Le TROUBLE de L'ATTACHEMENT

Karine Lebel, Psychosociologue
Professeure, formatrice et consultante
2016 Tous droits réservés ©

PRÉAMBULE

Que l'on parle de **trouble de l'attachement** ou du **trouble réactionnel de l'attachement (DSM-IV)**, cette formation vous permettra de mieux le connaître, le comprendre et d'intégrer des savoir-faire et des savoir-être pertinents.

Le terme **trouble de l'attachement** sera utilisé principalement puisqu'il apparaît ainsi dans la majorité des sources d'informations disponibles.

Je vous invite tout au cours de cette formation à participer , interagir, poser des questions et vous investir.

INTRO

- Les intervenants proches de la petite enfance, de l'enfance et de l'adolescence le savent, **les hypothèses de diagnostics et les diagnostics sont de plus en plus présents depuis les dernières années.**

- **Les difficultés (défis) ou le trouble de l'attachement** nécessitent une connaissance et une compétence accrue du développement de l'enfant afin de bien s'y retrouver. L'instinct primaire d'intervention demeure aussi grandement sollicitée, mais nous le verrons, nécessitera peut-être des ajustements. Ainsi, vos valeurs seront peut-être ébranlées au cours de la formation.

- Le fait que **l'attachement est UNE BASE ESSENTIELLE au développement** de l'être humain vous fera aussi réfléchir sur son incidence tout au long de la vie.

POUR RÉFLÉCHIR

Groupe : Treizième étage
Titre : Rien demandé

VOTRE FORMATRICE

Études 1er cycle en psychosociologie BACCALAURÉAT. Jacques Salomé ?
Études de 2e cycle en psychoéducation et pédagogie

Intervenante auprès de la clientèle femme
Conseillère au ROBSM
Conseillère en rééducation – 3 commissions scolaires
Conseillère en services adaptés – Cégep
Consultante et formatrice - karinelebel.com
Professeure en éducation spécialisée
et éducation à l'enfance - Cégep

VOTRE FORMATRICE est MAMAN avant tout…

QUI ÊTES-VOUS ?

Nom

Fonction

Organisme

POUR VOUS AUJOURD'HUI…

A.M.

Introduction biopsychosociale à la problématique

L'attachement ?

Étiologie

Incidences dans l'enfance

Incidences à l'adolescence et âge adulte

Comorbidités

Liens avec problèmes affectifs et ou de santé mentale vécus à l'âge adulte

Diagnostic DSM IV-V

Récits, histoires, anecdotes

POUR VOUS AUJOURD'HUI…

P.M.

Les interventions

3 ÉTAPES ESSENTIELLES

5 PRINCIPES D'INTERVENTION

Stratégies

Outils

Attitudes

Atelier Vos cas cliniques - Vos interventions

Discussions, partages en groupe, Évaluations

TROUBLE OU DIFFICULTÉS D'ATTACHEMENT

AVANT DE DÉBUTER…

- Pour bien comprendre ce qu'est le Trouble de l'attachement, il faut d'abord comprendre comment s'établit l'attachement dans la vie de l'enfant.

- Pour bien intervenir auprès de l'enfant qui a un Trouble de l'attachement, il faut observer où il en est dans son développement global.

« L'erreur la plus fréquente quand on travaille avec des enfants atteints de troubles de l'attachement est d'agir au-dessus du niveau de développement de l'enfant. » Rygaard, 2005

❖ Aussi, cette formation touche à une problématique et des situations qui peuvent vous affecter, soyez avisés.

QU'EST-CE QUE L'ATTACHEMENT ?

Théories de l'attachement

L'ATTACHEMENT : IMPORTANCE DÉTERMINANTE

L'ATTACHEMENT JOUE UN RÔLE PRÉDOMINANT DANS LE VÉCU DE TOUT ÊTRE HUMAIN.

IL EST ESSENTIEL DE CONSIDÉRER ET DE COMPRENDRE SON RÔLE ET SON INCIDENCE À TRAVERS LES DIMENSIONS SOCIALES ET AFFECTIVES POUR BIEN INTERVENIR.

L'ATTACHEMENT[14]: IMPORTANCE DÉTERMINANTE

Certaines hypothèses neurophysiologiques actuelles semblent vouloir confirmer l'importance des soins maternels des premières années de vie sur le développement de l'enfant. Ainsi une série d'études chez les rats et les singes, rapportées par le Dr Meaney (1997), démontrent que la croissance et le développement normal du bébé-rat ne dépendent pas seulement de la nourriture et de la chaleur, mais également du toucher procuré par ses gardiens.

Ces études démontrent aussi que les bébés-singes et les bébés-rats privés de soins maternels, commencent à présenter des niveaux accrus d'hormones de stress (les glucocorticoïdes) qui, en trop grandes quantités, inhibent la croissance et réduisent la capacité des neurones à former de nouvelles connections, ce qui peut à long terme avoir des répercussions sur le fonctionnement émotionnel et intellectuel de l'animal.

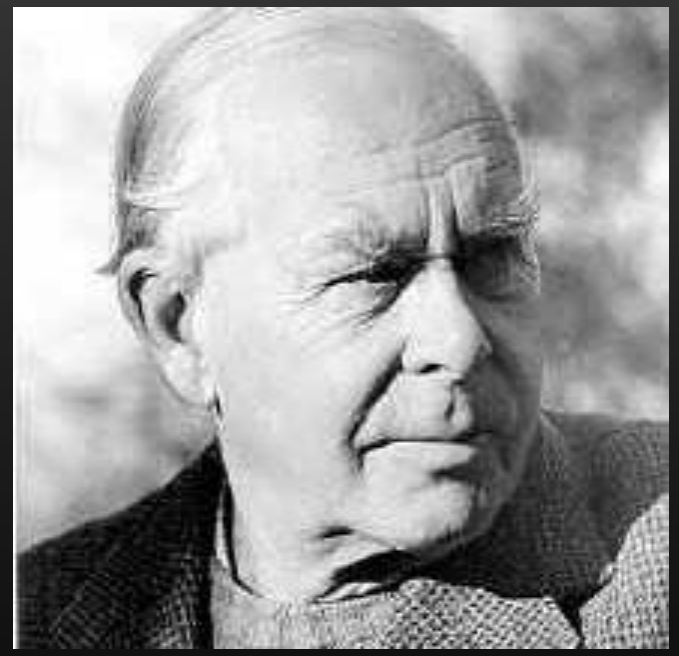
THÉORIES DE L'ATTACHEMENT

Principalement depuis les trente dernières années, plusieurs recherches tendent à démontrer que
le besoin primordial du jeune enfant s'avère **d'établir un lien stable et sécurisant avec une figure maternelle répondant à ses besoins**.

Ainsi, le terme d'**attachement** *est* proposé par *Bowlby** pour désigner le lien particulier unissant l'enfant à la figure maternelle.

*QUI EST BOWLBY ?

John Bowlby (26 février 1907 à Londres - 2 septembre 1990 à Skye, Ecosse) est un psychiatre et psychanalyste anglais célèbre pour ses travaux sur l'attachement, la relation mère-enfant.



Pour lui, les besoins fondamentaux du nouveau-né se situent **au niveau des contacts physiques.**

*QUI EST BOWLBY ?[17]

Son histoire est intéressante…

- **La famille Bowlby appartenait à la classe aisée de Londres**. Quatrième de six enfants, John a été **élevé par une bonne d'enfants** à la mode britannique de sa classe sociale. **Il voyait sa mère seulement une heure chaque jour** après le « *teatime* » (collation de 16 heures), sauf pendant l'été où elle était plus disponible. **Comme beaucoup d'autres mères, elle considérait que l'attention et l'affection parentales étaient néfastes pour les enfants.**
- Bowlby a eu la chance d'avoir la même bonne d'enfants dans toute son enfance et il avait presque quatre ans quand elle quitta la famille. Plus tard, il devait décrire cette séparation comme aussi tragique que la perte d'une mère. À l'âge de sept ans, Il fut envoyé dans un internat. Il a considéré cette période comme une terrible épreuve.
- Ces expériences dans l'enfance l'ont conduit à avoir une sensibilité particulière pour la douleur des enfants durant toute sa vie.

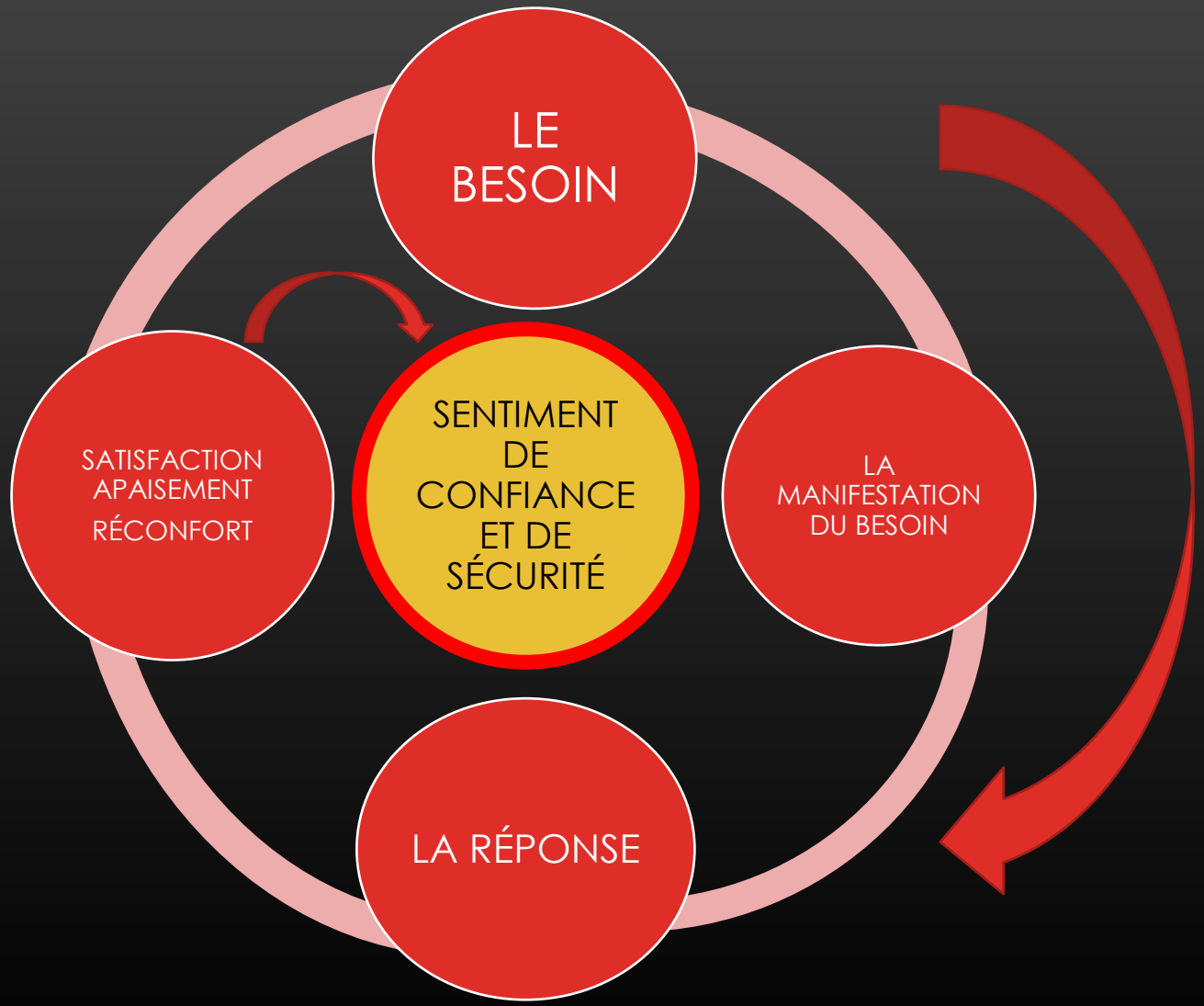
THÉORIES DE L'ATTACHEMENT

La théorie de l'attachement considère la tendance à **établir des liens affectifs étroits comme un élément essentiel** à **la survie de l'être humain**. Selon Bowlby (1969), l'attachement à la figure maternelle **servirait de base de sécurité** à l'enfant pour explorer l'environnement.

Dès la petite enfance, **l'enfant développerait un modèle d'attachement particulier en fonction de l'attitude de la figure maternelle** à **son égard***.

Bowlby prétend que **ce lien d'attachement en devenant intériorisé**, **servirait par la suite de modèle** à **toutes les relations intimes et sociales de l'individu**.

CONSTRUCTION DU LIEN D'ATTACHEMENT



THÉORIES DE L'ATTACHEMENT

À partir des travaux des ethnologues Konrad Lorenz et du couple Harlow, Bowlby va dégager **cinq compétences qu'il considère comme innées et qui permettent** à **l'enfant de s'attacher** à **sa mère** :

- la capacité de succion (téter)
- la capacité à s'accrocher
- la capacité à pleurer
- la capacité à sourire
- la capacité à suivre du regard.

OBSERVER L'ATTACHEMENT

Manifestations chez l'enfant versus Manifestations chez le parent

Comportements d'attachement enfants	Comportements d'attachement parents
Sourire	Sensibilité
Babillages	Rapprochement
Agrippements	Réciprocité
Poursuite	Engagement
Succion	(répond au besoin – sein, suce, machouilleur, etc.)
Pleurs	Réconforte, tente de comprendre la source

OBSERVER L'ATTACHEMENT

- Comment se déroule les moments de vie entre le parent et l'enfant ?
- Est-ce qu'on lui permet d'utiliser un objet de transition et quelle est sa relation avec cet objet ?
- Se suce t'il les doigts ? Ou porté à tout mettre à sa bouche (après 3 ans) ?
- Parle t'il de ses parents s'ils ne sont pas là ?
- Fait-il des crises qui semblent provenir de nulle part (déclencheur intrinsèque)?
- Son habillement est-il convenable ? Son alimentation ? Son hygiène ?
- Semble t'il heureux ?
- Manque t'il d'habilités sociales ?
- Provoque t'il des conflits ? Semble vouloir être détesté ou mis de côté ?

THÉORIES DE L'ATTACHEMENT

TROIS types d'attachements * travaux de Mary Answorth 1978

1. **Sécure**: recherche de proximité du donneur de soins si stress et détresse et reprise de l'exploration, résulte d'une disponibilité de la figure maternelle et surtout d'une sensibilité aux signaux de son enfant
2. **Insécurisé anxieux-évitant**: absence de signaux de la part de l'enfant indiquant qu'il vit un stress ou de la détresse et évitement du donneur de soins, serait lié à des interactions intrusives ou rejetantes de la part de la mère, surtout lorsque l'enfant présente une vulnérabilité émotionnelle
3. **Insécurisé anxieux-ambivalent**: recherche et maintient de contact en situation de stress ou de détresse et résistance active face à ce contact, semble associé à une incohérence des réponses maternelles alternant entre la disponibilité et le rejet

4. Un quatrième type ??

**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*

THÉORIES DE L'ATTACHEMENT

4. La définition d'un quatrième type a été introduite plus tard: cette catégorie porte le nom **d'évitant-ambivalent** dans le système de Crittenden (1992) et de **désorganisé-désorienté** dans le système de Main (1996).

Lorsque les enfants sont exposés à des situations stressantes, ils manifestent des comportements étranges, effrayés, ou/et désorientés ou un peu de toutes les autres stratégies comme s'ils n'arrivaient pas à se décider ou à savoir ou comprendre comment ils pourraient être rassurés.

Ce type d'attachement est fortement représenté dans les populations où il existe une maltraitance, une négligence, une pathologie ou un traumatisme non résolu chez la figure d'attachement principale (notamment un deuil).

Ce type d'attachement est un facteur de risques pour le développement psycho-affectif de l'enfant. Sa prévalence est de 15% dans la population et il se retrouve à hauteur de 80% chez les enfants maltraités.

THÉORIES DE L'ATTACHEMENT

- L'attachement se fixe entre 0-3 ans **(avant 5 ans une stabilité est nécessaire)**

- **Une situation de stress, de changement ou d'insécurité** engendre un **comportement d'attachement** chez l'enfant. Selon ce comportement d'attachement, il y a une **réponse du donneur de soins**. Cette réponse du donneur de soins génère un **système d'attachement** et **un modèle interne opérant** chez l'enfant.

- RAPPEL :

→ **Modèle interne opérant = représentation mentale que se fait l'enfant de lui-même en interaction avec sa figure d'attachement**

Ce modèle influence la relation d'attachement parent-enfant et le vécu relationnel futur (vécu relationnel une fois adulte)

QUAND L'ATTACHEMENT DEVIENT TROUBLE

- Quels sont les indices qui pourraient indiquer que le vécu d'attachement d'un enfant présente des carences ?
- Quels sont les types d'attachements qui y prédisposent ?
- Selon vous, sous quels conditions pourra-t-on établir qu'un enfant souffre d'un trouble de l'attachement ?
- Allons-y voir plus clair…

EST-CE UN TROUBLE DE L'ATTACHEMENT ?

Trouble ou difficulté ?

TROUBLE OU DIFFICULTÉ ?

DANS LE LANGAGE COURANT, L'ÉTIQUETTE **« TROUBLE DE L'ATTACHEMENT »** EST FRÉQUEMMENT UTILISÉE À TORT POUR CARACTÉRISER DES ENFANTS QUI ONT DÉVELOPPÉS UNE RELATION D'ATTACHEMENT INSÉCURISANTE, DÉSORGANISÉE OU MÊME PERTURBÉE AVEC LEUR FIGURE D'ATTACHEMENT (PARENT BIOLOGIQUE, TUTEUR, FAMIILE D'ACCUEIL OU D'ADOPTION).

Le diagnostic **TROUBLE**, est donc important à distinguer par rapport **aux difficultés ou défis d'attachement**.

TROUBLE OU DIFFICULTÉ ? PRUDENCE…

- Pour toutes problématiques biopsychosociales, il faut faire preuve de prudence lorsque l'on parle des facteurs de risques, des manifestations et des diagnostics.

- **Ainsi, il serait important D'ÉVITER DE GÉNÉRALISER et de supposer à tort, qu'un comportement X d'un parent ou qu'une situation de vie Y amènera à l'établissement d'une problématique, d'un trouble ou même d'un diagnostic**

- Soyons ouverts mais cohérents !

L'ATTACHEMENT : TROUBLE ET DIFFICULTÉS

- **Le trouble** de l'attachement se caractérise PAR UNE INCAPACITÉ À ÉTABLIR UN LIEN SÉLECTIF AVEC UNE FIGURE D'ATTACHEMENT (souvent un parent) dans la petite enfance. Cette problématique peut toucher des enfants qui ont vécu une rupture du lien mère-enfant (adoption, maladie de la mère, grossesse difficile, décès de la mère, placement précoce de l'enfant en famille d'accueil, etc.). Ce trouble entraîne des problèmes sérieux au niveau émotionnel, social, affectif, de la confiance en soi, du respect des normes et des études. Certaines conséquences sont irréversibles.

- **Les difficultés** comportent des manifestations similaires mais le tout ne peut impliquer un diagnostic de TROUBLE pour diverses raisons :

  - manque d'observation, manifestations sporadiques ou moins présentent, etc.

TROUBLE/DIFFICULTÉS DE L'ATTACHEMENT ?

Facteurs observables *(Paquette, St-Antoine et Rainville, 2004)*

- Histoires de ruptures et/ou de négligences sévères;
- Refus de dépendre de l'adulte, autosuffisance;
- Difficultés à composer avec les gestes d'affection;
- Attaques du lien, incapacités à conserver les bons moments;
- Absence de réactions manifestes à la séparation;
- Réaction à toute limite ou exigence comme à une attaque ou une critique;
- Indifférence à la punition;
- Sociabilité sans discernement; relations superficielles (l'autre est accessoires);

…

TROUBLE/DIFFICULTÉS DE L'ATTACHEMENT ?

Suite…

- Apprentissages difficiles;
- Relations conflictuelles avec les pairs;
- Difficultés au niveau de la régulation des émotions;
- Difficultés au niveau du contrôle des impulsions;
- Peu d'empathie, jugement moral peu développé (« est-ce bien ou mal ? »);
- Problèmes de comportement : mensonges, vols;
- Agressivité et rage (grande colère intérieure);
- Recours important au contrôle et à la manipulation dans les relations (vise à combler l'insécurité).

L'ATTACHEMENT, TROUBLE ET DIFFICULTÉS

Que ce soit le trouble ou des difficultés d'attachement… il reste que…

- **L'évolution du trouble est 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 et la nature des interventions mises en œuvre**.
- Une **amélioration considérable ou une disparition du trouble (pas nécessairement de toutes les manifestations) peut survenir** si on place l'enfant dans un environnement procurant un soutien approprié.
- Si la **situation n'est pas adéquatement traitée elle peut perdurer et se transformer** (voir s'adapter à sa nouvelle réalité) à l'âge adulte.

QUI SONT CES ENFANTS ?

Vécus possibles;

De la négligence à l'adoption;

Les enfants de la DPJ.

QUI SONT CES ENFANTS ?

ILS PEUVENT AVOIR VÉCU…

QUAND LA CARENCE AFFECTIVE PART DE L'INTRA-UTÉRIN ?

Patiente de 30 ans, consulte aux urgences pour douleurs lombaires aiguës.
Bilan radiographique réalisé: utérus gravide, déni de grossesse.

C'est le cas lors de **déni de grossesse**, une condition psychopathologique où l'on peut observer qu' instinctivement , le fœtus se cache dans le ventre de sa mère. *(ce comportement ne se produit pas dans tous les cas de déni de grossesse).

http://www.psychoenfants.fr/actus-fr_Le_lien_mere_enfant_apres_une_negation_d_14861.html

Pour en savoir plus :

http://doc.rero.ch/record/31507/files/TB_Ott_M._Schmid_E._2010.pdf

QUI SONT CES ENFANTS ?
ILS PEUVENT AVOIR VÉCU…

- Absence physique et/ou affective de liens d'attachement significatifs
- Manque de compétences parentales chez les parents - Transmission intergénérationnelle possible de ce manque de compétence
- Vécu Centre jeunesse (DPJ, Unité d'hébergement, famille/foyer d'accueil,…)
- Changements multiples de figures d'attachement (Centre jeunesse, parents, éducateurs, gardes…)
- Mise en adoption (internationale ou domestique)

QUI SONT CES ENFANTS ?
ILS PEUVENT AVOIR VÉCU…

Dans le milieu de vie : (les parents, proches, tuteurs…)

- **Instabilité affective** (changements de conjoint, gardes répétées dans divers milieux avec diverses personnes)
- **Toxicomanie**
- **Négligence**
- **Abus** (physique, sexuel)
- **Problèmes de santé mentale**
- **Absence ou réponse minimale aux besoins de base** (hygiène, se nourrir, cadre sécurisant, estime de soi, appartenance, manque d'attention ou de valorisation ou d'affection, rejet, dénigrement)

L'ATTACHEMENT ET L'ADOPTION

Et si cet enfant pouvait vous parler… (l'enfant adopté à l'international ou non)

«Bonjour à vous,

Vous êtes venus me chercher chez moi et maintenant je me sens perdu. Vous avez l'air gentils mais je ne reconnais pas vos visages, les odeurs de la maison, le matelas de ma couchette, la texture de la nourriture que vous me donnez et votre façon étrange que vous avez de parler.

Depuis que je suis né, personne ne m'a montré que j'étais important : j'ai pleuré, hurlé et personne ne s'est occupé de moi. Je ne comprends pas pourquoi avec vous ce serait différent. De toute façon, ça doit être parce que je suis un mauvais bébé que personne n'a voulu de moi. Bref, je sais que vous n'êtes pas dangereux mais mon expérience m'a appris que je ne peux compter que sur moi-même pour survivre.»

https://www.chu-sainte-justine.org/documents/Pro/d%C3%A9pliantattachementtexte.pdf

POUR EN SAVOIR PLUS : DOCUMENTAIRE

Une question de confiance

L'enfant qu'on sépare de sa mère ou qui vit d'autres types de ruptures (alimentaire, sensorielle, physique, etc.) au cours des premières années de sa vie peut développer une affection mentale que les experts appellent troubles de l'attachement. Cet enfant perçoit cette séparation comme un abandon. Il est incapable de faire confiance à ceux qui prétendent vouloir son bien, dont ses parents adoptifs. Les enfants adoptés à l'étranger seraient particulièrement sensibles à cette affection. Le réalisateur Réal Barnabé rencontre quatre familles dont les enfants ont souffert, à divers degrés, de difficultés ou de troubles de l'attachement. Il explore aussi des pistes de solution. Le documentaire ***Une question de confiance*** est un film d'espoir au sujet d'un phénomène mal connu, sinon tabou.

- http://ici.radio-canada.ca/tele/zone-doc/2014-2015/episodes/350849/question-confiance

POUR EN SAVOIR PLUS : DOCUMENTAIRE

Ils étaient six

L'émission Enquête, de Radio-Canada, vous présente pour la première fois à la télévision, la vie quotidienne des plus vulnérables de nos enfants.

Ils sont parmi les petits enfants les plus mal en point du Québec.

Abusés, négligés, ils ont été retirés à leurs parents; les familles d'accueil n'en ont pas voulu.

Mais ici, dans cette maison de la rive-sud de Montréal, on a décidé de « réparer » ces enfants.

Avec du temps, des compétences et beaucoup d'amour, on y arrive....six enfants à la fois

LES ENFANTS DE LA DPJ

- De façon plus commune, les troubles de l'attachement se retrouvent chez les enfants qui ont vécus de graves carences concernant les réponses à leurs besoins.

- Ces enfants se retrouvent parfois, temporairement ou jusqu'à la majorité, sous la responsabilité de la Direction de la protection de la jeunesse au Québec.

ENFANTS ET PROTECTION DE LA JEUNESSE

Enfants pris en charge par la DPJ, BILAN 2014-2015

Abandon : 90
Abus physique : 8 053
Risque sérieux d'abus physique : 2413
Abus sexuels : 1 848
Risque sérieux d'abus sexuels : 1530
Mauvais traitements psychologiques : 5 016
Négligence : 7 909
Risque sérieux de négligence : 4 412
Troubles de comportement sérieux : 3 422

Total : 30 093

http://www.centrejeunessedequebec.qc.ca/publications/Bilan%20DPJ/Bilan%20DPJ%202014-2015.pdf

Plus de 86 861 signalements ont été reçus par les Centres jeunesse du Québec en 2014-2015, une hausse de 4,1 % par rapport à l'an dernier.

DERNIÈRES PRÉCISIONS

- **Ce n'est pas parce qu'un enfant a été adopté, a vécu en Centre Jeunesse ou même qu'il a subi de la négligence qu'il a forcément développé des difficultés ou un trouble de l'attachement.**

- **Ce n'est pas non plus parce qu'un adulte à vécu, enfant, des difficultés reliées à l'attachement qu'elles sont encore présentes.**

LE DIAGNOSTIC DU TROUBLE DE L'ATTACHEMENT

DSM-IV et V

UN TROUBLE SPÉCIFIQUE À L'ENFANCE

- Le diagnostic de TROUBLE DE L'ATTACHEMENT **s'établit uniquement chez l'enfant (ou l'adolescent*)**, le tout selon ses conditions :

  - **Détenir suffisamment d'observations* et de faits reliées au vécu de l'enfant principalement entre 0 et 3 ans (parfois jusqu'à 5 ou 6 ans) qui démontrent qu'il a subit de graves carences au niveau de l'attachement.**

UN TROUBLE SPÉCIFIQUE À L'ENFANCE

Un adulte **ne peut** recevoir un diagnostic de trouble de l'attachement. Toutefois, un vécu dans l'enfance difficile et des manifestations ou comportements observables qui ressemblent à ce trouble peut mener au diagnostic d'un autre ou d'autres problèmes de santé mentale.

Intra-utérin : Les études des dernières années tendent à démontrer que l'attachement autant de mère vers l'enfant que de l'enfant vers la mère débute vers les derniers mois de la gestation.

Preuves éloquentes ?

La position du fœtus dans les cas de déni de grossesse, voir diapo p.33.

DES MANIFESTATIONS DIFFÉRENTES

- Pour ce trouble, il existe des manifestations qui se retrouvent complètement à l'opposé. La source, bref, la souffrance derrière ces manifestations demeurent pourtant la même. (DSM-IV)

INHIBÉ : « je ne vaux rien, je ne mérites pas d'amour, je vais te le prouver, je me méfis les gens sont méchants… »

DÉSINHIBÉ : « je veux ÊTRE, je veux de l'attention, je ne sais pas ce qu'est l'amour ni quoi en faire mais je le cherche… »

LE TROUBLE DE L'ATTACHEMENT DSM IV

A. Il s'agit d'un mode de relation sociale gravement perturbé et inapproprié au stade du développement, présent dans la plupart des situations et ayant débuté avant l'âge de 5 ans, comme en témoignent les manifestations (1) ou (2)

(1) *TYPE INHIBÉ*: incapacité persistante, dans la plupart des situations, à engager des interactions sociales ou à y répondre d'une manière appropriée au stade de développement, qui se traduit par des réponses hypervigilantes, ou nettement ambivalentes et contradictoires (p. ex. l'enfant se comporte vis-à-vis des personnes qui prennent soin de lui en alternant tentatives d'approches, réactions de fuite et refus de se laisser consoler)

(2) *TYPE DÉSINHIBÉ*: liens d'attachement diffus, qui se manifestent par une sociabilité indifférenciée et une incapacité à faire preuve d'attachements sélectifs (p. ex., familiarité excessive avec des étrangers ou absence de sélectivité dans le choix des figures d'attachement)

(1) DSM-IV ("*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*"), publié par l'*American Psychiatric Association*.

LE TROUBLE DE L'ATTACHEMENT DSM V

Trouble réactionnel de l'attachement (reactive attachment disorder – RAD)

Les nouveaux critères du DSM-V mettent l'accent sur la présence obligatoire de carences graves dans les soins, soupçonnées d'être à l'origine du trouble.

Les critères diagnostiques sont les suivants :
L'enfant ne recherche presque jamais ou recherche minimalement du réconfort lorsqu'il est en détresse.

L'enfant ne répond pratiquement pas ou répond minimalement au réconfort prodigué lorsqu'il est en détresse.

Il doit aussi présenter au moins deux des trois critères suivants :

- Réactivités sociales et émotionnelles aux autres, minimales.
- Peu d'affects positifs.
- Épisodes de peurs, d'irritabilité ou de tristesse inexplicables observés lors d'interactions non-menaçantes avec des adultes significatifs pour l'enfant.

LE TROUBLE DE L'ATTACHEMENT DSM V

L'enfant doit avoir subi des expériences extrêmes de soins insuffisants possédant l'un des critères suivants :

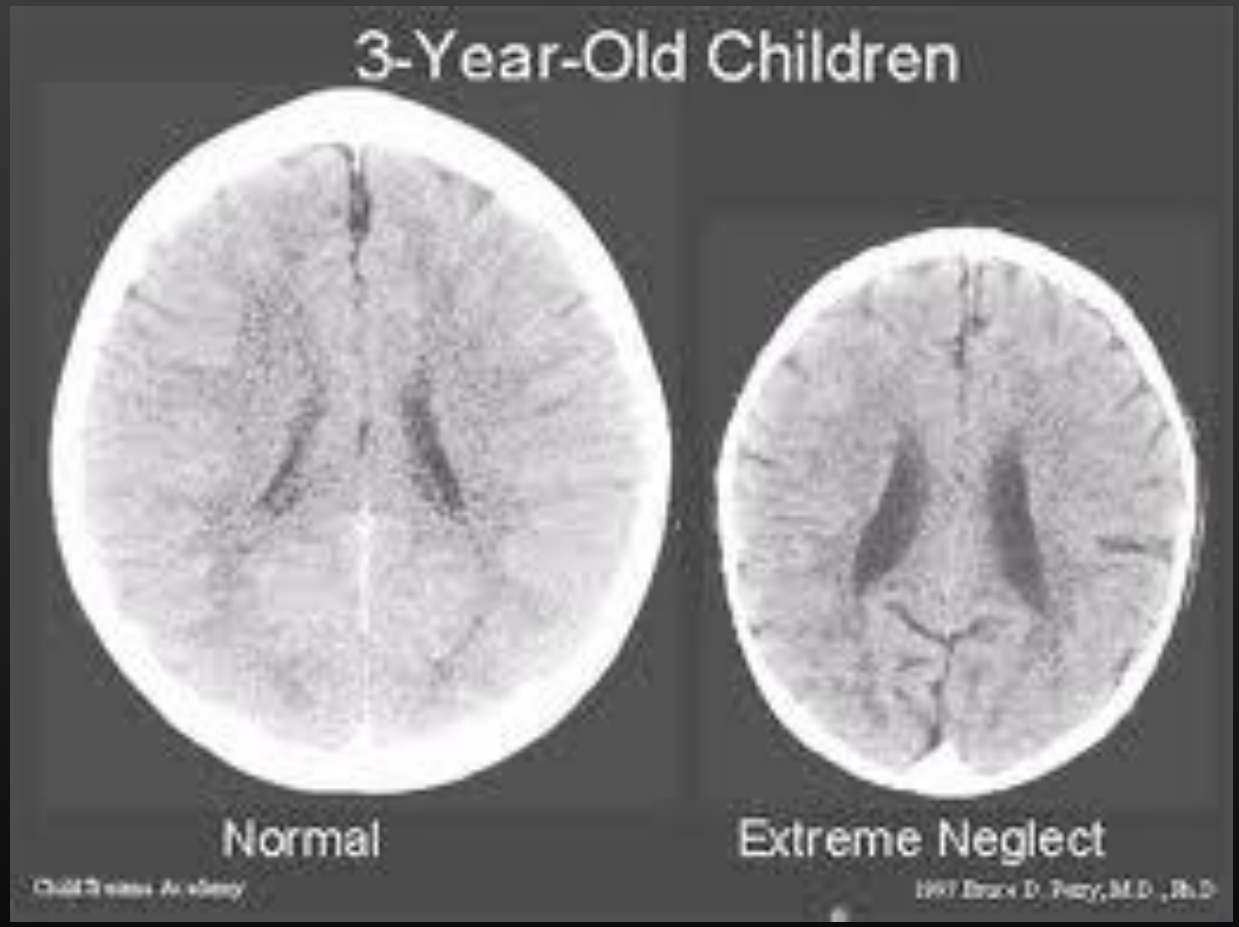
- Négligence sociale prenant la forme d'un manque persistant de soins provenant d'un adulte afin de satisfaire les besoins de base d'un enfant pour ses besoins émotionnels de réconfort, de stimulation et d'affection.
- Changements répétés de la personne prodiguant principalement les soins à l'enfant (ex. : changements fréquents de famille d'accueil), l'empêchant de former un attachement stable.
- L'enfant grandit dans un milieu inhabituel qui limite sévèrement ses possibilités de former une relation d'attachement privilégiée avec un soignant (ex. : orphelinat avec un ratio élevé d'enfants-soignants).

IMPACTS ET CONSÉQUENCES

DÉVELOPPEMENT AFFECTÉ

ATTEINTE AU DÉVELOPPEMENT PHYSIQUE AYANT DES INCIDENCES POSSIBLES AU NIVEAU COGNITIF :

Cerveau d'un enfant de 3 ans ayant subi de la négligence extrême



DÉVELOPPEMENT DU CERVEAU

- De récentes recherches sur le développement du cerveau, rapportées en 1998 dans la brochure de l'Institut de la santé infantile, mettent en évidence que le cerveau fonctionne selon le principe " **on perd ce qu'on n'utilise pas "**. Si l'enfant ne reçoit pas les stimulations nécessaires, certaines zones du cerveau demeureront sous-développées, les circuits non utilisés devenant inopérants après une période critique située dans les toutes premières années de vie.
- Ainsi, le Dr. Gunnar (Université du Minnesota) démontre qu'à la fin de leur première année, les enfants dont on s'est occupé de façon constante, chaleureuse et affectueuse produisent moins de cortisol, une hormone de réponse au stress, qui inhibe la croissance. **Le Dr. Perry et ses collègues du Baylor College démontrent pour leur part que les nourrissons et les jeunes enfants maltraités et négligés sont plus susceptibles de produire une forte réaction au stress et ce, même s'il est minime.**

http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/pdf/cmulti/defi/defi_jeunesse_9910/attachement.htm

IMPACTS P.I.A.S.[55]

ATTACHEMENT PROBLÉMATIQUE

PHYSIQUE	INTELLECTUEL
Retard staturo-pondéral: retard de croissance	Retard scolaire possible
Difficulté de coordination motrice possible --- On peut observer l'enfant qui se balance, se berce seul (besoin d'intégration sensoriel)	Désorganisation temporelle (temps long)
Piètre état de santé général	Difficultés d'abstraction (prendre du recul, etc.)
Difficulté alimentaire (peu d'intérêt ou suralimentation)	Troubles de langage possibles
Propreté et hygiène déficientes possible	Obsession pour le groupement, la collection et le classement d'objets de toute sorte

IMPACTS P.I.A.S.[56]

ATTACHEMENT PROBLÉMATIQUE

AFFECTIF	SOCIAL
Estime de soi pauvre	Faible capacité de coopération
Angoisse d'abandon	Distance relationnelle inadéquate
Intolérance à la frustration	Grande influençabilité
Modèle d'attachement instable	Difficultés marquées dans ses interrelations sociales
Avidité ou retrait affectif	Provoque le rejet ou l'abandon
Agressivité réactionnelle	Hypervigilance ou désinhibition avec l'adulte
Hyperactivité ou Passivité	Manque d'habilités sociales

IMPACTS POSITIFS ?

On peut l'interpréter ainsi, ces enfants ont développés pour la plupart des facultés impressionnantes qui relèvent de l'instinct de survie. C'est utile parfois et d'autre fois, c'est un piège !

Ainsi, ils se sont habitués à :

- **utiliser leur instinct,**
- **à interpréter le non-verbal,**
- **à utiliser leurs perceptions,**

Bref, ils ont développés leurs antennes et les utilisent !

Il faut en être conscient et agir en conséquence avec eux.

AUTRES CONSÉQUENCES POSSIBLES

- Comportements antisociaux

- Problèmes de santé mentale associés :

  - **Anxiété,** TDA/h ou hyperactivité affective*, trouble du comportement, phobies sociales et/ou spécifiques, symptômes dépressifs, etc.)

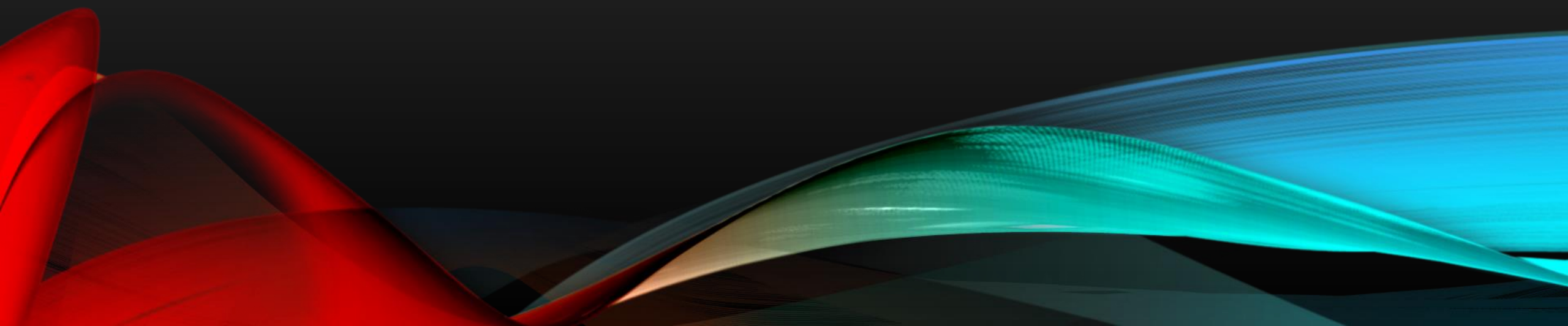
L'ADULTE ET LES MANIFESTATIONS DU T.A.

- À l'âge adulte, d'un point de vue psychiatrique, on le parlera plus du trouble de l'attachement.

- Toutefois, la présence de manifestations associées au passé carencé de l'individu au niveau de l'attachement peut-être bien présente.

- Ainsi, des problèmes de santé mentale dont les manifestations croisent celles du trouble de l'attachement POURRAIENT être diagnostiqués chez certains patients.

L'ATTACHEMENT À L'ÂGE ADULTE



L'ADULTE ET LES CONSÉQUENCES

Entre autres : pensez aux manifestations associées… donc, hypothétiquement (à valider par des évaluations psychologiques et/ou psychostriques) on pourrait retrouver :

- Troubles anxieux (TOC, TAG, phobies sociales et spécifiques)
- Dépression, bipolarité (autres troubles de l'humeur)
- **Troubles de la personnalité (limite, dépendante, antisociale**, narcissique, histrionique)
- Troubles de l'adaptation
- Troubles de la conduite, impulsivité
- Dépendances (toxicomanie, jeux, affective)
- Troubles des conduites alimentaires (relié à l'image de soi, l'autocontrôle)
- Troubles d'apprentissage, TDA/h (parfois relié aux dommages cérébraux)

TYPES D'ATTACHEMENT* : ADULTE

1. AUTONOME SÉCURISÉ (50 à 55 %)

L'individu qui présente peu d'anxiété et d'évitement possède un attachement dit sécurisant. Ces personnes estiment avoir de la valeur et ils croient pouvoir compter sur les autres en cas de besoin. Ils ont également l'impression de mériter l'amour de l'autre, d'avoir du contrôle sur leur destinée et ils envisagent positivement les situations interpersonnelles. En couple, ils sont confortables avec l'intimité, l'engagement et l'interdépendance, donc ils sont capables de dépendre de l'autre au besoin

2. DÉTACHÉ (15 %, surtout hommes)

Les personnes dites détachées possèdent une image positive d'elles-mêmes, mais une image négative des autres, c'est-à-dire qu'elles doutent de la capacité de l'autre à répondre à leurs besoins. Cela les amène à éviter les relations très intimes, à refuser de montrer leur vulnérabilité et à être incapables de dépendre des autres. Les « détachés » sont plus confortables dans des relations « distantes » où il y a peu de dévoilement de soi et où ils peuvent conserver leur indépendance. Ils ont appris à se fier à eux-mêmes de façon excessive plutôt qu'à chercher du réconfort et à nier l'importance des relations intimes pour se protéger des blessures potentielles provenant d'autrui.

TYPES D'ATTACHEMENT* : ADULTE

3. PRÉOCCUPÉ (20 %, surtout femmes)

Les « préoccupés » possèdent une image négative d'eux-mêmes, ont le sentiment d'être indignes d'amour et de manquer de mérite. Ils ont toutefois une image positive des autres qui les amènent à rechercher sans cesse l'attention et l'approbation d'autrui (besoin de réassurance). Dans leurs relations de couple, ils présentent une grande instabilité émotionnelle, des signes de dépendance, une grande peur d'être abandonnés et de ne pas être aimés. Ils manifestent également des attentes de soutien et d'amour exagérées, une hypervigilance aux signes de rejet ou de moindre disponibilité de la part du partenaire et de la jalousie

4. CRAINTIF (10 % à 15 %)

Les individus dits craintifs possèdent une image négative d'eux-mêmes et des autres, c'est-à-dire qu'ils se perçoivent comme des êtres non aimables (sans mérite) et qu'ils anticipent le rejet des autres, qui ne sont pas dignes de confiance. Ils désirent le contact intime, mais craignent à la fois la souffrance de l'abandon et la proximité qui est difficile à supporter. Ce sont aussi des personnes plus solitaires, introverties et peu affirmées, qui se confient très peu à leurs proches.

Formation Trouble de l'attachement Karine Lebel 2014-2015
*https://www.ordrepsy.qc.ca/pdf/Psy_Qc_Mai2009_Dossier_03_Brassard_Lussier.pdf

HISTOIRES VÉCUES

1. Ce sera un beau Noël

2. Il est muet ?

3. La rencontre à l'école

LES INTERVENTIONS

VOTRE INSTINCT D'INTERVENTION

- Qui sont les personnes qui ressentent le besoin de donner de l'affection à ces enfants ?
- Qui sont les personnes qui se sentiraient mal outillées pour intervenir avec cette clientèle ?
- Qui sont les personnes qui auraient le goût de les amener à la maison ?
- Qui sont les personnes qui conserveraient une distance affective avec cette clientèle ?
- Qui sont les personnes qui auraient tendance à être plus strictes, directifs et disciplinés avec eux ?

LES INTERVENTIONS

3 PREMIÈRES ÉTAPES ESSENTIELLES

1ERE ÉTAPE : OBSERVER LE DÉVELOPPEMENT

- À l'aide de grille de développement, il est ESSENTIEL d'observer et analyser le développement de l'enfant selon les 4 sphères de base, P.I.A.S.

- Les stades de développement d'Erickson, au niveau socio-affectif, sont aussi à consulter, et on doit s'assurer que les enfants aient passer à travers tous les stades.

ATTENTION : cette façon de faire pourra vous aider à mieux intervenir parce qu'ainsi vous pourrez miser sur des interventions plus simples et plus adaptées à sa réalité. Il n'est nullement question ici de jouer au spécialiste et de déterminer par vous-même l'âge développemental d'un enfant.

À RETENIR : Les éclairages obtenus vous permettront d'établir une corrélation entre la référence de développement en terme d'âge et les interventions possibles pour ce stade de développement.

1ERE ÉTAPE : OBSERVER LE DÉVELOPPEMENT

Ex :

Luciole a 3 ans, on soupçonne des difficultés d'attachement. En l'observant, on remarque qu'elle est peu autonome au niveau social, qu'elle joue plus souvent seule sans interactions avec les autres et qu'elle intègre difficilement des consignes de base. Ainsi, après analyse et selon la grille, son niveau de développement cognitif, affectif et social se situe à un âge d'environ 24 à 36 mois.

Utilisation Stades de développement Erickson

et

Modèle grille de développement, Sainte-Justine

http://www.cpe-estrie.org/shared/File/developpement%20de%20l'enfant%20_tableaux.pdf

LES HUIT STADES DU DÉVELOPPEMENT DE LA PERSONNALITÉ

étapes qui nous guident tout au long de notre vie. (Éric Érikson)

ÂGE	ÉTAPE	TÂCHES DE DÉVELOPPEMENT
De la naissance à 1 an 1/2 Confiance ou méfiance fondamentales.	*Prime enfance* Le nourisson doit se fier à d'autres personnes de son environnement social pour satisfaire presque tous ses besoins. Si attention et amour, se créera un sentiment de confiance fondamental ; sinon méfiance.	• Adaptation mère-enfant • Créer l'expérience : - apprendre à manger des aliments solides - apprendre à marcher - apprendre à parler
De 1 an 1/2 à 3 ans Autonomie ou honte et doute	*Première enfance* Acquisition de gestes qui donnent la liberté de faire et créent un sentiment d'autonomie. Crise si les parents ne laissent pas faire l'enfant.	• Chercher l'indépendance • Acquérir le contrôle musculaire et neuro-musculaire • Apprendre à maîtriser l'évacuation • Formuler des concepts pour traduire la réalité • Former la conscience : - différencier le bien du mal - acquérir le sentiment de pudeur
De 3 à 6 ans Initiative ou culpabilité	*Âge pré scolaire* Stade phallique de Freud. L'enfant maîtrise la locomotion et prend des initiatives. Si crise : l'enfant pourra se sentir coupable de s'exprimer.	• Diviser les concepts de base : - le réel et l'imaginaire • Acquérir le contrôle musculaire • Associer les idées • Établir son rôle social
De 6 à 11 ans Travail ou infériorité	*Seconde enfance* Apprentissage des habiletés sociales et intellectuelles.	• Apprendre à être autonome • Développer et affiner les dispositions neuro-musculaires • Distinguer les concepts du Moi, d'autrui et du monde • Apprendre la coopération, l'auto-contrôle • Connaître le rôle et les qualités sociales • Formuler des jugements de valeur

STADES ERICKSON

Le développement affectif

de la **naissance** à **6 mois**	• Il exprime ses besoins par des cris et des pleurs. • Il manifeste des émotions primaires : douleur, dégoût, plaisir. • Il sourit à la vue d'une personne. • Il peut manifester de la colère, de la surprise, de la tristesse.
de **6** à **12 mois**	• Il décode les émotions des autres par l'expression de leur visage. • Il commence à s'attacher à une personne en particulier. • Il a parfois peur des étrangers. • Il réagit parfois mal quand il est séparé de ses parents, et particulièrement de sa mère.
de **1** à **2 ans**	• Quand il crie ou se fâche, on peut le distraire et attirer son attention sur autre chose. • Il reconnaît son image dans le miroir. • Il a besoin de limites claires. • Il développe sa confiance en lui. • Il tolère mieux d'être séparé de sa mère.
de **2** à **3 ans**	• Il fait parfois de grosses colères. • Il a du mal à attendre pour obtenir ce qu'il veut. • Il s'oppose parfois aux demandes de ses parents. • Il veut faire certaines choses tout seul. • Il peut exprimer de la fierté, de la gêne, de la honte. • Il sait s'il est un garçon ou une fille. • Il éprouve certaines peurs, par exemple la peur du noir, du Père Noël. • Il apprend peu à peu à exprimer verbalement son désaccord, sa frustration.
de **3** à **4 ans**	• Il se décrit par des caractéristiques concrètes. • Il peut comprendre les raisons d'un interdit. • Il prend des initiatives. • Il fait parfois des cauchemars. • Certaines situations peuvent lui faire peur (visite chez le dentiste, chez le médecin). • Il manifeste un intérêt particulier pour le parent de sexe opposé.
de **4** à **5 ans**	• Il apprécie qu'on explique les limites qu'on lui impose. • Il exprime son agressivité verbalement plutôt que physiquement. • Il accepte mieux les frustrations. • Il prend des initiatives. • Il tolère un certain délai avant de voir ses besoins satisfaits.
de **5** à **6 ans**	• Il comprend la constance des sexes (garçon/fille). • Il peut soutenir un effort un certain temps avant d'en voir le résultat concret. • Il contient ses émotions. • Il commence à s'identifier au parent du même sexe, s'intéressant à sa façon de faire, à ses intérêts.

L'amour d'une mère à l'égard de la vie
est aussi contagieux que son angoisse.
Les deux attitudes ont des effets considérables
sur la personnalité totale de l'enfant.

Erich Fromm, *L'art d'aimer*

INTERVENIR SELON L'ÂGE DE DÉVELOPPEMENT

- Laissez de côté l'âge biologique dans le contexte d'intervention. À partir de vos observations (en équipe !!) référez-vous au stade de développement observé.
- Adaptez TOUTES vos interventions en fonction de l'âge de développement déterminé, ou plus bas, le plus possible.
- Tentez certaines approches plus simples, de base, et au fur et à mesure de l'établissement de sa compréhension et son intégration des consignes, augmentez graduellement les seuils.
- ATTENTION de ne pas intervenir avec lui comme s'il avait cet âge (pas le prendre pour un bébé) !!
- Grosse nuance : son développement est altéré à certains stades, pas tous !

2E ÉTAPE : TRAVAILLER EN ÉQUIPE

Les enfants avec un trouble de l'attachement ont besoin de **constances, cohérence, clarté, etc.** Ainsi, il sera aidant, et pour lui tout comme pour vous tous, d'établir :

- Une procédure commune à suivre suite à vos observations;
- Une communication efficace et stable entre vous;
- OBSERVER, noter et permettre un accès aux intervenants concernés à toutes nouvelles informations pertinentes;
- Se réunir pour s'informer et créer une cohérence entre vous;
- Éviter de « défaire les interventions » des autres intervenants, parents, etc., devant l'enfant (besoin de sécurité, confiance et stabilité).

3E ÉTAPE: METTRE EN PLACE L'INTERVENTION

- Une structure d'intervention a été pensée afin de favoriser la relation positive entre vous et ces enfants.

- Ces principes ont été développés par le Centre Jeunesse de Montréal Institut Universitaire et sont appliqués dans tous les Centre Jeunesse du Québec.

- VOICI CES INTERVENTIONS…

5 PRINCIPES D'INTERVENTION

3E ÉTAPE, METTRE EN PLACE L'INTERVENTION

5 PRINCIPES D'INTERVENTION

*SELON CJM-IU

1. **OFFRIR UN CADRE CONTENANT**
2. **PRÉSERVER UNE DISTANCE RELATIONNELLE**
3. **OFFRIR UNE PRÉSENCE NON PUNITIVE ET MAINTENIR FERMEMENT LES LIMITES**
4. **DOSER LE POSITIF**
5. **SERVIR DE MIROIR POUR AIDER À IDENTIFIER LE VÉCU INTÉRIEUR**

5 PRINCIPES D'INTERVENTION

*SELON CJM-IU

1. OFFRIR UN CADRE CONTENANT

✓ Les 5 « C »: **Constance, Cohérence, Continuité, Conséquence, Clarté**

- Installer une routine
- Poser des limites, des règles, des interdits
- Définir et transmettre nos attentes
- Exercer une vigilance constante
- Éviter la surstimulation

1. OFFRIR UN CADRE CONTENANT

- Prendre en charge le besoin de contrôle de ces jeunes
- Assumer la responsabilité de ce que le jeune n'est pas encore capable d'intégrer
- Le garder près de vous (besoin de vous voir, de savoir que vous êtes là)
- Gérer l'espace physique et l'environnement social
- Adapter les demandes (le situer dans le temps – ~~plus tard~~ = dans une heure)

1. OFFRIR UN CADRE CONTENANT

Exemple :

Tim, 8 ans, élève dans une classe régulière.

1. Dès qu'on a su qu'il avait un trouble de l'attachement, l'enseignante, l'autre TES et moi nous sommes réunies pour partager nos observations.
2. À l'aide la grille de développement, nous avons établis qu'il fonctionnait principalement comme un enfant de 3 ans.
3. Nous l'avons installé son bureau près du professeur.
4. Nous avons installé une routine du jour (un procédurier) qui est collée sur son bureau.
5. Nous avons utilisé des « petites horloges en papier » pour l'aider à gérer son temps.
6. Nous avons validé avec lui ce qu'il est capable de faire et l'aidions lorsque nécessaire.

5 PRINCIPES D'INTERVENTION

*SELON CJM-IU

2. PRÉSERVER UNE DISTANCE RELATIONNELLE

✓ L'amour est loin d'être la clé : ils ne savent pas quoi en faire !!

- Accompagner sans forcer
- Démontrer sa neutralité
- Donner un sens à ses comportements (mécanismes de défense et non attaques)
- Éviter de nourrir des attentes (les petits pas)
- Valoriser sur des faits et renforcer rationnellement les bons comportements

2. PRÉSERVER UNE DISTANCE RELATIONNELLE

Exemple :

Tim, 8 ans, élève dans une classe régulière.

1. Nous lui parlions au NOUS ou ON dès qu'il fallait cadrer un comportement.
2. Nous écoutions ses insultes ou autres en tentant de ne pas les prendre personnelles (mécanismes de défenses), et en adoptant une attitude neutre.
3. Nous évitions de trop l'encourager à faire des choses complexes, les petits pas étaient priorisés.
4. Un système d'émulation était mis en place : 5 bons comportements attendus y étaient préinscrits, dès qu'il réussissait à en faire UN dans la journée, il « comptait UN but » (renforçateur). N.B. il était passionné du hockey

5 PRINCIPES D'INTERVENTION

*SELON CJM-IU

3. OFFRIR UNE PRÉSENCE NON PUNITIVE ET MAINTENIR FERMEMENT LES LIMITES

✓ Dépersonnaliser l'intervention (« l'équipe veut que tu… »)

- Faire faire des choix (choix pas de choix, s'il le faut)
- Être prévisible (conséquences connues)
- Mettre de l'avant les valeurs préconisées (parler et afficher si possible)
- Éviter les sur-conséquences (école versus – organisme)

3. OFFRIR UNE PRÉSENCE NON PUNITIVE ET MAINTENIR FERMEMENT LES LIMITES

Exemple :

Tim, 8 ans, élève dans une classe régulière.

1. Nous l'invitions à trouver ses propres solutions, si possible, ex : Comment trouves-tu la table ? Qu'est-ce que tu penses qu'on pourrait faire pour la nettoyer ?
2. Nous lui donnions des CHOIX PAS DE CHOIX, ex : J'y vais avec toi ou tu y vas seul ?
3. **2** conséquences possibles au maximum étaient utilisées, soit : le diriger vers le coin calme OU le retrait d'un privilège au système d'émulation.

ATTENTION, éviter les conséquences associées au temps passer avec les personnes (signe d'abandon).

5 PRINCIPES D'INTERVENTION

*SELON CJM-IU

4. DOSER LE POSITIF

✓ Valoriser et féliciter de façon progressive

- Soyez authentiques (ils ont des antennes et savent vous lire)
- Une phrase simple pour manifester le positif (pas de discours)
- Éviter de valoriser, renforcer ou féliciter devant les autres
- Mesurer l'intégration du positif afin de doser vos interventions

4. DOSER LE POSITIF

Exemple :

Tim, 8 ans, élève dans une classe régulière.

1. En tout temps, nous étions nous-mêmes avec Tim, si nous étions fatiguées ou autre, nous lui disions (évite l'interprétation – tendance à penser que c'est de sa faute si on a un « air de bœuf! ».
2. Nous lui disions des mots simples tel que : BRAVO, BIEN, SUPER, sans grands éclats d'humeurs ou grandes phrases.
3. En tout temps, nous évitions de lui parler devant les autres, entre autre, pour le féliciter.

5 PRINCIPES D'INTERVENTION

*SELON CJM-IU

5. SERVIR DE MIROIR POUR AIDER À IDENTIFIER LE VÉCU INTÉRIEUR*

✓ Reflet, reformulation

**Plus facile si une relation significative s'est bâtie entre vous et le client…*

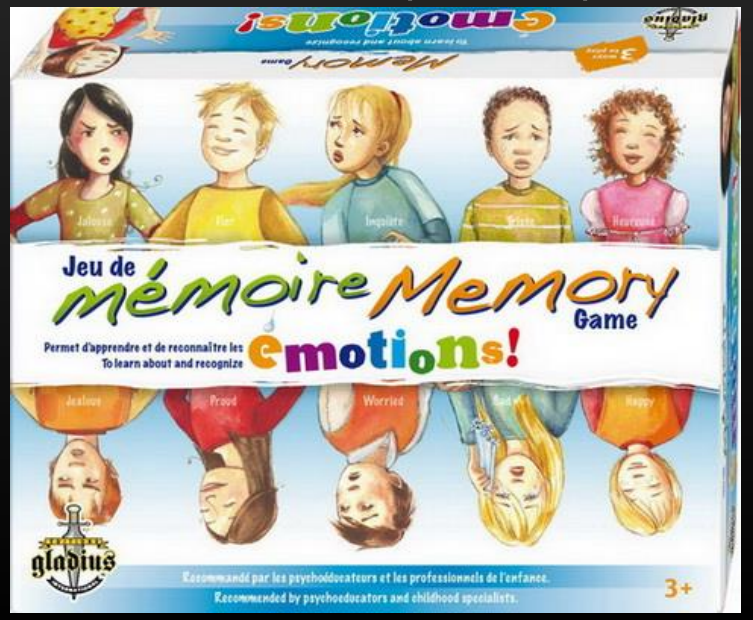
- L'aider a développer la capacité à reconnaitre ses émotions
- Identifier ce qu'il ressent lorsque confronté à des difficultés
- Nommer soi même les émotions et lui demander s'il s'y reconnait

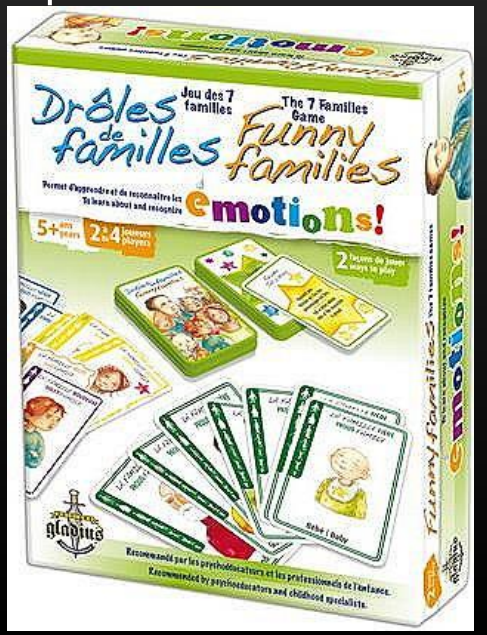
5. SERVIR DE MIROIR POUR AIDER À IDENTIFIER LE VÉCU INTÉRIEUR

Exemple :

Tim, 8 ans, élève dans une classe régulière.

Avec Tim, je jouais au Jeu de mémoire des émotions et au jeu Drôles de familles, j'utilisais aussi régulièrement l'affiche des émotions pour qu'il ses comportements en fonction des émotions ressenties.





AUTRES STRATÉGIES D'INTERVENTION

STRATÉGIES D'INTERVENTION

POUR LES APPRENTISSAGES :

Accompagner l'enfant à faire de petits pas (décomposer les apprentissages en petits exemples simples, agir de façon à préserver la confiance et la sécurité)

Comment ?

1. Débuter par la manifestation de votre présence physique, puis verbale. (vous pouvez lui toucher l'épaule, la main).
2. Expliquer à l'enfant ce que vous allez faire, de façon claire, courte et compréhensible.
3. Faites du modelage au besoin ou utiliser des scénario sociaux, pictos, etc.
4. Ignorez les erreurs et valoriser brièvement (c'est bien, bravo, etc.)
5. Si l'enfant perd sa concentration, recommencer tout du début.
6. Répétez l'exercice afin de sécurisez l'enfant de la même façon, au besoin.
7. Dès que l'enfant intègre la façon de faire laissez-le faire par lui-même.
8. Soyez patients !

INTERVENTIONS, LES BONNES ATTITUDES

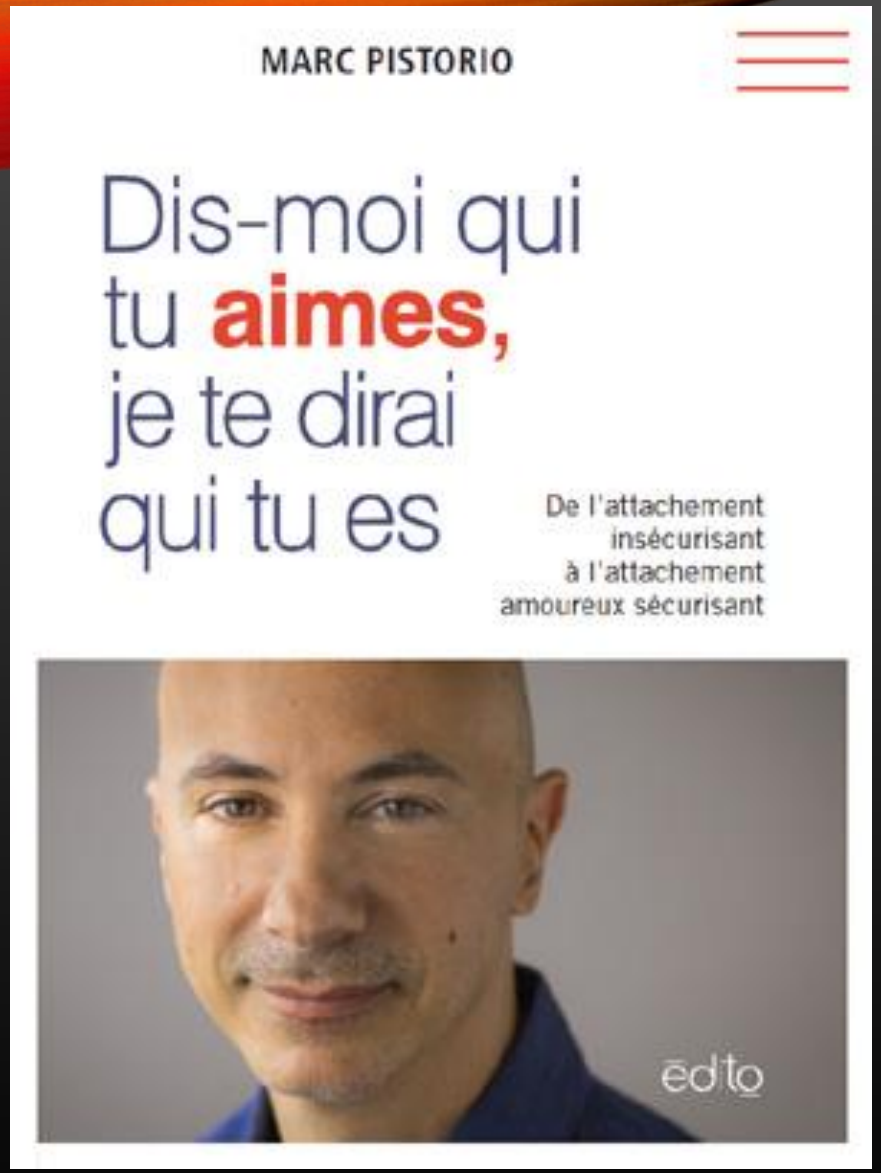
- Savoir-être (!) sécurisant, donner de l'amour ou de l'affection **plus qu'à petites** doses n'est pas sécurisant pour ces enfants.
- **Savoir-être prévisible dans vos interventions, vos réactions**
- Réconfortez sans materner
- **Laissez l'autonomie et prendre en charge si nécessaire**
- Offrir de la stabilité, le plus possible à plusieurs niveaux
- **Soyez vous-même en tout temps**

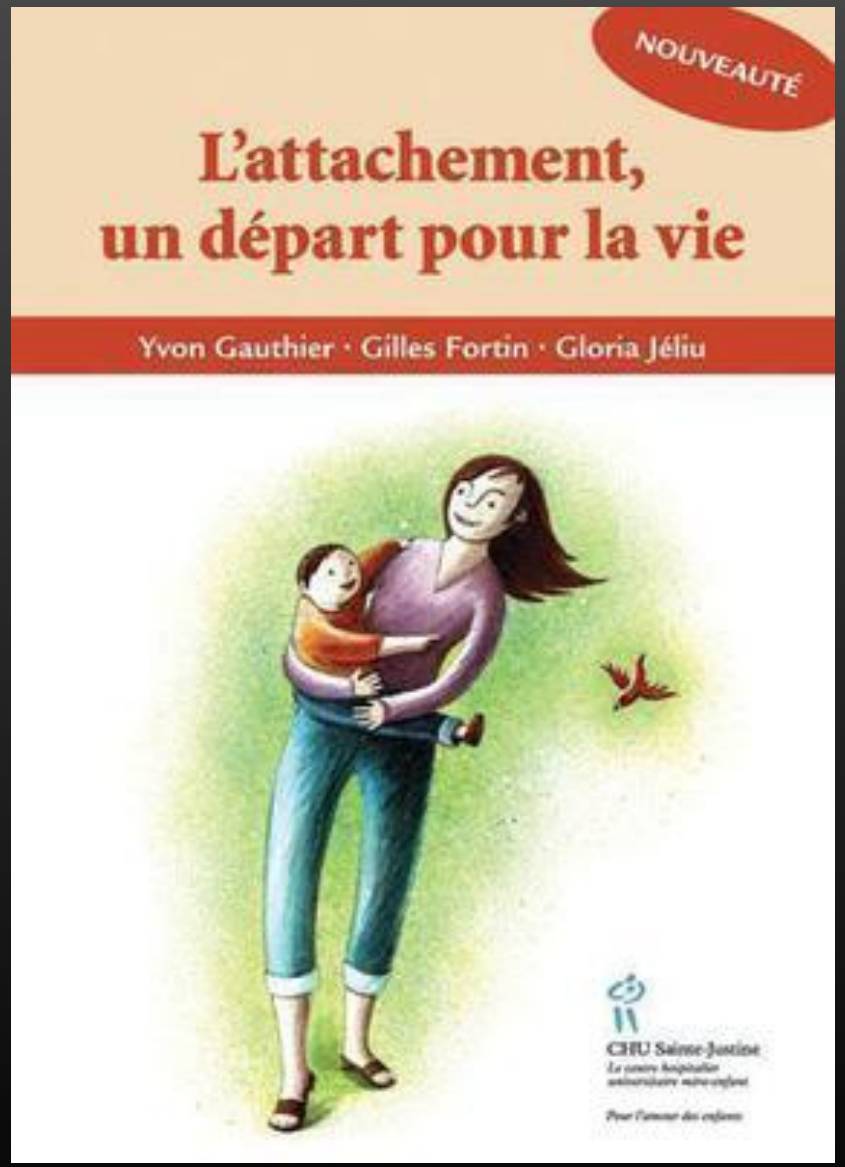
INTERVENTIONS, LES BONNES ATTITUDES

- Établir des ZONES DE GRIS dans son raisonnement (ni tout blanc, ni tout noir)

- Apprendre à lire les problèmes qu'ils vivent :
  - testent la sécurité et la durabilité de la relation
  - les aider à trouver des solutions et/ou les outils nécessaires
- Éviter:
  - l'envahissement
  - vouloir combler le vide
  - le contrôle excessif
  - l'acceptation des comportements inadéquats pour éviter les crises ou le rejet
  - de nier ce que l'enfant nous projette (transfert et contre-transfert) **Antennes !!!

OUTILS


MARC PISTORIO
Dis-moi qui tu aimes, je te dirai qui tu es
De l'attachement insécurisant à l'attachement amoureux sécurisant
edito


NOUVEAUTÉ
L'attachement, un départ pour la vie
Yvon Gauthier · Gilles Fortin · Gloria Jéliu
CHU Sainte-Justine

ATELIER

Cas cliniques

ATELIER

- Mise en contexte par rapport à un cas clinique
- En équipe, tenter de résoudre **cette situation nécessitant une intervention**, selon les principes appris dans le cadre de cette formation.
- Retour en plénière avec vos résolutions

DISCUSSIONS - PARTAGES

- Votre conclusion…

- Merci de compléter l'évaluation

MERCI !

Au plaisir de vous revoir sur ma route !

Karine ☺

www.karinelebel.com

Facebook :

Karine Lebel, formations et consultations

klebel@cegepsth.qc.ca

514-601-0353

Tous droits réservés

MÉDIAGRAPHIE

- http://www.aped.org/TDA_H/Trouble_Attachement.html
- http://www.chu-saintejustine.org/documents/Pro/L'Attachement%20pensez-y%20bien.pdf
- https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/3819/FiliatraultCharron_Amelie_2010_Rapport%20de%20Stage.pdf
- http://www.grainedemassage.fr/La_theorie_de_l_attachement.pdf
- http://www.psychomedia.qc.ca/famille/2006-10-05/le-style-de-conversation-des-parents-contribue-a-l-attachement-de-l-enfant
- http://www.fondationdesmaladiesmentales.org/la-maladie-mentale.html?t=8&i=24
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Traduction française, Paris, Masson, 1996, 1056p.
- http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/pdf/cmulti/defi/defi_jeunesse_9910/attachement.htm
- http://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/Facts_for_Families_Pages/Reactive_Attachment_Disorder_85.aspx
- http://www.attachment.org/reactive-attachment-disorder/
- **Le Bébé et l'eau du bain : Comment la garderie change la vie de vos enfants**, *Dr Jean-François Chicoine et Nathalie Collard, Québec Amérique, 2006,*
- **La normalité adoptive : Les clés pour accompagner l'enfant adopté**, Johanne Lemieux, TS, Éditions Québec-Amérique
- Mélany Chapdelaine et Michèle Lampron, enseignantes en TES.