachement principale pour les bébés et on encourage la mère biologique à laisser son bébé séjourner dans la crèche pendant la plus grande partie de la journée.

L'idée principale de tous ces programmes est de fournir à la mère une « figure parentale » ou une « base sûre » pendant la grossesse et à la naissance ainsi qu'une connaissance pratique et des soignants de substitution pendant la première période d'attachement.

INTERVENTIONS LES RELATIONS MERE-ENFANT (ou soignant-enfant)

POUR

Dans les programmes d'interventions décrits ci-dessus, la compréhension du développement neurologique est incluse depuis que nombre d'études ont démontré l'étroite relation entre le comportement du soignant et le développement du cerveau chez le bébé.

La stimulation du toucher et du sens vestibulaire (balancement, tournoiement, roulement, etc.) semble avoir une influence majeure sur la régulation fluide du niveau d'activité général dans le cerveau du bébé, et ainsi à la fois sur la croissance du cerveau et la stabilisation graduelle de la fonction du cerveau. En conséquence, un problème commun chez les enfants atteints de troubles de l'attachement est l'hypo- ou l'hyperactivité. L'activité régulatrice se fait grâce au système de l'Activation Réticulaire, qui -pour fonctionner correctement chez le bébé- peut être activée seulement par le toucher fréquent (peau, bouche, langue) et le mouvement.

Un certain nombre de comportements de soignants deviennent importants :

1. Porter fréquemment le bébé sur le corps.
2. Nourrir le bébé sur le bras, dans la position de l'allaitement et y passer beaucoup de temps. Pour les jeunes bébés fragiles, une nourrice peut être une bonne idée.
3. Pratiquer le massage du bébé.
4. Exercer le contact visuel seulement en touchant le bébé simultanément.. Le toucher aide le bébé à se concentrer et à avoir un contact visuel.
5. Utiliser un berceau ou un hamac pour dormir, jamais un lit.
6. Laisser le bébé se reposer sur une peau de mouton ou sur un tissu-éponge.

Les bébés carencés s'adaptent facilement à une sous-stimulation, évitent les niveaux normaux de stimulation et restent sous-stimulés. Stimuler le bébé petit à petit pendant de courtes périodes. La Thérapie d'Intégration Sensorielle (Jean Ayres) est destinée à enseigner aux enfants comment gérer la croissance des niveaux de stimulation.

Le programme de Marte Meo, de Hollande, consiste en sessions de suivi-vidéo pour mères à risque et leurs bébés. Mère et bébé sont enregistrés et le superviseur donne en retour des informations étayant le comportement maternel approprié pour les soins. L'idée générale de ce programme est de donner des retours d'informations positifs, uniquement lorsque la mère manifeste un comportement approprié pendant les soins (voir : www.martemeo.com)

INTERVENTIONS POUR L'ENFANT A L'ECOLE MATERNELLE

Les méthodes de stimulation mentionnées ci-dessus devraient être utilisées avec les tout-petits jusqu'à l'âge de 6 ans, mais évidemment, elles seront plus efficaces à beaucoup plus très jeune âge.

Les capacités émotionnelles et sociales des enfants souffrant de troubles de l'attachement sont comparables, quand ils sont en âge préscolaire, à celles d'un enfant beaucoup plus jeune. Par conséquent, vous devriez :

1. Diviser par 2 ou 3 l'âge de l'enfant (pour correspondre à l'âge de développement psychologique de l'enfant) pour planifier les exigences sociales et émotionnelles et le comportement du soignant.
2. Ne pas se focaliser sur les émotions, le raisonnement et la motivation. Montrer le comportement que vous voulez par des séquences simples et courtes et laisser l'enfant les apprendre en vous imitant immédiatement (c'est ainsi que les bébés apprennent de leurs mères). Ne pas s'attendre à ce que l'enfant comprenne le sens de ses actions.
3. Garder l'enfant dans la « bulle mère/enfant » partout où vous allez. Ainsi, l'enfant est suivi et aidé aussi étroitement qu'une mère suivrait son bébé. Tous les autres contacts sociaux devraient être planifiés et soutenus par le soignant. Les enfants souffrant de Troubles de l'Attachement sont vulnérables à de nouveaux contacts et aux grands groupes.
4. Assumer la responsabilité de tous les résultats négatifs de l'interaction sociale. (Ne feriez-vous pas cela avec un enfant d'un an ?)

Comme le lecteur s'en souviendra, Henry, présenté au début, fut placé dans une famille d'accueil. Etant donné que le comportement de l'enfant souffrant de Troubles de l'Attachement est désorganisé et que celui-ci est un facteur très stressant dans la vie de famille, les critères suivants pour un placement ont prouvé leur valeur :

1. Les parents d'accueil devraient être expérimentés, ce qui signifie : pas trop jeunes. S'ils ont des enfants, le plus jeune devrait être au moins 5 ans plus âgé que l'enfant souffrant de Troubles de l'Attachement placé dans la famille.
2. Les parents d'accueil devraient avoir une vie stable, sans trop de nouvelles activités et de nouveaux contacts sociaux. Ils devraient être choisis pour leur patience, endurance et stabilité.
3. Les relations avec les voisins/l'école/le centre de jour devraient être positives avant le placement, sachant que ces relations seront mises sous stress par le comportement de l'enfant.
4. Les autorités responsables du placement devraient prévoir une supervision régulière.

Mary Dozier de l'Université de Delaware a réalisé quelques études très intéressantes sur le terrain à propos du placement en famille d'accueil. Voici quelques-unes de ses plus importantes découvertes :

- a. La plupart des enfants placés en famille d'accueil avant l'âge de 20 mois s'adapteront au schéma d'attachement de la mère d'accueil. Si l'enfant est placé plus tard, il conservera probablement le schéma d'attachement acquis des parents/soignants précédents.
- b. Si la maman d'accueil présente un modèle d'attachement « sécurisé/autonome », le jeune enfant placé s'adaptera à ce modèle. Si la mère d'accueil a un des 3 autres modèles d'attachement (fuyant, ambivalent ou désorganisé), la plupart des enfants finiront par avoir un schéma désorganisé.
- c. Les parents d'accueil peuvent apprendre les comportements associés à un attachement « sécurisé/autonome ».

Et voici d'autres résultats produits par Femmie Juffer de l'Université de Leyden, Pays-Bas, qui étudie les enfants adoptés (Juffer 2005) :

« si des parents adoptifs vont, pendant un an après l'adoption, à un certain nombre de consultations avec un conseiller à propos des problèmes d'attachement communs davantage d'enfants montreront un attachement « sécurisé/autonome », par comparaison à un groupe de contrôle de parents adoptifs non conseillés. La même chose s'applique probablement aux parents d'accueil. Il est aussi important pour l'aboutissement de l'attachement de « s'occuper des soignants » que de s'occuper de l'enfant souffrant de Troubles de l'Attachement. « «

INTERVENTIONS POUR L'ENFANT EN AGE SCOLAIRE

Les interventions recommandées ici se concentrent selon l'expérience de l'auteur sur les paramètres du travail scolaire, à savoir que l'âge de 5 à 12 ans est souvent une période raisonnablement calme et que souvent, l'enfant a des réserves intellectuelles inutilisées, éclipsées par des conflits sociaux. Toutefois les réflexions proposées se réfèrent aux processus d'apprentissage en général.

La cause la plus évidente des problèmes d'apprentissage chez les enfants souffrant de Troubles de l'Attachement est le manque de modèles de communication organisés tôt entre le bébé et le soignant. Ceci empêche la création d'une représentation interne claire de la mère, définie par certaines théories comme un « modèle interne opérant », dans d'autres comme « relation d'objet ». En fait, le jeu d'interactions désorganisées précocement empêchera probablement une expérience ordonnée, non seulement avec le premier soignant, mais aussi avec toutes les personnes intervenant ultérieurement, les objets, matières, etc. Comme mentionné plus haut dans ce texte, les problèmes d'apprentissage sont causés par une faiblesse en :

- concentration
- perception forme/fond
- proportion
- reconnaissance
- progression
- tolérance à la frustration
- attention mutuelle
- motivation

Ces problèmes apparaissent simultanément dans les relations sociales de l'enfant (avec l'enseignant et avec ses pairs), et intellectuellement lorsqu'il s'agit de travailler la compréhension de matières telles que chiffres, lettres, grammaire, idées et symboles.

Les interventions devraient être conçues pour soutenir ces fonctions autant que possible, ce qui devrait aussi être le but sous-jacent de l'exercice dans toutes les situations. Par exemple, la durée de concentration peut être - l'objectif du professeur dans toute activité du processus d'apprentissage.

Le professeur devrait considérer sa personne plus comme un « objet parental » que comme « le professeur » et penser en termes d'un nombre donné de « relations parent-enfant », plutôt que de s'adresser au groupe d'enfants en général. En d'autres mots, la plus grande partie de la communication devrait se faire entre le professeur et l'élève et non entre le professeur et le groupe. Ce n'est seulement que lorsque chaque enfant aura vécu cette relation pendant un an ou plus que le professeur pourra commencer les activités et enseignements au niveau du groupe.

Comme « objet parental », le professeur devrait être conscient qu'il (ou elle) influence le comportement de l'enfant seulement quand il (ou elle) est présent(e) et visible par l'enfant. Dès que le professeur n'est plus présent, il n'y aura pas ou peu de souvenirs des opinions de l'enseignant, de ses instructions, etc. Bref, « vous existez seulement lorsque vous êtes en présence de l'enfant ». Pour ces raisons, les instructions à propos de ce dont l'enfant doit se rappeler plus tard devraient être exclues et seuls le temps présent et le futur immédiat devraient être utilisés .

L'environnement de la classe devrait être conçu pour ne pas perturber l'attention de l'enfant c'est-à-dire : tous les enfants face à l'enseignant et si un enfant est facilement distrait, un « mur » d'isolation acoustique devrait le séparer des autres de façon qu'il ne soit en contact qu'avec le professeur.

Concernant l'organisation de la matière d'apprentissage, l'expression « **PELER L'OIGNON** » est pertinente. Cela signifie qu'initialement, le professeur observe les facultés de l'enfant et exige seulement quand il (ou elle) est absolument certain que l'enfant est déjà capable d'accomplir la tâche en question. Même alors, il y aura sans doute un certain nombre de conflits, car l'enfant perçoit le professeur comme « le parent hostile », souvenir de l'expérience originelle du parent et ceci provoque aussi des réactions agressives, désorganisées ou de fuite, venant des périodes antérieures. Ce n'est que quand ces conflits auront été contenus et calmement résolus par le professeur, que l'enfant sera capable de travailler. Il est difficile d'avoir une saine autorité sans être autoritaire, et ceci nécessite habituellement quelques années de pratique.

Ce qui rend l'enseignement avec les enfants atteints du Trouble de l'Attachement difficile, ce n'est pas seulement que le modèle opérant interne de l'enfant peut être imprécis ou brouillon, mais aussi que des expériences négatives

précoces chargeront la vision que l'enfant a de son professeur de sentiments négatifs ou hostiles et de nombreux mécanismes de défense embrouilleront la communication lorsque l'enfant essaiera d'éviter ou de rompre celle-ci. Donc, un processus d'enseignement calme est un ultime but en soi, ce qui requiert que le professeur apprenne à être un « réceptacle pour projections négatives » (càd que le professeur comprenne que les problèmes de l'enfant prennent leur racine dans ses premières expériences *de la vie* et et qu'il ne doit pas prendre son comportement comme des agressions personnelles) et ainsi, le professeur apprend à être un bon « cowboy de rodéo » parce qu'il sait que l'enfant essayera souvent de créer une base sûre par un renversement de rôles ou en prenant le contrôle de l'environnement).

Il est également important de comprendre que les efforts du professeur pour expliquer ou transmettre le sens le plus profond ou l'essence d'un sujet peut être un défi insurmontable pour l'enfant. Au contraire, les logiques d'une tâche devraient être transcrites en un ensemble de comportements et rituels que l'enfant peut simplement imiter. Le « pourquoi » devrait toujours être remplacé par la démonstration du « comment » (Rygaard 2006).

INTERVENTIONS PENDANT LA JEUNESSE

Cette présentation s'est concentrée sur le début de l'enfance et les années d'école. Et l'adolescence a été décrite à de nombreux autres endroits. Il existe ainsi tellement de programmes d'intervention qu'il est impossible d'en donner une description satisfaisante. En général, ce sont les programmes basés sur des thérapies cognitives/comportementales qui sont populaires en ces jours. Sans aucune preuve, mon expérience me dit que ces programmes fonctionnent bien avec de nombreux jeunes délinquants "légers" mais comme toutes les autres méthodes, elles n'ont qu'un effet temporaire sur les plus jeunes avec de nombreux traits psychopathes. Dans ces cas, un suivi intense et permanent et une procédure de contrôle sont nécessaires. Dans une installation danoise pour criminels psychopathes (Herstedvester), un suivi permanent est combiné à une réincarcération sans limite de temps, si une libération conditionnelle a été violée. La libération conditionnelle suivante dépendra alors uniquement de l'avis du staff de la prison. Cette méthode semble avoir quelque effet dans la plupart des cas difficiles.

CONCLUSIONS

Ce qui m'a le plus étonné en travaillant avec les enfants souffrant de Troubles de l'Attachement est le fait que les causes semblent agir de la grossesse jusqu'à l'âge de 2 ans, alors que le traitement débute habituellement quand les symptômes sociaux deviennent de plus en plus manifestes, à partir de l'âge de 2-3 ans. Les débuts de traitement tardifs n'offrent pas de pronostics très positifs. Ceci plaide pour le développement des programmes d'intervention précoces.

La thérapie de milieu (mise en contexte), selon mon expérience, est une méthode utile pour fournir une base sûre aux enfants extrêmement agressifs et insécurisés. Les deux principaux objectifs dans ce domaine sont de contrôler l'environnement en permanence (ce qui peut habituellement être obtenu au moins jusqu'à la puberté, même dans des cas sévères), et prévoir une supervision pour ceux qui travaillent avec ces enfants, dans le but de leur éviter une régression sous la pression des problèmes comportementaux de l'enfant.

Sources:

Rygaard, N.P.: "**Severe Attachment Disorder in Childhood – a Guide to Practical Therapy**",
Springer Wien / New York 2006. www.springer.com

Rygaard, N.P. : "**L'Enfant Abandonné – Guide pour le Traitement de Troubles de l'attachement**",

De Boeck Université 2006. www.deboeck.com

Voir: www.attachment-disorder.net , mail author: npr@erhvervpsykologerne.dk

Note de l'éditeur : La compréhension du cerveau, des implications de la stimulation sur le développement et les rythmes du sommeil / de l'activité sont expliquées à différents degrés de lecture sur le site lecerveau.mcgill.ca

<p>Gracieusement traduit pour PETALES asbl par Martine et Michael Dudney L'auteur de ce texte, Niels-Peter Rygaard, nous a aimablement autorisés à le publier sur le site de PETALES. Nous les en remercions.</p>
