

L'enfant souffrant de troubles de l'attachement

par le Dr Françoise Hallet*

* Médecin généraliste
7000 Mons
(Prix Hippocrate d'or 2003)

Les troubles de l'attachement chez l'enfant peuvent être la conséquence d'une rupture vécue dans la petite enfance. Il est important de les reconnaître le plus tôt possible afin d'intervenir efficacement. Le médecin généraliste a un rôle important à jouer dans le soutien de ces enfants et de leurs parents.

PRÉTEST

	Vrai	Faux
1. Chez le grand enfant, les troubles de l'attachement peuvent parfois conduire à des comportements auto-destructeurs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Un enfant souffrant de troubles de l'attachement semble souvent sociable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Une psychothérapie classique est souvent efficace dans les troubles de l'attachement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Réponses en page 368.

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.

La séparation prolongée ou définitive d'un enfant et de sa mère avant l'âge de 2 ans peut entraîner chez cet enfant la perte de la confiance de base nécessaire pour avoir des relations véritables et réciproques, ce qui se manifeste par des troubles du comportement, connus aux États-Unis sous le nom de *Reactive Attachment Disorders* (DSM-IV 313.89).

Cette séparation peut être la conséquence d'une mise en couveuse, d'une hospitalisation de la mère ou de l'enfant, d'un placement temporaire ou définitif en famille d'accueil ou en institution, quelle qu'en soit la raison, d'un abandon suivi d'une adoption.

L'ATTACHEMENT ET SES TROUBLES

La notion d'attachement renvoie d'abord aux travaux de Bowlby^(1, 2, 3) et 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. **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.**

À partir des expériences quotidiennes de soins maternels, d'exploration, de recherche de proxi-

mité ou d'absence de soins maternels, l'enfant se construit un **modèle opérant interne** de l'environnement, de sa mère et de lui-même. Ce modèle est la représentation pour l'enfant de ce que sont les relations sociales en général et de ce qu'il peut attendre d'un lien affectif particulier, la représentation du monde et de la sécurité ou de l'insécurité qu'il génère.

Idéalement, l'enfant se construit un modèle flexible et sécurisant qu'il généralise aux relations qui suivent. Un modèle opérant interne 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^(8, 9).

Mais, s'il vit des expériences négatives répétées avec sa mère ou la personne qui en tient lieu, l'enfant peut se former un modèle opérant interne de lui-même suivant lequel il se perçoit comme n'étant pas digne d'être aimé ou accepté et un modèle de sa mère comme étant incapable d'assurer sa sécurité fondamentale.

Ce modèle initialement développé lors des premières interactions mère-enfant évolue avec sa croissance et ses nouvelles expériences. Mais malgré ces nouvelles expériences, le modèle relationnel de base pour l'enfant (et pour l'adulte qu'il deviendra) restera toujours dépendant du premier modèle de représentations du monde et des relations qu'il aura "intégrées".

La caractéristique des troubles de l'attachement est qu'à cause d'une **rupture précoce** (réelle ou ressentie par le bébé) du lien maternel ou maternel, des enfants vont construire toute leur personnalité sans la confiance de base indispen-

ABSTRACT

After birth, in the absence of troubles, and under normal circumstances, both mother and child develop sound and secure ties. Research shows that children with loss of attachment, mistreatment, carelessness and/or chronic pains may respond by a trouble of attachment. Symptoms are variable, depending on the intensity of the trouble and age, but could be summarized as a set of destruction of ties, objects and self destruction. Acknowledgement of the child's and his relatives' sufferings is a first step. Management becomes more and more difficult as the child's age augments.

Keywords:
Trouble of attachment.

sable à toute relation, d'autant plus à la relation affective. Ce vécu difficile, intégré comme un véritable rejet par l'enfant, va conduire celui-ci à passer sa vie à tester le lien, les liens, jusqu'à la rupture s'il le faut, dans un processus souvent violent de destruction personnelle et de son entourage. Obligé de se protéger de cette souffrance insoutenable, l'enfant va se construire une solide carapace, s'enfermer dans ce cercle vicieux de recherche insatiable d'un amour qu'il sollicite mais qu'il ne peut accepter, puisque cet amour le renvoie à sa blessure primitive⁽¹⁰⁾.

SYMPTÔMES DES TROUBLES DE L'ATTACHEMENT

Globalement, dit Johanne Lemieux (4), thérapeute québécoise, on peut dire que tous les enfants adoptés ainsi que tous les enfants qui ont vécu des séparations, une maladie grave, etc. 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.

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

Chez le petit enfant, il est évident qu'on ne parle pas encore de troubles de l'attachement. Néanmoins certains indices peuvent laisser penser qu'il n'a pas pu créer de lien réciproque avec sa maman et qu'il est en danger d'évoluer vers des troubles de l'attachement si l'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 de façon anormale, qui ne supporte pas beaucoup d'être touché, en particulier par sa maman, qui n'a pas beaucoup de contacts oculaires en particulier avec sa maman, qui cherche dès le plus jeune âge

à avoir la maîtrise de son environnement. Il tient son biberon tout seul, pique des crises de colère disproportionnées pour obtenir ce qu'il désire.

Pour l'enfant plus grand, R. Delaney⁽⁵⁾ a établi en 1990 les catégories de troubles présentés :

VIOLENCE ET AGRESSIVITÉ

Il présente souvent des accès de colère intense dès qu'il est frustré, détruit volontiers ce qui lui appartient sans montrer de sentiment de tristesse ou de regret quand un jouet est abîmé, a parfois des comportements auto-destructeurs, peut être cruel envers les animaux familiers ou parfois envers les enfants plus jeunes, et parfois tourne son agressivité verbalement et même physiquement vers l'adulte.

TROUBLES DE L'ALIMENTATION

Il peut cacher et amasser de la nourriture, manger constamment et prendre du poids d'une façon importante ou au contraire refuser de manger, avoir des habitudes alimentaires anormales (manger du papier, de la terre...).

TROUBLES DU COMPORTEMENT ÉMOTIONNEL

Il a au fond de lui une immense tristesse devant ses sentiments d'abandon, de mésestime de soi, de manque de compréhension de ses besoins. Cette tristesse, qu'il n'est même plus conscient de ressentir, est masquée par une colère phénoménale devant ce qui lui arrive, colère qui s'exprime en réponse à des frustrations ou parfois sans raison apparente, pour relâcher la tension interne. Cette colère est peut-être le seul sentiment vrai qu'il peut exprimer, parfois de façon extrêmement destructrice. Cependant il peut être capable d'exprimer les sentiments attendus par son entourage, sans les ressentir pour autant. En général il ne regarde pas son interlocuteur dans les yeux, il a souvent un seuil à la douleur très élevé ; il refuse souvent de donner ou de recevoir des marques d'affection de la part de ses parents, mais peut l'accepter d'étrangers. Il ne fait pas confiance dans ses relations avec l'adulte, a du mal à dire bonjour et surtout merci, ne sait pas ou ne veut pas s'excuser.

COMPULSION AU VOL ET AU MENSONGE

Il vole, surtout dans son entourage familial, d'une façon particulière, sans se préoccuper d'être vu, des choses qu'il obtiendrait s'il les demandait et nie, même pris sur le fait. Il ment de la même façon sur ce qui est évident, raconte d'une façon extrêmement convaincante des histoires qui lui seraient arrivées. Non seulement il déforme la réalité de façon importante mais il peut même inventer de toutes pièces notamment des actes de maltraitance qu'il aurait subis de la part de ses parents, ce qui pousse son entourage à porter plainte sans autre information.

AGRESSIVITÉ PASSIVE

Il exaspère son entourage par son inertie, refuse de répondre à des questions ou de faire ce qu'on lui demande et de donner des explications.

RÉSUMÉ

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. Les symptômes sont variables suivant l'intensité du trouble et l'âge de l'enfant mais peuvent se résumer en un ensemble de comportements de destruction du lien, des objets et de soi-même. La reconnaissance de la souffrance de l'enfant et de sa famille est un premier pas. La prise en charge thérapeutique est d'autant plus difficile que l'enfant est plus âgé.

Mots clés :
Troubles de l'attachement.

ABSENCE DE CONSCIENCE ET DE REMORDS

Il manque d'empathie et se conduit souvent de façon irresponsable pour son âge, il n'est pas capable de raisonnement de cause à effet et ne tire pas d'enseignement de ses erreurs ou de ses échecs antérieurs. Les punitions n'ont pas d'effet sur lui, il blâme les autres pour ses propres fautes.

OBSESSIONS SEXUELLES

On peut parfois observer des comportements anormalement sexualisés et séducteurs pour l'âge.

DIFFICULTÉS SCOLAIRES

Il a souvent un retard scolaire et des lacunes dans ses connaissances.

Chez l'adolescent, on retrouve ce même type de comportement, amplifié par les possibilités que lui donnent son statut et la permissivité de la société. Nombre d'entre eux versent dans la délinquance latente (occasionnelle, non dépistée) ou réelle, les amenant à se retrouver devant les services d'aide à la jeunesse et éventuellement les tribunaux.

Ces enfants, devenus **adultes**, ne considèrent pas leur propre comportement comme étant une conséquence des choix ou des décisions qu'ils auraient prises, mais comme une conséquence des événements qui leur sont arrivés. C'est à cause des autres, de la société ; tout le monde est contre eux, les parents, l'école, l'employeur. Des diagnostics de personnalité borderline voire de psychopathie sont souvent posés à l'âge adulte.

LA FAMILLE

Il apparaît clairement qu'un enfant qui n'est pas à même de créer des relations véritables peut **blesser profondément une famille**. Les mamans sont les premières victimes des réactions de rejet par l'enfant. Les papas mettent souvent plus de temps à comprendre ce qui se joue, et ont tendance à accuser leur épouse de ne pas comprendre l'enfant.

Inévitablement, les frères et sœurs de cet enfant vont souffrir, eux, d'un manque d'attention. De plus, on exige d'eux une vigilance déraisonnable vu que leur frère ou sœur ne ménage jamais leur vulnérabilité, transgresse les limites et adopte des comportements souvent dangereux. C'est une tension supplémentaire pour les parents. Ils doivent non seulement protéger un enfant de l'autre mais également apprendre à l'un à respecter les frontières, les normes et les règles, alors que l'autre enfant les foule ouvertement aux pieds.

Les problèmes vécus au sein de la famille n'apparaissent pas toujours au monde extérieur où l'enfant semble d'ailleurs en général sociable. Les parents sont la plupart du temps envahis par un sentiment de culpabilité. Si certaines personnes, extérieures à la famille, ont cru les dires et les accusations de l'enfant, **les parents se retrouvent complètement isolés**. Personne ne les croit ni ne les comprend. Toutes les portes

leur sont fermées et ils sont là avec leurs frustrations. Leur amour et leurs soins ne trouvent aucune réponse à part un rejet constant.

Quand des parents se présentent à la consultation avec plusieurs plaintes comme celles reprises ci-dessus, **ils ont déjà parcouru un long chemin**. Ils ont souvent été éconduits par des commentaires comme "cela arrive une fois ou l'autre chez tous les enfants". Chez l'enfant qui souffre d'un trouble de l'attachement, ce "une fois ou l'autre" se répète continuellement. "C'est normal, c'est l'adolescence", mais l'adolescence ne fait qu'exacerber des problèmes, des comportements qui existent depuis la plus tendre enfance.

QUELLE AIDE PEUT APPORTER LE MÉDECIN TRAITANT ?

Les parents qui demandent de l'aide ont droit à la **reconnaissance** de leur demande d'aide. Malgré leurs difficultés, ils ne veulent pas être dépossédés de leur enfant, mais participer à sa prise en charge et aux décisions prises.

Autant que possible, le médecin traitant devrait interroger les parents **de façon neutre et non culpabilisante** (ex. : au sujet du passé et des antécédents de l'enfant) et les rassurer dans leurs principes d'éducation.

Les parents attendent de leur médecin autre chose que : "Il se développe bien dans l'ensemble". Il est nécessaire d'**attacher de l'importance aux premiers signes** de comportements décrits comme "anormaux" par les parents.

Si les parents font appel à leur médecin de famille, c'est que leur propre capacité d'intervention est épuisée, et qu'ils ont essayé de mettre en pratique tous les avis possibles de leur entourage, et ce sans succès.

Il est essentiel d'insister sur **l'importance de la cohésion entre les parents**.

Le désespoir et l'affolement des parents ne constituent pas l'origine, mais avant tout la conséquence des problèmes d'attachement de leur enfant. Quand ils en arrivent à consulter, ils sont bien souvent en situation de crise et ont souvent du mal à exprimer clairement ce qu'ils vivent. Il n'est pas toujours facile de comprendre la réalité telle qu'elle est vécue, et quelles en sont les causes.

Il faut essayer d'aller vers l'enfant de manière neutre, distante et non culpabilisante. Un enfant qui a des troubles de l'attachement se sent menacé par une proximité émotionnelle, il a **peur de relations profondes**. Voilà pourquoi il ne demandera pas (aussi rapidement) de l'aide. Il faut donc être prudent dans son approche. Elle est d'autant plus difficile qu'il entre dans l'adolescence où il peut tout refuser. D'où l'intérêt d'agir dès son plus jeune âge.

Sur le plan éducatif, il faut **essayer de donner une structure**, d'établir des limites claires et de maintenir celles-ci de façon conséquente par un

PETALES asbl, rue des Montis 16, B-5537 Anhée
 www.petales.org
 info@petales.org
 permanence téléphonique : 071 61 51 23 tous les jours de 10h à 20h sauf WE et jours fériés
 contacts régionaux :
 bruxelles.be@petales.org 02 654 13 48
 hainaut.be@petales.org 071 61 51 23
 liege.be@petales.org 04 263 69 26
 luxembourg.be@petales.org 063 42 21 45
 namur.be@petales.org 082 69 91 89

En Flandres :
 www.wat-nu.org
 watnu@tiscalinet.be

Docteur Françoise HALLET
 Boulevard Sainctelette 80,
 B-7000 Mons
 hallet.françoise@skynet.be
 065 31 87 75

dosage approprié d'attention, de réserve, d'encouragement, de récompense et de correction.

Le médecin traitant peut aussi collaborer à la recherche d'un accueil adéquat (même s'il n'est pas résidentiel), d'un traitement et d'un enseignement adaptés.

QUELLES SONT LES APPROCHES THÉRAPEUTIQUES POSSIBLES ?

En prévention, il paraît essentiel de **limiter au maximum les séparations mère-enfant avant deux ans**, notamment lors de séjours en couveuse ou d'hospitalisation et d'éviter autant que possible le placement.

Quand l'enfant a vécu une séparation ou quand il est accueilli dans une nouvelle famille (d'accueil ou d'adoption), la **création du lien** doit être la priorité de la maman. Pour cela, il serait souhaitable qu'elle puisse se consacrer entièrement à lui, le portant et le nourrissant comme un tout petit bébé si c'est possible.

Quand les comportements de l'enfant rendent nécessaire l'intervention d'un professionnel, il faut le choisir en fonction de sa sensibilité aux problèmes de l'attachement. Le but de la prise en charge thérapeutique d'un tel enfant n'est pas de créer un lien entre le thérapeute et l'enfant, mais de créer ou de recréer le lien parents-enfant. Les parents doivent donc être inclus dans la prise en charge, non pas comme patients, mais comme **partenaires thérapeutiques** pour entourer l'enfant et l'aider à évoluer. Il existe de véritables thérapies de l'attachement, qui utilisent la mère comme agent de changement pour réparer le lien brisé, qui confrontent l'enfant avec ses questions les plus douloureuses et qui peuvent ainsi dissiper la colère et reconnaître la tristesse profonde de

l'enfant. Une des pires formes de traitement des troubles de l'attachement, c'est le temps : attendre que les comportements s'améliorent avec le temps est illusoire, et la participation de l'enfant diminue avec le temps.

Le traitement a quatre buts qui doivent tous être envisagés (Delaney, 1991) :

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

À l'adolescence, et même avant, les comportements extrêmes de l'enfant entraînent parfois la nécessité d'un éloignement temporaire (internat, IMP, ...) et/ou d'une intervention des services d'aide à la jeunesse.

CONCLUSION

Certains comportements préoccupants des enfants et/ou des adolescents peuvent trouver une explication dans une rupture vécue dans la petite enfance plutôt que dans une mauvaise éducation ou un manque d'amour des parents.

Reconnaître le plus tôt possible la souffrance de l'enfant et celle des parents est un premier pas.

Une intervention et un traitement précoce sont nécessaires pour prévenir le développement d'autres difficultés de comportement et émotionnelles. La psychothérapie, cependant, semble souvent d'une efficacité minimale. Pour les thérapeutes de l'attachement, les défenses de l'enfant doivent en effet 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. ■

DANS LA PRATIQUE, NOUS RETIENDRONS

- Les troubles de l'attachement sont la conséquence d'une rupture précoce du lien maternel ou maternant. Ce vécu difficile, intégré comme un véritable rejet par l'enfant, va conduire celui-ci à passer sa vie à tester les liens jusqu'à la rupture s'il le faut, dans un processus souvent violent de destruction personnelle et de son entourage.
- Les symptômes sont variables suivant l'âge de l'enfant. Petit enfant : refuse le contact avec sa maman, peu de contacts oculaires, crises de colères disproportionnées. Enfant plus grand : troubles de l'alimentation, du comportement émotionnel, agressivité, difficultés scolaires, ... Chez l'adolescent : évolution possible vers la délinquance et chez l'adulte vers une personnalité borderline voire psychopathe.
- Le rôle du médecin traitant est d'abord de reconnaître la situation et son importance pour la famille. Son approche doit être neutre et non culpabilisante tant pour les parents que pour l'enfant concerné. Il doit insister sur l'importance de la cohésion des parents et d'une structure.
- L'approche thérapeutique doit être la plus précoce possible. Son but est de créer ou de recréer le lien parents-enfants. Les parents sont inclus dans la prise en charge non comme patients mais comme partenaires thérapeutiques.

La Rédaction

BIBLIOGRAPHIE

1. Bowlby J. (1969) Attachment and loss ; vol 1. Attachment New York Basic Books ; Attachment et perte : vol. 1. L'attachement, 1^{re} éd. PUF, Paris 1978
2. Bowlby, J. (1973). Attachment and loss : Vol. 2. Separation. New York : Basic Books ; Attachment et perte : vol.2 Séparation, angoisse et colère, 1^{re} éd. PUF, Paris, 1978
3. Bowlby, J. (1980). Attachment and loss : Vol. 3. Loss, sadness, and depression. New York : Basic Books ; Attachment et perte : vol.3. La perte, tristesse et dépression, 1^{re} éd. PUF Paris, 1984
4. Chicoine, JF, Germain, P et Lemieux, J (2003). L'enfant adopté dans le monde (en quinze chapitres et demi). Éditions Hôpital Ste Justine, Université de Montréal.
5. Delaney, R. (1991). Fostering changes : treating attachment disordered foster children. Fort Collins, CO : Walter J. Corbett Publishing.
6. Eldridge, S. (2003). Parents de cœur, Albin Michel. (traduction de Twenty things adopted children want their parents to know).
7. Graham, P, Turk, J et Verhulst, F. (2001) Child Psychiatry, a developmental approach. Oxford University Press.
8. Guedeney, N et A. (2002). L'attachement, concepts et applications. Masson.
9. Pierrehumbert, B. (2003). Le premier lien, théorie de l'attachement. Odile Jacob.
10. Verrier, N.W. (1993) The primal wound : understanding the adoptive child. Baltimore, MD : Gateway Press.

Texte demandé par la Rédaction.
 Reçu en avril 2003.

RÉPONSES AU PRÉTEST

1. Vrai – 2. Vrai – 3. Faux