

**“ Je suis un monstre ” : les troubles de l’attachement
chez l’enfant ayant été adopté : les conséquences sur la
construction identitaire et sur l’image du corps**

Laëtitia Caugant

► **To cite this version:**

Laëtitia Caugant. “ Je suis un monstre ” : les troubles de l’attachement chez l’enfant ayant été adopté : les conséquences sur la construction identitaire et sur l’image du corps. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02933417

HAL Id: dumas-02933417

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02933417>

Submitted on 8 Sep 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

IFP de la Pitié-Salpêtrière
Faculté de Médecine Sorbonne Université
91, Bd de l'Hôpital
75013 Paris

« Je suis un monstre »

Les troubles de l'attachement chez l'enfant ayant été
adopté : les conséquences sur la construction identitaire et
sur l'image du corps

Mémoire présenté pour le DE de psychomotricien

Session de Juin 2020

Référentes de mémoire :

Sylvaine COLIN

Ariane GRANCOIN

Laëtitia CAUGANT

« Avant l'adoption d'un bébé, il y a abandon, mot tabou qui désigne un acte qu'il faudrait escamoter au maximum. Ce concept est à l'origine de certains maux dont souffrent les adoptés tout au long de leur vie. Les non-dits, les secrets, les informations séquestrées au sujet du passé créent des sortes de trous au sein du psychisme et peuvent compromettre un équilibre. L'amour reçu d'une famille adoptive ne permet pas de les combler totalement. » - Myriam Szejer

Je tiens à remercier...

Tous les patients que j'ai pu rencontrer au fil des stages de ma formation, pour m'avoir tant apporté.

Mes maitres de mémoire, et maitres de stage, Sylvaine Colin et Ariane Grancoin, pour leur disponibilité, leur accompagnement et leurs encouragements. Mais aussi pour toute la richesse de cette année passée à vos côtés.

Mes maitres de stages de ces trois années de formation pour ce que vous m'avez apporté, tant humainement que professionnellement.

L'ensemble de nos professeurs et intervenants qui nous ont transmis avec passion un enseignement théorique et clinique fort enrichissant.

Alix, Camille, Marie et Sarah pour vos relectures.

Mes parents, ma grand-mère et ma sœur pour m'avoir supporté et épaulé durant cette longue année. Merci de votre soutien et de votre amour.

Tristan d'avoir su être présent et contenant tout au long de ces deux dernières années.

Camille, de ces trois années passées avec toi, années riches en émotions mais aussi riches en « *cappu* » et en « *couques* » ...

Mes amis, pour leur soutien, leur présence et leur disponibilité.

Sommaire

INTRODUCTION.....	8
I. PRESENTATION CLINIQUE	11
1. Présentation du lieu de stage.....	11
2. Présentation de Léo	12
a. Anamnèse	12
b. Bilan psychomoteur	14
c. La première rencontre	17
d. Au fil des séances	20
II. LA THEORIE DE L'ATTACHEMENT DANS LE CONTEXTE DE L'ADOPTION	23
1. La théorie de l'attachement de J. Bowlby	23
a. L'attachement.....	23
b. La théorie de l'attachement	23
c. Le développement de l'attachement.....	26
d. Les différentes modes d'attachement selon M. Ainsworth.....	28
2. L'adoption	30
3. Les troubles de l'attachement dans le contexte de l'adoption	32
a. Les troubles de l'attachement.....	32
b. Les troubles cliniques de l'attachement selon N. Guedeney et C. Dubucq-Green	34

c. Les causes de la pathologie du lien	36
III. L'IMPACT DE LA PATHOLOGIE DU LIEN SUR LA CONSTRUCTION	
IDENTITAIRE DU SUJET	50
1. L'identité.....	50
a. Définition de la notion d'Identité	50
b. La construction identitaire.....	51
c. Les troubles identitaires de l'enfant adopté	56
2. L'image du corps	59
a. Définition de la notion d'image du corps.....	59
b. Le concept d'image composite du corps d'E.W. Pireyre	60
c. Les troubles de l'image du corps chez l'enfant adopté	69
IV. DES AXES DE PRISE EN CHARGE PSYCHOMOTRICE POUR LES	
TROUBLES DE L'ATTACHEMENT	76
1. La (salle de) psychomotricité : espace de jeu, d'expérimentation,	
d'expression,	76
2. L'importance du cadre thérapeutique.....	78
3. L'intérêt du travail des cabanes	80
4. Perspectives de prise en charge avec Léo.....	82
CONCLUSION	85
BIBLIOGRAPHIE.....	87
SITOGRAPHIE	90
ANNEXES.....	I

Annexe I..... I

Annexe II..... II

INTRODUCTION

Au début de ma troisième année de formation en psychomotricité, j'ai eu l'opportunité de débiter un stage en cabinet libéral. Ce stage me tenait particulièrement à cœur, ayant comme objectif de rencontrer un ensemble de pathologies diverses et variées avant l'obtention du diplôme. J'ai commencé ce stage début septembre et dès le premier jour, une rencontre m'a marquée : Léo¹, un petit garçon de cinq ans. Dès notre première séance, Léo m'a fait me questionner. Je percevais en lui une grande ambiguïté : il présentait à la fois un visage jovial, malicieux et espiègle, avec un caractère très doux, d'une grande gentillesse, et à la fois des moments d'une grande dureté, avec une agressivité dans les gestes comme dans les paroles. En parallèle de cela, Léo avait tendance à dire très fréquemment « *Je suis un monstre* ». La thématique du monstre était d'ailleurs presque omniprésente au sein de nos séances. Cette phrase, pouvant être perçue comme tout à fait anodine et enfantine, m'a particulièrement marquée. Cela me donnait l'impression que Léo s'identifiait réellement à ce monstre, que cela pouvait refléter la façon dont il pouvait se percevoir.

Cette dichotomie a été la genèse de ma réflexion. En me renseignant sur l'anamnèse de Léo, et au fil des séances qui suivirent, de nombreuses interrogations me sont venues. En effet, Léo a eu un début de vie assez compliqué. Il est issu d'un déni de grossesse, découvert quelques heures avant sa naissance, puis a été abandonné et enfin, adopté à l'âge de quatre mois par un couple Français. Ainsi va débiter mon questionnement autour de la question de l'adoption et des possibles

¹Tous les prénoms ont été modifiés par soucis d'anonymat

conséquences au niveau de la construction identitaire et de la constitution de l'image du corps.

L'enfant adopté a pu tout d'abord être un enfant abandonné. Cette souffrance précoce dès son début de vie pourrait l'avoir blessé au point de lui créer une profonde cicatrice, ayant pu causer des troubles de l'attachement. Je me suis alors questionnée sur la corrélation entre ces troubles de l'attachement et sur des possibles troubles identitaires. Comment se construire en tant que sujet dans un contexte d'abandon, de ruptures affectives ? Comment s'identifier comme soi sans savoir qui l'on est et d'où l'on vient ? Mais je me suis également interrogée sur l'impact auprès de l'image du corps de l'enfant ayant subi l'abandon. Comment l'enfant peut-il se percevoir après avoir vécu de tels événements de vie ? J'ai émis l'hypothèse que l'enfant pourrait alors présenter à la fois des troubles identitaires et des troubles de l'image du corps.

De cette réflexion a découlé ma question centrale : Par quels processus les troubles de l'attachement de l'enfant ayant été adopté peuvent conduire à des troubles identitaires et de l'image du corps ?

Je me suis alors demandée de quelle manière le parcours de l'enfant ayant été adopté peut-il causer des troubles de l'attachement ? Quels liens peuvent exister entre des troubles de l'attachement et des troubles de la construction identitaire et de l'image du corps chez le sujet ? Enfin, comment le psychomotricien peut-il intervenir auprès de l'enfant présentant ces troubles ?

Ainsi, après avoir présenté mon terrain clinique et Léo, je commencerai par analyser la théorie de l'attachement de J. Bowlby dans le contexte de l'adoption. Puis, je présenterai l'impact de la pathologie du lien sur la construction identitaire et de

l'image du corps de l'enfant. Enfin, je proposerai des perspectives de prise en charge, en m'appuyant sur le cas de Léo.

J'ai fait le choix d'intégrer des vignettes cliniques au fil de ce travail clinico-théorique. Ces exemples permettront à la fois d'illustrer la théorie étudiée et de mêler clinique, théorie et discussion. Cette mise en forme représentait au mieux le cheminement que j'ai pu avoir tout au long de cette année.

I. PRESENTATION CLINIQUE

1. Présentation du lieu de stage

J'effectue mon stage long, une journée par semaine, au sein d'un cabinet libéral. Le cabinet est composé de cinq psychomotriciennes et accueille également un psychologue et une praticienne en shiatsu. Les psychomotriciennes prennent en charge des patients allant du bébé à l'adulte, avec des motifs de consultation très variés : troubles des apprentissages, troubles neurologiques, retard de développement, Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA), ...

Lorsqu'un rendez-vous est souhaité, la demande est énoncée à l'ensemble des psychomotriciennes et fait suite à une prescription médicale de la part d'un médecin. Un premier entretien est proposé par la suite en fonction des disponibilités de chacune. Ce rendez-vous va permettre de rencontrer le patient et d'effectuer son anamnèse. Il permet également de préciser les raisons de la consultation et de recueillir les inquiétudes et les attentes de l'enfant et/ou des parents. Durant cet entretien, la psychomotricienne vient retracer l'histoire, le parcours (familial, scolaire, professionnel et médical) et le développement psychomoteur de la personne.

Au terme de l'entretien, un bilan psychomoteur est proposé au patient afin de faire un état des lieux de ses compétences psychomotrices et de ses difficultés grâce à des tests standardisés et une observation clinique. Il se déroule généralement sur deux séances et se fait avec ou sans la présence des parents. La restitution de ce bilan se fera lors d'un dernier entretien avec un compte-rendu oral, en présence du patient et de ses représentants légaux. Il leur sera présenté et expliqué afin de valider ensemble le projet thérapeutique et d'initier le début de la prise en charge.

2. Présentation de Léo

a. Anamnèse

Léo est un petit garçon né le 1^{er} février 2014 au Brésil. Il est issu d'un déni de grossesse total², découvert par sa mère biologique le jour de l'accouchement. Cette dernière était alors étudiante et n'avait pas les moyens de s'occuper de cet enfant. Léo a alors été abandonné à la naissance et a été placé en pouponnière. Il a ensuite été adopté par un couple Français à l'âge de quatre mois. Depuis, il vit au domicile familial en France avec ses deux parents adoptifs.

Léo sait qu'il a été adopté. Il bénéficie d'un entourage très aimant et bienveillant, à l'écoute de ses émotions et de ses nombreux moments de terreurs et d'angoisses. En effet, les parents de Léo ont rapporté des moments de grande angoisse lorsque des objets tombent et se cassent, laissant jaillir « *des flots de larmes irrépressibles et inconsolables* ». Lors de moments de colère, il peut d'ailleurs casser de lui-même des objets et se sentir par la suite très coupable, allant jusqu'à se dévaloriser (« *je suis nul* », « *je sais rien faire* »). Léo n'apprécie pas que l'on parle de son histoire. Cela le fait s'agiter. Il verbalise alors assez clairement que cette histoire « *c'est trop triste* » et précise qu'il déteste les séparations. En effet, il vit très difficilement et douloureusement toutes séparations ou changements. Léo a l'avantage d'avoir un niveau de langage très développé ce qui lui permet de verbaliser assez facilement ce qu'il ressent. Ses parents ont également précisé que plus petit, Léo semblait effrayé

² Le déni de grossesse est considéré comme « *partiel* » lorsqu'il est découvert après le premier trimestre de grossesse mais avant le terme, et de « *total* » lorsqu'il est découvert au moment de l'accouchement (Grumelin Halimi, V., Bied Damon, V., s.d.).

par ses éternuements. Il disait alors « *j'ai peur que ce soit un monstre* », signe éventuel qu'il se sentait incapable de contrôler son corps et ce qu'il s'y passait à l'intérieur. Cette problématique du monstre reviendra d'ailleurs très souvent au cours des séances de psychomotricité. Enfin, Léo montre de grandes difficultés avec les limites des choses : lorsqu'il dessine, il colorie au même endroit jusqu'à trouser la feuille comme pour tester les limites de celle-ci, ou bien demande à l'adulte de dessiner les contours à sa place. Au cours d'un entretien, il semble également tester les limites du bureau qu'il essayait de pousser. Enfin, il semble également en recherche de limites psychiques et de cadre, en testant ce qui est possible de faire ou non et ainsi de voir jusqu'où il peut aller avant qu'on le réprimande.

Léo est actuellement scolarisé en grande section de maternelle. L'enseignante a fait part aux parents d'une certaine agitation de la part de Léo ainsi que de nombreux moments de rêverie où il semble absent. De plus, la maîtresse a également remarqué que Léo était plus performant, attentif et serein lorsqu'il était accompagné en individuel. La relation avec ses camarades semble également assez compliquée et anxiogène pour lui. Il se montre sensible aux chamailleries et aux phrases d'enfants telles que « plus jamais de la vie » qui le touchent particulièrement et le font déborder d'angoisse et de tristesse. Léo a d'ailleurs développé à la suite de cela un eczéma réactionnel diagnostiqué par son médecin. Enfin, il a tendance à beaucoup se dévaloriser et à refuser certains exercices, de peur de mal faire et de décevoir les adultes. La crainte de ne pas être à la hauteur des attentes des autres est très présente chez lui. Ainsi, il appréhende particulièrement la situation de mise en échec.

À la suite de ces observations, un bilan psychologique a été effectué en avril 2019. Cela a abouti à une orientation vers un suivi en psychomotricité indiqué par la

psychologue et prescrit par le médecin traitant de Léo. Ce dernier est également suivi en psychothérapie en cabinet libéral à raison d'une fois tous les quinze jours et il se rend régulièrement chez l'ostéopathe. La mère de Léo semble très investie dans la prise en charge et participe à toutes les séances de psychomotricité. Elle le stimule beaucoup et lui propose des activités hebdomadaires diverses et variées (expositions, musées, bibliothèque, ludothèque, éveil musical au conservatoire, ...).

Le suivi en psychomotricité a débuté en juin 2019 avec comme motif initial la prise de conscience de lui-même ainsi que de ses limites corporelles, non établies de manière suffisamment stable et sécurisante.

b. Bilan psychomoteur

Le bilan psychomoteur a été réalisé en juin 2019, lorsque Léo avait cinq ans et quatre mois.

Social - Comportement : Léo entre facilement en relation mais montre un besoin de se sentir en confiance. Il est très participant et observateur. Pourtant, il peut sembler absent, « *dans sa bulle* » et ne pas répondre à certaines questions. Il peut également refuser certaines propositions de manière passive en se détournant pour faire comprendre son refus, ce qui fut particulièrement le cas lorsque nous lui propositions de dessiner ou pour toutes autres activités graphiques. Au cours de l'évaluation, il présente de nombreux bruits de bouche, particulièrement lors des temps de latence ou d'activités au bureau. Enfin, Léo présente une inhibition émotionnelle dans le ressenti de ses émotions.

Tonus - Posture : Léo présente un versant essentiellement hypertonique, en lien avec un besoin de garder son environnement sous-contrôle. Mais il parvient tout de même à accéder à un lâcher prise physique et psychique au cours du bilan. La régulation tonique reste compliquée lors des activités graphiques.

Représentations corporelles - Conscience corporelle : Léo refuse de dessiner un dessin du bonhomme. Au test des somatognosies de Bergès, il montre une excellente connaissance du vocabulaire relatif au corps, allant au-delà de ce qui est attendu pour son âge. Il reproduit le puzzle du bonhomme assez facilement en s'aidant du support et des contours mais ne reconnaît pas toujours les pièces. Cela montre de bons repères spatiaux et une intégration corporelle essentiellement cognitive plutôt que sensorielle. Enfin, il peut désigner assez facilement la partie de son corps qui a été touchée par une balle alors qu'il avait les yeux fermés.

Sensorialité : Léo manipule les balles sensorielles avec plaisir mais il présente des difficultés à les explorer les yeux fermés. Il semble une nouvelle fois avoir besoin de garder le contrôle sur son environnement.

Motricité globale - Dextérité manuelle : A l'issue des épreuves du M-ABC-2, Léo présente des difficultés motrices significatives en dextérité manuelle (2^{ème} percentile) et une bonne efficacité dans les épreuves de viser/attraper et d'équilibre où il montre une grande précision. L'équilibre dynamique est plus efficace que l'équilibre statique. Pour l'item du « *trajet* », Léo est en difficulté. Il présente une tenue de l'outil scripteur en prise quadridigitale. La trace est peu précise due à une précipitation et un manque de participation du poignet et du coude. La main controlatérale est peu efficace et ne tient pas la feuille. Tout au long de la passation,

il cherche constamment le regard de l'adulte et des encouragements afin de persévérer. Il a besoin de beaucoup d'étayage verbal.

Graphisme – Délitement digital : L'opposition pouce-doigts est réalisé avec l'aide du regard et la participation des autres doigts. Un réflexe d'agrippement palmaire encore très présent est observé. Au VMI (copie de figures), Léo obtient un âge de cinq ans et dix mois, ce qui le place dans sa classe d'âge. Il perçoit très bien les figures qu'il reproduit aisément, mais ses tracés manquent d'assurance. Les pré-scripturaux montrent un manque d'automatisation des gestes graphiques de base. De plus, il semble très difficile pour Léo de laisser une trace. Enfin, le découpage est efficient avec une bonne coordination bi-manuelle.

Ainsi, au cours du bilan, Léo a investi préférentiellement la sphère cognitive, au détriment de la sphère corporelle. Il semble compliqué pour lui d'être à l'écoute de ses ressentis corporels sans en avoir le contrôle. Laisser une trace semble difficile. Un équilibre entre le cognitif et le corporel lui permettrait de mieux contrôler ses émotions et de favoriser une bonne sécurité interne. A de nombreuses reprises, Léo a montré une grande anxiété sous la forme de bruits de bouche et d'une agitation motrice. Ses capacités attentionnelles deviennent alors moindres. Léo présente un réflexe d'agrippement palmaire encore très présent, l'empêchant d'être suffisamment sûr afin d'être autonome dans son travail scolaire. Il a souvent besoin de l'étayage de l'adulte et de ses encouragements. Enfin, Léo présente un manque d'ancrage dans le sol, fragilisant son équilibre statique.

Un suivi en psychomotricité a alors été mis en place avec les objectifs suivants : intégrer les réflexes archaïques encore présents (réflexe de peur et d'agrippement) ; renforcer le croisement de l'axe afin d'aider la dominance manuelle à s'établir ;

renforcer les appuis au sol, l'axe et les limites corporelles afin de créer une image du corps plus précise et de gagner confiance en son corps ; multiplier les stimulations corporelles pour que Léo investisse plus sensoriellement son corps.

c. La première rencontre

Ma première rencontre avec Léo s'est déroulée le 12 septembre 2019.

Léo est arrivé accompagné de sa mère, qui est restée assise au bureau le temps de la séance. Lise, sa psychomotricienne, l'avait prévenu de mon arrivée. Ainsi, ma présence a vite été acceptée de la part de Léo. Ce dernier est entré dans la salle en tenant un bout de bois dans la main et semblait y être complètement agrippé. Nous lui avons demandé ce que cela était et il nous a répondu « *C'est un pistolet. Je vais vous tirer dessus. Je vais tous vous massacrer.* », tout en riant et en initiant un jeu de guerre. Léo avait alors beaucoup de difficultés à s'en séparer et à accepter de le laisser sur le bureau le temps de la séance. Sa maman nous expliqua à ce moment-là que Léo a souvent tendance à conserver des éléments dans ses mains sans vouloir s'en séparer, et cela pendant plusieurs heures. Cela peut être un bout de bois, comme une odeur, qu'il garde alors précieusement dans sa paume de main fermée pour ne pas la laisser s'échapper : « *Il adore conserver l'odeur des nuggets dans sa paume de main. Il enferme l'odeur en essayant de la conserver la plus longtemps possible et ça le rend triste quand il se rend compte que l'odeur est partie* ». Léo nous dit alors « *Je fais ça parce que j'aime les nuggets et j'adore leur odeur. Alors je veux les garder pour toujours avec moi.* ». Cela me fit penser à cette angoisse autour de la séparation que Léo peut avoir. Certaines odeurs ou objets lui plaisent particulièrement et il semble

avoir besoin de conserver ces éléments près de lui afin d'avoir une sécurité interne suffisamment stable.

Nous avons débuté la séance au sol, Léo couché sur un tapis de billes. Lise a commencé par lui passer « la pieuvre », un appareil de massage vibrant, partout sur le corps afin de le ramener à ses sensations et d'entamer une prise de conscience corporelle. En effet, il semblait peu dans les ressentis et privilégiait la sphère intellectuelle. Il était assez agité et remuait beaucoup. Le silence présent dans la salle semblait difficile à vivre pour Léo qui se mettait alors à pousser des cris assez stridents, nous donnant l'impression de vouloir « *remplir le vide* ». Ces bruits revinrent tout au long de la séance dès lors que le silence envahissait la salle. Puis, Lise a proposé à Léo de s'installer dans une grande bouée afin de lui apporter un sentiment de contenance. Elle lui a également proposé de le recouvrir de couvertures. Léo s'est saisi de cette proposition pour débiter une sorte de jeu. Il a transformé la bouée en cabane et s'est totalement recouvert des couvertures, jusqu'à ce que l'on ne puisse plus le voir. Léo semblait alors se poser et devenait plus calme. Il nous a ensuite demandé successivement différents objets (peluches, balles en tout genre, coussins, ...) qu'il venait cacher dans sa cabane. Le jeu s'est terminé lorsque sa cabane était pleine. Cela m'a refait penser à cette volonté de « *remplir le vide* ». Une fois terminé, il s'est mis à crier, a détruit toute sa cabane et est sorti en me jetant assez fortement une balle en plein visage. J'ai alors été assez étonnée de ce geste, ne comprenant pas la brutalité soudaine de Léo. Sa mère lui a alors demandé de s'excuser, ce qu'il a fait en étant un peu gêné et embarrassé. Il nous a ensuite dit « *Je sais. Je suis pas bien. Je suis pas gentil* ». Puis, quelques temps après, il a ajouté « *Je suis un monstre, pardon !* ». Il nous a ensuite demandé de s'installer sur le tapis afin que nous le recouvrions de différents modules. Nous avons commencé à placer différents

éléments sur lui mais il nous demandait de plus en plus de poids. Il nous dit « *Je suis trop fort. J'ai même pas mal.* ». Léo semblait alors vouloir tester les limites de son corps, se montrant fort et solide ou bien cherchait à se créer une sorte de carapace. Enfin, nous avons fini la séance autour d'un jeu, « *Gym Animo* », où il se montra assez agité mais restait toutefois participant et joyeux. La fin de la séance fut assez compliquée pour lui. Il retarda beaucoup le moment de quitter la salle et attirait notre attention sur différents jeux ou objets afin de rester plus longtemps.

A la suite de cette séance, de nombreuses questions et hypothèses me sont parvenues. Léo me donnait l'impression de chercher les limites, que ce soit la limite des objets, du cadre ou bien de ses propres limites corporelles. En effet, il demandait toujours plus de poids comme pour ressentir davantage son corps et son enveloppe. Mais aussi pour tester la solidité et la puissance de ce corps qui est le sien. Lorsqu'il détruisait ou cassait ses constructions, il semblait également tester leur solidité. Léo avait l'air de craindre le vide et me donnait l'impression de vouloir à tout prix le remplir (cris dans les moments de silence, remplit sa cabane, ...). Est-ce que cela l'angoisse ? Si oui, pourquoi ? Quel sens donner à ce besoin irrépessible de combler le silence et le vide ? Je me suis aussi interrogée sur cette tendance à conserver divers éléments dans ses mains, mettant cela directement en lien avec son angoisse de la séparation. Ce réflexe d'agrippement aux éléments dont il est attaché m'a fait penser à une stratégie élaborée par Léo afin d'éviter la séparation avec ces objets. Enfin, je me suis demandée comment expliquer cette ambivalence dans le comportement de Léo, qui passait en un instant de la douceur à un brutal excès de violence. Quel sens donne-t-il à ce monstre auquel il s'est identifié à la suite de son geste ? S'identifie-t-il au monstre ? Et si oui, pourquoi ?

d. Au fil des séances ...

Au cours des séances suivantes, Léo continua à venir très régulièrement avec un objet à la main : toupie, bout de bois, marron, ...et ce ne fut pas toujours facile pour lui de le laisser de côté le temps de la séance.

L'éveil sensoriel avec la pieuvre fut fait à chaque début de séance. Cela ne fut pas évident pour Léo qui avait beaucoup de mal à se poser et s'agitait beaucoup. Cette immobilité ne lui convenait vraisemblablement pas. Au bout de quelques séances, il demanda de lui-même à être recouvert par un tapis de billes et cela lui apporta la contenance nécessaire à son apaisement et son ancrage. Le tapis lui permettait visiblement de ressentir ses limites et son enveloppe et cela l'aïda à se poser quelques instants.

Les propositions de construction de cabanes ont continué durant cinq séances, durant lesquelles Léo a pu demander un toit bien solide, ou bien encore des murs opaques afin que nous ne puissions pas le voir. Il se construisait ainsi son espace et ses limites. Puis, petit à petit, Léo a délaissé cette proposition. Dans le même temps, il avait recommencé à nous jeter dessus différents objets sans raison apparente ou bien à les lancer sur la physioball, qui était « *un monstre* » selon Léo. À la suite d'un énième jeté de balles, Lise tenta de suivre Léo dans ce jeu et nous avons commencé à jouer à chamboule-tout en cassant un mur de briques. Léo s'est alors saisi de cette proposition et la transforma en attaque de « *monstre* », désignant la physioball. Nous avons alors commencé un jeu de coopération où notre équipe se défendait contre le monstre qui tentait de nous détruire. Lise tenta de construire des abris, soit pour enfermer le monstre, soit pour que nous nous en protégions. Mais Léo refusait catégoriquement cela. Alors, il détruisait nos abris et se mettait en colère si nous les

reconstructions. Ce jeu d'attaque s'installa pendant de nombreuses séances, sans que nous ne parvenions à emmener Léo vers d'autres propositions.

Au cours d'une séance, Léo a verbalisé beaucoup d'éléments au travers de ce jeu. Il voulut commencer à attaquer le monstre, mais Lise lui demanda alors pourquoi nous l'attaquions tant, que nous avait-il fait pour mériter cela ? Il répondit « *rien, il n'a rien fait. Mais c'est un monstre, donc il est méchant. Il crache du venin et il fait du mal aux gens* ». Peu de temps après cette verbalisation, il dit entre différentes phrases « *Je suis un monstre.* ». Une autre fois, Léo jouait avec différents « *monstres* ». Lise lui demanda s'ils étaient tous de la même famille. Léo répondit : « *Non. Juste ils vivent ensemble dans la même maison mais c'est pas une famille. C'est pas ses parents, ils lui ressemblent pas, ils sont pas pareils.* ». Enfin, lors d'une autre séance, Léo nous raconta que le monstre (nommé « *détruire* ») voulait nous tuer Lise et moi, car la semaine passée nous avions tué sa mère (appelé « *abimé* »). Alors, le monstre était très triste car il était seul et n'avait plus de maison. Beaucoup de ces scénarios ont été construits lors des séances où la mère était restée en salle d'attente. Ces nombreux éléments que Léo a pu exprimer m'ont beaucoup fait penser à son histoire et m'ont donné l'impression que, dans son jeu, Léo tentait de rejouer certains de ces éléments. Il semblait projeter son histoire sur le « *monstre* ».

Les fins de séance restèrent très compliquées pour Léo. Il montrait beaucoup de difficultés à sortir de la salle et continuait ses jeux en faisant fi de nous ignorer, ou bien tentait de se cacher ou de détourner notre attention pour rester plus longtemps.

De manière plus générale, j'ai observé une disparition progressive des bruits de bouche de Léo mais qui avaient tendance à revenir lorsqu'il était anxieux ou contrarié. Par exemple, lors d'un conflit à l'école où l'un de ses camarades ne souhaitait plus

être son ami. Ces bruits étaient alors accompagnés de mordillages plus ou moins forts de ses manches de t-shirts, qui étaient alors trouées. Au fil des séances, Léo semblait beaucoup en recherche de stabilité et de continuité. Il exprimait le besoin que les éléments restent tels quels dans la salle d'une séance à l'autre : la cabane ne devait pas être détruite, les pistolets construits devaient être mis à l'abris des autres enfants, etc...

Après avoir confronté mes observations avec l'histoire de vie de Léo, mon analyse s'orientait vers un trouble de l'attachement. Ce petit garçon manque manifestement d'une sécurité interne suffisamment stable. J'ai alors émis l'hypothèse que cela pourrait avoir un lien avec son début de vie. En effet, Léo a été adopté. Selon son histoire, cette adoption a été précédée d'un abandon qui a probablement dû lui laisser des séquelles psychiques, aussi petit fût-il lorsque cela est arrivé. Je vais donc m'efforcer de comprendre si ce lien est réel. Pour ce faire, nous étudierons tout d'abord la théorie de l'attachement de J. Bowlby. Puis, nous l'analyserons dans un contexte d'adoption. Enfin, nous verrons les pathologies du lien qui peuvent se développer.

II. LA THEORIE DE L'ATTACHEMENT DANS LE CONTEXTE DE L'ADOPTION

1. La théorie de l'attachement de J. Bowlby

a. L'attachement

Avant de parler de troubles de l'attachement, il me paraît pertinent d'expliquer en premier lieu ce qu'est l'attachement et d'étudier la théorie s'y rapportant.

D'après la définition du Larousse, l'attachement est un « *sentiment d'affection, de sympathie ou vif intérêt qui lie fortement à quelqu'un, à un animal, à quelque chose* ». C'est un lien affectif durable unissant un individu à un autre et qui va permettre, en cas de détresse, de se tourner vers une personne spécifique afin d'y trouver un sentiment de sécurité. Pour J. Bowlby (1978), l'attachement serait un besoin humain inné permettant au bébé, qui naît immature et dépendant, de maintenir la proximité avec la figure maternelle ou le *caregiver* (celui qui prend soin). Néanmoins, ces liens d'attachement ne se construisent pas seulement chez le bébé, mais tout au long de la vie. « *L'attachement est actif depuis le berceau jusqu'à la tombe* » (Bowlby, J., cité par N. Guedeney, 2013, p.5).

b. La théorie de l'attachement

J. Bowlby, psychanalyste d'enfant et pédopsychiatre, présente la théorie de l'attachement en 1958. Au cours de ses travaux, il se détache des explications théoriques déjà présentes et essentiellement psychanalytiques qui ne lui conviennent

pas. Il se rapproche alors de nouvelles disciplines scientifiques comme l'éthologie et la psychologie cognitive.

Sa théorie est la suivante. Le bébé naît immature et entièrement dépendant de l'autre. L'attachement constitue pour lui un besoin primaire et fondamental afin de pouvoir connaître un développement social et émotionnel normal et sain. L'attachement au *caregiver*, ou à la figure maternelle, va faire naître chez l'enfant un sentiment de sécurité. Cela lui permettra d'établir des bases narcissiques suffisamment stables pour entrer dans une conduite d'exploration de l'environnement. « *Si l'enfant a construit une base de sécurité, alors il peut, fort de cette confiance dans la disponibilité de la figure d'attachement, explorer le monde qui l'entoure.* » (Guedeney, A. et Guedeney, N., 2006, p.19). En effet, lorsque le jeune enfant subit un état d'alerte, il déclenche son besoin de proximité avec sa figure d'attachement, ce que J. Bowlby (1978) nomme « *comportements d'attachement* », et va réduire ses « *comportements d'exploration* ». A l'inverse, lorsque les besoins de proximité et d'attachement ont été assouvis, l'enfant peut alors explorer son environnement. Les comportements d'attachement vont donc constituer un « *ensemble des comportements de signal et d'approche* » (Pierrehumbert, B., 2011b, p.91) ayant pour but d'entraîner une proximité avec la figure d'attachement. J. Bowlby (1978) a décrit cinq comportements d'attachement : les pleurs, le comportement de poursuite et d'agrippement, la succion non nutritionnelle et l'appel.

Je me souviens de **Paul**, un bébé de 11 mois que j'ai pu observer lors d'un stage en crèche. Paul est arrivé un matin avec sa mère, qui est restée quelques minutes pour discuter avec les assistantes maternelles. Rassuré par la présence et le regard au loin de sa mère, Paul est alors parti jouer et explorer la section.

Une fois que sa mère eut fini de discuter, et voyant son fils joyeux et occupé à jouer, elle décida de partir. Paul se mit alors brutalement à pleurer et a accroché la jambe de sa mère afin que celle-ci reste. Voyant sa figure d'attachement partir, son

système d'alerte s'activa. Il cessa toute conduite d'exploration et mis en place des comportements d'attachement dans le but de faire revenir sa mère.

C'est au fur et à mesure de ces interactions entre le bébé et ses *caregiver* que se construit la figure d'attachement primaire, qui se différenciera plus tard en figures d'attachement principales et subsidiaires. La figure d'attachement principale sera le plus souvent la personne s'étant occupée du bébé pendant ses premiers mois de vie, généralement la mère, répondant à ses besoins de manière adéquate et synchrone et offrant une certaine disponibilité psychocorporelle. « (...) *c'est la figure qui a répondu le plus souvent, le plus rapidement et le plus adéquatement en s'engageant dans des relations animées et chaleureuses, qui sera investie comme figure d'attachement principale.* » (Ainsworth, M. cité par Guedeney, N., 2013, p.13). Cette hiérarchisation des figures d'attachement s'effectue en fonction de la nature et de la qualité des soins. Les figures d'attachement vont s'élaborer durant les neuf premiers mois de vie du bébé ; au terme de cette période, elles deviennent particulières, impermutables et non interchangeables.

Le système de l'attachement est donc orienté vers une personne différenciée et préférée. Il possède à la fois une fonction de protection et d'exploration. L'attachement sert de base de sécurité fiable favorisant l'autonomie de l'individu qui se sentira assez confiant et aura assez d'assurance pour explorer le monde.

c. Le développement de l'attachement

Nous allons ici voir les différentes étapes du développement de l'attachement selon quatre phases, allant de la naissance à quatre ans.

❖ La première phase : de la naissance à trois mois.

C'est la phase de pré-attachement. Au cours de cette période, le bébé qui est totalement dépendant en raison de son immaturité motrice et cognitive va diriger ses comportements d'attachement vers les êtres humains en général. Il n'établit pas de préférence envers une figure particulière. Néanmoins, le bébé montrerait dès la naissance une légère attirance vers ce qui est familier pour lui. Ces affinités seraient d'origines prénatales et seraient constituées d'éléments sensoriels comme la voix de la mère et ses odeurs. (Guedeney, N., 2013)

❖ La deuxième phase : de trois à six mois.

C'est la phase de l'attachement. L'enfant devient capable d'orienter ses comportements d'attachement vers une ou plusieurs figures individualisées. La recherche de la proximité avec la figure d'attachement devient de plus en plus active et l'enfant commence à différencier les personnes familières des personnes étrangères. Enfin, les comportements d'attachement sont plus présents en direction de la mère, qui est généralement la personne s'étant le plus occupée de lui. On assiste alors au début de la hiérarchisation des figures d'attachement.

❖ La troisième phase : de six mois à trois ans.

C'est l'étape de l'établissement d'une relation d'attachement franche et sélective. Au cours de cette phase, le phénomène de base de sécurité s'établit. La maturation de l'enfant sur le plan moteur, cognitif et communicationnel lui permet d'être davantage

actif dans la gestion de la distance avec sa figure d'attachement, grâce à la locomotion par exemple. Ces nouvelles compétences motrices lui permettent une plus grande exploration de l'entourage et de l'environnement. Enfin, l'enfant différencie ses figures d'attachement des autres personnes. C'est la période de l'angoisse du huitième mois, de la peur de l'étranger, où une séparation avec la figure d'attachement entraîne une expression de détresse. Les figures d'attachement de l'enfant sont alors particulières, impermutables et non interchangeables.

❖ La quatrième phase : de trois à quatre ans.

C'est la période du « *partenariat ajusté* » (Pierrehumbert, B., 2011b, p.89). L'enfant a développé des capacités cognitives lui permettant de prendre en compte le point de vue de l'autre. Il cherche ainsi à influencer cette autre personne, indépendante et permanente dans le temps et l'espace, afin d'obtenir certains avantages sur le plan relationnel, comme des soins ou de l'attention.

L'enfant, recourant à une sorte de carte mentale encore élémentaire, commence à concevoir la figure d'attachement comme une personne indépendante, permanente dans le temps et l'espace, se mouvant dans un continuum spatial et temporel de façon plus ou moins prévisible. (Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D., Carlson, E., 2007, p.155).

Il y a la possibilité d'une compréhension réciproque quant aux intentions et besoins de chaque partenaire.

Ainsi, le processus de développement de l'attachement conduit à différents modes d'attachement, décrits par M. Ainsworth, et qui dépendent de la relation et de l'interaction entre le bébé et l'environnement.

d. Les différents modes d'attachement selon M. Ainsworth

A la suite d'une étude sur différentes dyades mère-enfant, grâce à l'expérience de la « situation étrange », la psychologue M. Ainsworth a pu constater différents modes d'attachement. Cette analyse décrivait le comportement de l'enfant face à sa figure d'attachement ainsi que sa manière de gérer son stress. Cela a permis d'élaborer quatre types d'attachement, qui sont les suivants (Pierrehumbert, B., 2011b et Guedeney, N., 2013).

❖ L'attachement sécurisé

Ce mode d'attachement concerne l'enfant ayant une base de sécurité suffisamment stable pour explorer son environnement. C'est le comportement typique et sain décrit par J. Bowlby et retrouvé selon N. Guedeney (2013) dans 60% de la population générale. Ce type d'attachement se développe lorsque l'environnement a pu répondre de manière adéquate aux besoins de l'enfant, lui permettant de développer une base de sécurité.

Dans les 30% restants de la population générale (*ibid.*), l'attachement est dit insécure. L'environnement n'a pas pu répondre de manière adéquate aux besoins de l'enfant. On retrouvera dans la population générale 20 % d'attachement « *anxieux évitant* », 10 % d'attachement « *anxieux résistant ou ambivalent* » et 10 % d'attachement « *désorganisé* » (*ibid.*).

❖ L'attachement insécure « *anxieux évitant* »

L'enfant présente un retrait et une tendance à inhiber ses besoins affectifs afin d'éviter le rejet de sa figure d'attachement. Il évite toute proximité avec celle-ci. La situation de séparation est vécue avec une angoisse massive. L'objet est davantage investi que la

mère, cette dernière étant considérée comme inefficace pour apporter le réconfort nécessaire. L'enfant semble très autonome et a tendance à cacher sa détresse émotionnelle. Cette insécurité est la conséquence d'une faible disponibilité de la figure d'attachement.

❖ L'attachement inséure « *anxieux résistant ou ambivalent* »

L'enfant vit la situation de séparation avec un sentiment de détresse. Il présente un comportement ambivalent, montrant à la fois une recherche de la mère et un rejet de celle-ci. Il se montre assez méfiant de la personne étrangère et son exploration de l'environnement est pauvre. L'enfant a tendance à se mettre dans une position de retrait et semble très difficilement consolable. Ce mode d'attachement tient son origine dans l'irrégularité de la disponibilité de la figure d'attachement.

❖ L'attachement inséure « *désorganisé ou désorienté* »

Ce mode d'attachement est retrouvé chez les enfants dont les figures d'attachement ont davantage été source de stress et de souffrance que de sécurité et de satisfaction des besoins. Ces enfants agissent de manière désorganisée. Ils présentent une instabilité émotionnelle et comportementale majeure. Ce type d'attachement engendre « *un véritable traumatisme relationnel précoce* » (Guedeney, N., 2013, p.27).

Ces différents types d'attachement ne sont pas pour autant pathologiques. Ils sont « *des adaptations provisoires qui maximisent, dans la mesure du possible, le maintien de la proximité avec la figure d'attachement dans un contexte d'indisponibilité ou de disponibilité intermittente de cet adulte* » (Minneboo, E., 2016, p.21). L'attachement inséure « *désorganisé ou désorienté* » est tout de même porteur de risques pathologiques. Il serait « *une vulnérabilité en soi prédictive de troubles cognitifs, émotionnels et du comportement.* » (Guedeney, N, 2013, p.27).

2. L'adoption

Avant d'étudier les troubles de l'attachement pouvant être présent dans le contexte de l'adoption, il peut être pertinent de donner quelques éléments concernant l'adoption.

Selon l'association Enfants et Familles d'Adoption (EFA), « *adopter, c'est faire d'un enfant que l'on n'a pas conçu et mis au monde son fils ou sa fille, sur le plan affectif, social et juridique.* » (Association Enfants et Familles d'Adoption, s.d.). L'adoption est un acte juridique consistant en l'intégration au noyau familial d'un nouveau membre avec qui il n'existe aucun « *lien de sang* », dans la volonté de construire « *un lien d'amour* ». La finalité de cet acte réside dans la création d'un lien de filiation.

L'adoption peut être dite « *simple* » ou « *plénière* ». L'adoption simple laisse coexister les deux liens de filiation de l'enfant, avec sa famille d'origine et adoptive. L'adoption plénière est, quant à elle, irrévocable et définitive. Elle remplace le lien avec la famille d'origine par une nouvelle filiation adoptive. Dans le cas de Léo, il s'agit d'une adoption plénière.

L'adoption peut également se faire à l'échelle nationale ou internationale. L'adoption nationale, ou adoption dite « *interne* » est réalisée dans le pays d'origine de l'enfant. En France, l'adoption interne est relativement faible en raison de la baisse du nombre d'enfants adoptables par rapport au nombre de demandes et de familles agréées. Cette situation pousse de plus en plus de Français à avoir recours à l'adoption internationale, qui se réalise entre un enfant d'un pays et des parents d'un autre. Ce qui fut le cas pour Léo, qui, pour rappel, a été adopté au Brésil.

D'un point de vue démographique, l'adoption internationale représentait en France 614 adoptions en 2018, contre 685 en 2017 et 3847 en 2005 (Mission de l'Adoption Internationale, 2006 et 2019)³. Cette baisse du nombre d'adoptions peut être expliquée par l'histoire géo-socio-politique du monde (augmentation du nombre d'enfants à « besoins spécifiques » [plus âgés, en fratrie, avec une pathologie], hausse du niveau de vie de certains pays, diffusion de la contraception et des Interruptions Volontaires de Grossesse [IVG], hausse des exigences politiques et juridiques). Les origines géographiques des enfants adoptés en 2018 sont à 33% d'Afrique, 25% d'Amériques, 29% d'Asie et 13% d'Europe (Mission de l'Adoption Internationale, 2019)³. Quant à l'âge de ces enfants adoptés en 2018, 31,4% ont entre zéro et deux ans, 30,3% ont entre trois et cinq ans, 30,1% ont entre six et dix ans, 5% ont entre onze et quatorze ans et enfin, 3,1% ont plus de quinze ans⁴.

Enfin, il est nécessaire de citer l'élément capital et primordial de toute adoption : l'intérêt supérieur de l'enfant. En effet, l'enfant est un être vulnérable, d'autant plus quand il est seul. Dans le cas d'un abandon, il est fondamental de lui trouver une famille permanente, en premier lieu dans son pays, puis à défaut, dans un autre pays, tout en gardant en ligne de mire les besoins de l'enfant. On recherche avant tout une famille pour un enfant, et non l'inverse. Ce fondement est conduit par la convention de La Haye de 1993, sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale et signée par environ 90 pays, dont la France depuis 1998.

Comme nous l'avons vu auparavant, une adoption peut supposer un abandon au préalable. Et malgré les conventions et les protections mises en place pour

³ Cf. infra, Annexe I p. I

⁴ Cf. infra, Annexe II p. II

sécuriser l'enfant adopté, l'abandon reste un évènement compliqué et possiblement traumatisant pour le psychisme de l'individu. « *Avoir été tellement désirée par mes parents adoptants n'efface en rien la souffrance d'avoir été rejetée par ma mère biologique.* » (Chicoine, J-F., Germain, P., Lemieux, J., 2003, p.30).

3. Les troubles de l'attachement dans le contexte de l'adoption

a. Les troubles de l'attachement

Dans ce contexte d'abandon pré-adoption, des troubles de l'attachement peuvent être retrouvés. Ils peuvent être définis comme une perturbation, sur le plan émotionnel, comportemental et des interactions sociales, consécutive à un échec de l'attachement lors de la petite enfance. C'est ce que l'on pourrait également appeler « *pathologie du lien* » (Berger, M., 1997, p.3), désignant la manière défectueuse dont la vie psychique de l'enfant s'est développée. Ce dernier ne se sent pas suffisamment sécurisé sur le plan affectif et peut craindre la perte du lien entretenu avec autrui. Il peut ressentir en permanence cette angoisse de l'abandon dû à cet « *ancrage post-traumatique d'abandon* » (Chicoine, J-F., Germain, P., Lemieux, J., 2003, p.126). Alors, nous pouvons retrouver chez certains de ces enfants des comportements d'attaque aux liens afin d'en tester leur solidité. L'enfant s'assure ainsi que la relation entretenue avec sa figure d'attachement, ou une autre personne, a une base suffisamment stable et solide pour résister à ces attaques. Par ces actes, l'enfant se rassure quant à cette peur d'un nouvel abandon et cela l'aide même à adopter sa nouvelle famille. « *[...] il cherche à éprouver si le lien qui nous lie va résister à ses*

attaques, expérience qui participe à fonder le sentiment d'adoption réciproque. »

(Berger, M., 1997, p.58).

Durant de nombreuses séances, **Léo** a tenté d'envoyer les « munitions » destinées au monstre sur Lise, sa psychomotricienne. Dans ce jeu, il semblait tester la solidité du lien entretenu entre eux deux. Le lien est-il suffisamment sûr et solide pour résister à cette attaque ? Va-t-on me rejeter ou m'abandonner si j'agis de la sorte ?

Quelques séances plus tard, Léo a recommencé à attaquer Lise. Cette dernière a alors verbalisé que même s'il l'attaquait, elle serait toujours là. Qu'il pouvait être rassuré et qu'elle serait là pour lui tant qu'il en aurait besoin. Alors, Léo a immédiatement cessé son attaque. Cette verbalisation a eu l'air de l'apaiser sur cette problématique de la peur du nouvel abandon.

Selon M. Berger (*ibid.*), l'enfant est incapable d'élaborer psychiquement l'épreuve de la séparation. « *La séparation est un traumatisme difficilement intégrable pour le psychisme des enfants (...). Ces enfants ne peuvent ni l'accepter ni y donner sens.* » (*ibid.*, p.9). Les explications rationnelles qui vont être apportées à l'enfant peuvent ne pas être suffisantes pour panser cette souffrance psychique. « (...) *articuler dans son esprit ses deux histoires successives* » (*ibid.*, p.8) peut se révéler être particulièrement compliqué pour l'enfant adopté. Même si ce dernier exprime une certaine compréhension intellectuelle de la situation et de ses raisons, l'acceptation émotionnelle reste difficile, voire impossible.

Les parents de **Léo** lui ont raconté dès son plus jeune âge son histoire, de son abandon à son adoption et son arrivée en France. Léo a bien compris ces explications mais cela reste très compliqué pour lui. Il ne semble pas pouvoir l'accepter. Malgré les nombreuses discussions à ce sujet, ayant comme objectif de le rassurer, Léo ne souhaite pas entendre parler de son histoire qu'il juge bien trop triste.

Ces explications ont peut-être été trop précoces pour Léo, qui n'était peut-être pas suffisamment prêt à élaborer psychiquement ces événements de vie.

En effet, selon Y-H. Haesevoets (2008), l'enfant ne peut pas comprendre l'histoire de son adoption avant l'âge de quatre-cinq ans, lorsque les notions d'espace et de temps sont intégrées. Avant cela, l'enfant pourra répéter son histoire comme un récit sans réellement le comprendre. Pour autant, il est nécessaire de raconter ces évènements à l'enfant sans que cela ne soit tabou pour instaurer un climat de confiance. « *L'ouverture, l'empathie et l'aisance des parents créent un environnement favorable pour que l'enfant se sente autorisé à poser des questions au sujet de son adoption.* » (*Ibid.*). L'histoire de l'enfant doit alors lui être racontée avec des mots simples et avec un discours plus ou moins détaillé selon l'âge de l'enfant.

L'abandon va laisser des traces et des séquelles au psychisme de l'enfant. Par la suite, ce dernier peut donc manquer d'assurance dans la fiabilité de ses figures d'attachement. Il peut alors présenter un mode d'attachement insécurisé, qui, nous le rappelons, sont des moyens d'adaptations provisoires non pathologiques mais pouvant être vulnérabilisant. C'est l'association entre ce manque d'assurance dans la fiabilité de ses figures d'attachement et un mode d'attachement insécurisé qui entraîne la peur de l'abandon chez l'enfant. Mais ce dernier peut également présenter de réels troubles cliniques de l'attachement, qui sont alors permanents et pathologiques.

b. Les troubles cliniques de l'attachement selon N. Guedeney et C. Dubucq-Green

Selon N. Guedeney et C. Dubucq-Green (2005, p.89), pédopsychiatres, il existe trois troubles cliniques de l'attachement.

❖ Les troubles de non-attachement

L'enfant ne s'est constitué aucune figure d'attachement. Ces troubles sont en lien avec « *des conditions extrêmes de déprivation* » et peuvent être retrouvés chez les enfants ayant vécu en institution (Minneboo, E., 2016, p.21).

❖ Les troubles de la base de sécurité

L'enfant a pu établir une figure d'attachement principale mais la relation avec celle-ci est problématique et empêche une « *régulation interpersonnelle efficace de ses émotions négatives.* » (Guedeney, N., Dubucq-Green, C., 2005, p. 89).

❖ Les troubles liés à la rupture du lien d'attachement

L'enfant a pu établir une ou des figures d'attachements mais a vécu des expériences répétées de deuil, de séparation ou une séparation brusque et définitive avec celle(s)-ci. « *La rupture brutale avec une figure d'attachement a des conséquences indéniables, quelque soit la qualité de l'attachement.* » (Minneboo, E., 2016, p.22).

Ces trois types de troubles de l'attachement peuvent être présents dans le contexte de l'adoption et vont fragiliser l'enfant.

Dans le cas de **Léo**, il me semble observer davantage un trouble lié à la rupture du lien d'attachement. En effet, Léo a vécu de nombreuses séparations au début de sa vie : séparation de sa mère, puis de la pouponnière pour enfin arriver dans sa famille. Cette répétition de séparations a pu fortement marquer le psychisme de Léo, lui laissant certaines séquelles.

Le trouble de la base de sécurité pourrait être illustré avec le cas de **Martine**, une patiente de 30 ans suivie au cabinet libéral. Sa mère est bipolaire et leur relation a toujours été très compliquée. Martine nous rapporte des interactions au caractère paradoxal d'aussi loin qu'elle se souvienne. Sa mère était tantôt très stimulante et hypersollicitante, tantôt totalement absente. Aujourd'hui, Martine est une femme qui a de nombreuses angoisses qui la limitent dans ses sorties à l'extérieur et dans sa vie sociale. Elle a pu nous exprimer au cours d'une séance qu'elle n'osait pas bouger de peur de faire du mal à quelqu'un et de déranger ses parents. En effet, cela leur

montrerait qu'elle existe et les ferait alors souffrir. En séance, Martine est beaucoup en recherche d'appui stable, de contenance et de sécurité.

Nous verrons donc par la suite ce qui va participer au développement de la pathologie du lien au sein du début de vie de l'enfant ayant été adopté.

c. Les causes de la pathologie du lien

Dans le parcours de vie de l'enfant abandonné, différents éléments vont intervenir dans le développement de la pathologie du lien. C'est ce que nous allons tenter d'étudier en analysant trois temps forts du début de vie de ces enfants : l'abandon, l'institutionnalisation et l'adoption. Il faut tout de même noter que cette analyse n'est pas exhaustive.

❖ L'abandon

Tout d'abord, le premier élément marquant pour le psychisme de l'enfant est la « *perte de l'objet primaire* » (Ozoux-Teffaine, O., 2011, p.106), la perte de la mère. « *Cette mère originaire aura laissé des traces, de véritables trous psychiques [...]* » (*ibid.*, p.99). L'enfant va alors vivre une première situation de « *passivité forcée* » (Berger, M., 1997, p.13). Dans le cas d'un abandon à la naissance, l'enfant n'aura pas toujours eu le temps d'investir cette mère, mais une relation se sera malgré tout nouée durant le temps de la grossesse. En effet, si nous reprenons les phases du développement de l'attachement, nous pouvons voir que lors de la première phase, débutant à la naissance, l'enfant est attiré par ce qui lui est familier : les éléments sensoriels d'origines prénatales comme la voix de la mère ou bien ses odeurs. L'odorat

est le premier sens à se mettre en place chez le fœtus, dès la huitième semaine de gestation. L'audition du fœtus est efficiente dès le cinquième mois de vie intra-utérine et lui permettra très vite de distinguer la voix maternelle des autres voix (Mazet, P., Stoléru, S., 2003, p. 9-10). La perte de la mère va donc fortement marquer le psychisme de l'enfant et dépendra également de l'âge de ce dernier lors de son abandon. En effet, plus l'enfant sera âgé, et plus les conséquences seront importantes car il y aura eu un investissement de la figure maternelle. Rappelons-le : dès trois mois de vie, l'enfant commence à hiérarchiser ses figures d'attachement et dès six/neuf mois, la relation avec sa figure d'attachement est franche et sélective. L'impact ne sera donc pas le même selon que l'enfant eut été abandonné à un mois ou bien à neuf mois. Ainsi, nous pouvons faire l'hypothèse que la perte de la mère pourrait participer au développement d'un trouble lié à la rupture du lien d'attachement.

Un élément particulier de l'histoire de **Léo** est à rappeler : le déni de grossesse de sa mère biologique. En effet, Léo s'est caché dès ses premiers instants de vie utérine de cette mère qui ne voulait inconsciemment pas de lui ici. Ainsi, la relation fœto-maternelle a dû être très précocement perturbée par cette absence d'interaction : pas de contact tactile à travers la paroi abdominale et utérine, pas d'interaction vocale, affective ou fantasmatique, ...

Nous pouvons alors supposer que la relation entre Léo et sa mère a été peu investie dès la période utérine. Cela a pu avoir un impact d'autant plus fort sur le psychisme de Léo. Durant ces neuf mois, il s'est développé sans investissement maternel, dans un vide relationnel précoce. Les possibles « *trous psychiques* » liés à l'absence de la mère pourraient donc être d'autant plus précoces chez Léo.

On peut observer chez le jeune enfant un besoin instinctif de contact et de relation avec un objet arborant un rôle parental (Pierrehumbert, B., 2011a). Rappelons cette phrase si connue « *un bébé [tout seul], ça n'existe pas* » (Winnicott, D.W., 2006, p.20). L'importance de la relation entre le bébé et son environnement est fondamentale et cruciale pour son développement. « *Ce qui existe c'est un bébé avec des bras qui*

le portent, des mains qui le touchent et le manipulent... c'est un bébé avec une mère qui le soutient, lui parle et le regarde. » (Lefèvre, A., 2012, p13). Nous pouvons donc légitimement nous questionner sur les conséquences pour le jeune enfant abandonné de se retrouver privé de contact, de relation et de figure d'attachement. Son développement social et cognitif doit en être nécessairement impacté.

❖ L'institutionnalisation

L'institutionnalisation constitue le deuxième temps fort de l'enfant abandonné et influence également le développement des troubles de l'attachement. En attendant de lui trouver une famille adoptive, l'enfant est souvent placé en pouponnière, ou bien en famille d'accueil selon les pays. En pouponnière, selon la structure et ses moyens, on peut manquer de personnel alloué, ne permettant peut-être pas de répondre de manière adéquate et suffisante aux besoins des enfants présents. D.W. Winnicott insistait sur l'importance du « *couple nourrice nourrisson* » (Winnicott, D.W., 1969, p.200), nourrice faisant référence à la soignante ayant en charge le soin des enfants. Le ratio nourrice-orphelins influence directement le développement de l'enfant : plus la nourrice aura en charge d'enfants, et moins de temps elle aura à consacrer à chacun. La qualité et la quantité des échanges, des interactions précoces seront alors perturbées et amoindries. L'enfant risque de manquer de « *holding* » et de « *handling* », notions de D.W. Winnicott (2006, p.13) faisant référence à la manière dont le bébé est porté tant physiquement que psychiquement. Cette carence va avoir comme conséquence un faible sentiment de sécurité affective. Ce manque d'échanges et d'interactions sociales peut avoir des conséquences graves pour l'enfant, allant de la dépression anaclitique à l'hospitalisme, comme le décrit R.A. Spitz. Mais nous pouvons également supposer que cela pourrait influencer le développement d'un

mode d'attachement inséure « *anxieux évitant* » ou « *anxieux résistant ou ambivalent* », voire même d'un trouble de non-attachement.

Selon R.A. Spitz, la dépression anaclitique serait une détresse de l'enfant, une forme de dépression qui se développerait chez l'enfant de moins d'un an, séparé de sa mère ou subissant une absence de lien affectif pendant une durée d'environ trois mois. Lorsque cette carence se prolonge sur le long terme, R.A. Spitz parle alors d'hospitalisme, un syndrome psychoaffectif grave de l'enfant consécutif à un placement prolongé en institution ou à une carence affective grave (Spitz, R. A., 1947).

De plus, ce manque de professionnels a comme conséquence pour l'enfant une incohérence dans la réponse à ses besoins. Le jeune enfant peut alors présenter des difficultés dans l'acquisition de la notion de temps. Il ne va pas pouvoir intégrer ce rythme primaire, qui est une articulation entre les rythmes biologiques et les capacités du *caregiver* de répondre à ces besoins :

[...] éprouver des besoins que personne ne se donne la peine de satisfaire, d'être nourris à des moments dont le choix paraît totalement arbitraire car ils ne correspondent pas au besoin, manquant ainsi cette première occasion d'apprendre des rudiments de logique et le rythme même de la vie jusqu'à son terme : besoin, attente, satisfaction du besoin. (Fichcott, D., 2011).

Cette discordance des rythmes va être néfaste pour l'enfant. Cela favorise la mise en place d'un environnement imprévisible, source de stress et d'hypervigilance pour l'enfant. Un tel environnement sera alors un terreau peu favorable au développement d'un attachement sécurisé. Cela pourrait même participer à la mise en place d'un trouble de la base de sécurité.

Cette incohérence du milieu est également liée à l'instabilité des équipes de nourrices. En effet, dans la majorité des cas, ces dernières ne peuvent pas être présentes 24h/24 auprès du même enfant. Nous pouvons alors nous questionner sur l'impact pour cet enfant d'être constamment materné et soigné par une personne différente. Cela doit inexorablement empêcher le développement d'une figure d'attachement stable et différenciée. Mais cela doit aussi rendre l'environnement encore plus incohérent et imprévisible qu'il ne l'est déjà. L'enfant va être dans l'incapacité d'en extraire des invariants qui pourrait le rassurer. Il peut en conclure que le monde extérieur est instable, possiblement dangereux et que les adultes ne sont pas dignes de confiance.

Si, par contre, la réponse à sa détresse est lente et incohérente, [...] si on réagit toujours de façon froide, ou si ce n'est jamais la même personne qui prodigue les soins et de la même façon, ce qui rend la réaction tout à fait imprévisible pour l'enfant, alors celui-ci expérimente la colère, la peur et le désespoir.
(Chicoine, J-F., Germain, P., Lemieux, J., 2003, p.359).

Cette situation place une nouvelle fois l'enfant dans une position de « *passivité forcée* » et d'absence totale d'emprise sur son environnement. L'enfant pourrait alors s'enfermer dans une posture d'hypervigilance, se protégeant de cet environnement instable, ou bien, au contraire, s'abandonner dans cette posture de soumission. Nous pouvons faire l'hypothèse que l'enfant peut alors limiter ses comportements d'attachement, ce qui risque de complexifier l'établissement d'une figure d'attachement. Dans cette situation, l'enfant aura difficilement accès à un sentiment de sécurité interne. Nous pouvons faire l'hypothèse que cela favoriserait le développement d'un mode d'attachement inséure « *anxieux résistant ou*

ambivalent », voire d'un trouble de la base de sécurité ou lié à la rupture du lien d'attachement. Enfin, nous pouvons faire l'hypothèse d'une corrélation entre la durée de l'institutionnalisation de l'enfant et la fréquence de développement des troubles de l'attachement. Plus l'enfant vivra au sein de la pouponnière et plus longtemps il sera exposé aux problématiques qui y sont liées et que nous avons citées.

❖ L'adoption

Enfin, le moment de l'adoption marque le début de ce troisième temps dans la vie de l'enfant, lui permettant de débiter l'écriture de son « *roman familial* » (Maury, F., 2011, p.153). L'adoption offre à l'enfant un environnement nouveau, possiblement déstabilisant dans un premier temps, mais qui devrait être par la suite sécurisant, stimulant et aimant. L'enfant va pouvoir mettre en place de nouveaux liens d'attachement, avec des figures d'attachement fixes, disponibles, sécurisantes et maternantes. « *L'adoption offrira à l'enfant le moyen de reconstruire en lui un bon objet primaire.* » (Ozoux-Teffaine, O., 2011, p.99). Mais « *ces enfants n'arrivent pas vierges, prêts à s'attacher à des parents nouveaux.* » (Guedeney, N., Dubucq-Green, C., 2005, p.91). Au contraire, ils sont marqués par les expériences passées qu'ils ont vécu, comme recouverts de cicatrices avec lesquelles il faudra composer. Ainsi, le moment de l'adoption participe également au développement de la pathologie du lien. Nous analyserons donc par la suite trois facteurs pouvant rentrer en jeu : l'âge de l'enfant lors de l'adoption, les parents « trop bons » et la rupture avec ses racines culturelles.

1- L'âge de l'enfant lors de l'adoption :

L'âge de l'enfant lors de son adoption est un facteur pouvant influencer le développement de possibles troubles de l'attachement. Selon N. Guedeney et C. Dubucq-Green (*ibid.*), une adoption serait dite précoce avant l'âge de sept mois et

donc avant que l'enfant ait pu développer une figure d'attachement différenciée et préférée. Une adoption tardive, après sept mois, aurait alors un impact majeur pour l'enfant dans le cas où une relation d'attachement aurait été établie, que ce soit avec une nourrice en orphelinat ou avec un membre d'une famille d'accueil. Cela entraînerait une nouvelle rupture affective pour l'enfant, ce qui pourrait favoriser le développement d'un trouble d'attachement lié à la rupture du lien par exemple. De plus, un enfant adopté tardivement, et donc ayant longtemps vécu en orphelinat, aura plus de risque de développer un trouble de non-attachement et/ou un type d'attachement insécure « *désorganisé ou désorienté* » (*ibid.*). Les troubles d'attachement seraient alors moins présents chez l'enfant adopté précocement, mais tout de même observables. « [...] *des bébés très négligés mais adoptés à trois ou quatre mois étaient déjà profondément atteints dans leur capacité d'attachement.* » (Chicoine, J-F., Germain, P., Lemieux, J., 2003, p.359).

Aurélie a quatorze ans et a été adoptée à l'âge de quatre mois. Elle a donc bénéficié d'une adoption dite « précoce ». Au cours des premiers temps, ses parents adoptifs remarquent qu'Aurélie ne prête que peu d'attentions aux humains qui l'entourent. Elle avait tendance à s'accrocher aux objets (biberon, arbres, ...), qui semblaient être pour elle plus stables et plus fiables que les visages humains. Il a fallu un certain temps à Aurélie pour faire à nouveau confiance en l'adulte. Cette problématique semble toujours présente chez elle : elle accumule les objets, refuse de ranger quoi que ce soit ou de se débarrasser des déchets. Aurélie accepte de tirer la chasse d'eau que depuis un an. (Berger, M., 2011, p.60)

Au travers de cette observation, nous pouvons supposer la présence d'un trouble de non-attachement chez Aurélie, ou en tout cas un type d'attachement insécure et cela très précocement dans son développement alors même qu'elle a été adoptée à l'âge quatre mois.

Zoé et Jade sont jumelles et ont six ans lorsqu'elles sont adoptées en Corée du Sud en 1990. Leur parcours de vie a été particulièrement compliqué. Elles sont nées au sein d'une famille aimante, qui les avait profondément désirées. A l'âge de trois ans, Zoé et Jade ont perdu leurs parents, assassinés à la sortie de leur travail. Ce choc émotionnel majeur a été accompagné d'une première rupture. Elles ont alors

été placées dans un orphelinat durant environ deux ans. Leurs conditions de vie ont donc été modifiées. Une deuxième rupture a eu lieu lorsque Zoé et Jade ont quitté l'orphelinat pour vivre durant un an dans une famille d'accueil. Nous pouvons supposer que cet environnement était plus favorable à l'établissement de liens d'attachement pour ces deux enfants déjà profondément marquées par la vie. Enfin, une troisième rupture a eu lieu lorsqu'elles ont quitté cette famille afin d'intégrer leur nouveau foyer avec leurs parents adoptifs.

Ainsi, le début de vie de ces deux enfants a été particulièrement tumultueux avec un traumatisme profond lié à la mort et à la perte brutale de leurs deux parents. Puis, au passage d'un environnement chaleureux et aimant à un orphelinat, environnement plus froid et moins familial. Au cours de leurs six premières années de vie, elles ont connu trois ruptures affectives.

Nous pourrions alors faire l'hypothèse de retrouver chez elles un trouble lié à la rupture du lien d'attachement. En effet, lorsqu'elles étaient enfants, leurs parents les décrivaient comme pleurant beaucoup, avec une grande difficulté pour les consoler. Elles rejetaient tout contact physique, ou même oculaire. Elles étaient colériques et semblaient vouloir tout contrôler, sans jamais lâcher-prise. Ces petites filles semblaient manquer d'une sécurité interne suffisante pour établir des relations d'attachement sécurisées. Puis, à l'adolescence, Zoé s'est dirigée vers des conduites d'addictions et était très agressive envers ses proches. Les jumelles étaient opposées à toute autorité et étaient en décrochage scolaire.

2- Les parents « trop bons » :

Le deuxième facteur qui peut causer une pathologie du lien, une fois l'adoption effectuée, est : l'éventualité de parents « trop bons ». En effet, l'enfant est arrivé dans son nouveau foyer, au sein d'un nouveau pays. L'adaptation débute et la vie de la famille reprend son cours. Les parents adoptifs de l'enfant veillent alors à son bien-être, voulant certainement le choyer et l'aimer comme il n'en a pas forcément eu l'opportunité auparavant. Mais n'y aurait-il pas un risque pour l'enfant de passer de si peu d'attentions à trop ? Nous ferons ici l'hypothèse de l'éventualité d'une « *mère trop bonne* », ou de « *parents trop bons* », faisant référence à la notion de « *mère suffisamment bonne* » de D.W. Winnicott (2006, p.44).

La « *mère suffisamment bonne* » est une notion désignant l'attention normale que la mère porte à son bébé. Cette mère n'est ni trop, ni pas assez. Elle répond aux besoins de son enfant de manière équilibrée tout en laissant une place à une certaine forme de frustration, nécessaire à l'établissement du « *sentiment continu d'exister* » (*ibid.*, p.15). Si l'enfant voit tous ses besoins comblés immédiatement par ses parents, il n'aura alors pas le temps d'expérimenter l'éprouvé du désir. Cela l'empêchera d'élaborer face au manque (sentir le besoin, avoir envie de quelque chose ou d'agir). Une mère trop bonne, qui répondrait aux besoins de l'enfant par anticipation, engendrerait chez l'enfant une aggravation de l'angoisse d'abandon cumulée à une angoisse d'intrusion, une « *menace d'annihilation* » (Winnicott, D.W., 2006, p.45). Cette absence de manque perturbe le développement de l'enfant, l'empêchant de se sentir exister comme différent de sa mère. Une mère « *trop bonne* » serait un frein à l'autonomisation et à l'individualisation de l'enfant.

Dans le cas d'un enfant adopté, nous pourrions imaginer que les parents vont avoir la volonté de rattraper le temps perdu, de faire au mieux pour cet enfant si longtemps carencé. Ce que nous pouvons légitimement comprendre. Mais cela pourrait engendrer des difficultés chez l'enfant, passant alors de la carence à l'excès de stimulation et de présence. Il passerait du pas assez au trop sans pouvoir vivre cet équilibre dans la réponse à ses besoins. Cela ne lui permettrait donc pas d'avoir ce « *sentiment continu d'exister* ». L'enfant adopté subirait alors une aggravation d'autant plus massive de son angoisse d'abandon, associée cette fois à une angoisse d'intrusion. Nous ferons ici l'hypothèse qu'une telle relation pourrait être corrélée au développement d'un type d'attachement insécure « *anxieux ambivalent* » et/ou d'un trouble de la base de sécurité. La figure d'attachement serait bien présente mais sa

volonté de bien faire, ayant possiblement comme conséquence de trop faire, d'être « *trop bonne* », pourrait être néfaste pour sa relation avec l'enfant.

La mère de **Léo** est très présente dans la vie de son enfant. Elle assiste à toutes les séances de psychomotricité et reste en observation sur une chaise. Durant ces séances, sa mère le prend très souvent en photo. Elle prend également en note tous les jeux que nous utilisons avec Léo afin de pouvoir les lui offrir. Lorsque Léo refuse de quitter la salle de psychomotricité, sa mère s'amuse de son entêtement et n'insiste pas pour le faire sortir. En dehors des séances, la mère de Léo le stimule beaucoup et lui organise des activités hebdomadaires : visites de musées, d'expositions, éveil musical, initiation à la cuisine, ect.

A partir de cette observation, et sans aucune volonté d'être dans le jugement, nous pouvons nous questionner sur l'investissement de la mère de Léo. A partir de quel moment est-il possible de parler de « mère trop bonne » ? A quel moment passons-nous de la présence à la sur-présence, au surinvestissement et à la surstimulation ?

3- La rupture avec ses racines culturelles :

Enfin, un troisième et dernier élément peut être cité : la perte de l'identité biologique. En effet, l'enfant va devoir quitter son pays natal afin de venir vivre dans ce nouveau pays adoptif. Cette séparation peut être vécue par l'enfant comme un véritable déracinement. Ce dernier vit une nouvelle fois une situation de « *passivité forcée* » et une perturbation de son sentiment de sécurité interne. Cette séparation rapide et définitive avec ses racines culturelles pourrait participer au développement d'un trouble lié à la rupture du lien d'attachement. Sans pouvoir agir sur son environnement, l'enfant assiste à la perte de la culture connue jusqu'à ce jour.

La culture, au sens anthropologique, sens qui nous intéresse ici, est un « *ensemble de patterns (de pensée, de comportements, de sentiments, de croyances, de modes de production et de reproduction, ect.) socialement appris et globalement partagés, à un moment donné, par un groupe de personnes formant un peuple ou une*

société. » (Côté, M.H., 2008). La culture est acquise et construite. Elle permet à l'individu de s'établir une identité socio-culturelle.

L'enfant est confronté à une nouvelle langue, de nouveaux modes de maternages, de nouvelles conditions de vie et peut même se voir attribuer un nouveau prénom. Tant de changements tout aussi déstabilisants les uns que les autres qui peuvent perturber le sentiment de sécurité interne de l'enfant. « *Un changement rapide de l'univers des odeurs, des goûts, des sons, des personnes qui prennent soin de lui peut causer chez un nourrisson un sentiment de grande insécurité. Des sentiments de deuil émotif et physique suivront [...]* » (Chicoine, J-F., Germain, P., Lemieux, J., 2003, p.326). Cette perturbation est une nouvelle fois corrélée à l'âge de l'enfant lors de son départ, mais, dès très jeune, l'enfant peut ressentir ce bouleversement. « *On ne peut faire table rase du vécu antérieur d'un enfant adopté. Ni de sa culture, dont il a été imprégné, aussi peu de temps soit-il.* » (Body-Lawson, F., 2011, p. 129). Les conditions de vie de l'enfant vont s'en doute s'améliorer, mais cela n'en restera pas moins déstabilisant pour le petit enfant ayant connu ces conditions depuis ses premiers instants de vie.

Il couchait sur une natte, il se retrouve maintenant dans un lit moelleux. Il dormait dans une pièce où les fenêtres donnaient sur une rue bruyante, il est maintenant inondé de silence. Il dormait avec sa nounou, il dort maintenant seul. Il faisait toujours chaud et humide, il fait maintenant sec et plutôt frais. (Chicoine, J-F., Germain, P., Lemieux, J., 2003, p.334).

L'enfant, jusque-là bercé par la langue maternelle, se trouve confronté à une nouvelle langue, ainsi qu'à de nouvelles sonorités inconnues. En fonction de l'âge de l'enfant, il pourrait même avoir commencé l'apprentissage de cette langue. Selon M.R.

Moro (2007), « *transmettre une langue n'est pas seulement un acte linguistique, c'est également un processus de transmission culturelle et identitaire.* ». Un changement de prénom serait également un élément fort déstabilisant pour l'enfant. Le prénom est « [...] *une composante essentielle de notre identité [...]* » (Offroy, J., 2001, p. 83). Ce prénom représente la trace de ses premiers moments de vie et de son histoire. Le remplacer serait le risque de nier une partie de son identité. Cela sera d'autant plus perturbant dans le cas où l'enfant aurait déjà intégré son prénom. « *Comment l'enfant pourrait-il devenir un sujet, qui pense, qui a une identité, si il doit se construire sur du sable mouvant ?* » (Cohen-Herlem, F., comme cité dans Cantarero, I., 2015).

Lors du départ de son pays, le ressenti de l'enfant pourrait s'apparenter à un « *kidnapping symbolique* » (Chicoine, J-F., Germain, P., Lemieux, J., 2003, p.327), illustrant le sentiment d'être arraché, enlevé de force de son pays natal. La période d'apprivoisement et d'adaptation entre les parents et l'enfant va alors être primordiale afin que ce dernier puisse baisser son niveau de vigilance et d'anxiété. Ainsi, il pourra progressivement assimiler que « *ces deux adultes « qui parlent bizarre, sentent bizarre et se comportent bizarre » » (ibid.)* ne sont pas dangereux et sont maintenant là pour l'aimer et le protéger. Le lien d'attachement pourra alors se tisser. Puis, progressivement, l'enfant pourra élaborer autour de cette dichotomie culturelle. Il pourra faire le lien entre ses deux histoires, intégrant ces nouveaux parents comme sien et les incluant à son « *roman familial* » (ibid., p.285).

Afin d'illustrer ce sentiment de déracinement, j'ai choisi de reparler de l'histoire de **Zoé et Jade**, les deux jumelles adoptées en Corée du Sud à la suite du meurtre de leurs parents.

Zoé et Jade ont difficilement vécu leur adoption et ont pu verbaliser s'être senties « *arracher violemment à leur pays* ». Durant les deux premières années en France, elles accusaient souvent leurs parents adoptifs de les avoir volées, voire même d'avoir tué leurs parents biologiques. Cependant, la situation de Zoé et Jade est

particulière. La rupture avec les parents a été brutale avec un scénario atroce difficilement assimilable à ce jeune âge.

De plus, lors de leur arrivée en France, les jeunes filles parlaient couramment Coréen et ne comprenaient pas cette langue inconnue que ces deux adultes utilisaient. Enfin, elles avaient grandi depuis toujours dans une grande ville surpeuplée de Corée du Sud et se retrouvaient tout d'un coup fortement dépaysées et perdues dans un tout petit village niché dans les montagnes. Leur déracinement a alors été profond et ce départ de Corée du Sud a été pour elles une nouvelle rupture affective laissant des séquelles profondes. Nous pouvons supposer que cela a pu participer au développement d'un trouble lié à la rupture du lien d'attachement.

« *Les racines sont d'ailleurs mais les fruits sont d'ici.* » (Body-Lawson, F., 2011, p.143-144). Cette métaphore illustre bien la situation et le parcours de l'enfant ayant été adopté. Nous pouvons faire l'hypothèse que ce sentiment de déracinement va avoir un impact majeur dans l'établissement du processus d'attachement, créant une nouvelle rupture affective. Mais cela pourrait également impacter la construction identitaire du sujet.

Tout au long de son parcours, l'enfant est confronté à divers éléments pouvant perturber l'établissement d'un attachement sécurisé et sain. Cela influence alors le développement d'éventuels troubles de l'attachement. L'enfant vit ces épreuves au moment même où son besoin primaire serait d'établir un lien avec une figure d'attachement différenciée, stable et aimante. Et au fil de ces épreuves, un élément commun est retrouvé, et non sans conséquence pour l'enfant : la position de « *passivité forcée* ». L'enfant y est exposé à de nombreuses reprises et cela l'empêche, d'une certaine manière, d'être acteur sur son environnement ou sur sa vie. « *Cette période peut induire chez l'enfant la croyance que seul l'environnement a un effet sur lui et non l'inverse.* » (Berger, M., 1997, p.52). Dans cette situation, comment

l'enfant peut-il accéder à une sécurité interne ? Nous ferons l'hypothèse que cela peut même complexifier sa construction en tant que sujet, sa construction identitaire.

III. L'IMPACT DE LA PATHOLOGIE DU LIEN SUR LA CONSTRUCTION IDENTITAIRE DU SUJET

1. L'identité

L'enfant adopté a donc eu un parcours semé d'embûches ayant fragilisé chez lui divers éléments. Nous avons fait l'hypothèse que l'enfant risque de subir une perturbation au niveau de sa construction identitaire. Mais qu'est-ce que l'identité ? Et comment se construit-elle chez le sujet ?

a. Définition de la notion d'Identité

L'identité est une notion large, aux définitions multiples et venant de divers domaines.

La notion d'identité est propre à chacun. Elle définit ce qui permet à l'individu de se reconnaître comme « *moi* », être unique et différent des autres (Nguyen, A-L., 2018). C'est ce que l'on pourrait appeler « *identité subjective* », ou personnelle, correspondant donc au sentiment d'exister et de se percevoir comme un individu singulier (Muchielli, A., 2013). Cela suppose l'existence d'une « *identité objective* », ou sociale, qualifiant ce qui permet de situer l'individu dans la société en fonction de son rôle social ou d'un statut (âge, sexe, profession, ...) (*ibid.*). Ces deux aspects de l'identité peuvent être rapprochés des notions de « *vrai self* » et de « *faux self* » de D.W. Winnicott, distinguant l'image que l'on a de soi et l'image que l'on arbore en société. Ainsi, la notion d'identité est ambiguë car elle souligne à la fois la singularité de chacun, les rendant uniques, et la ressemblance d'individus permettant leur

intégration à un groupe d'appartenance : « [...] *l'identité se construit dans un double mouvement d'assimilation et de différenciation, d'identification aux autres et de distinction par rapport à eux.* » (Edmond, M., 2016, p.29).

Selon P. Tap, l'identité se définit comme tel :

L'identité est l'ensemble des caractéristiques physiques, psychologiques, morales, juridiques, sociales et culturelles à partir desquelles la personne se définit, se présente, se connaît et se fait connaître, où à partir desquelles autrui la définit, la situe ou la reconnaît. L'identité, c'est ce par quoi l'individu se sent exister en tant que personne, dans tous ses rôles et toutes ses fonctions, se sent accepté et reconnu comme tel par autrui, par son groupe ou sa culture d'appartenance. (Tap, P. comme cité dans Chicoine, J-F., Germain, P., Lemieux, J., 2003, p.434).

La notion d'identité permet donc de faire la distinction entre le soi et le non-soi (Drouin-Hans, A-M., 2006). L'identité est, selon A-M. Drouin-Hans, un élément essentiel à notre existence : « *On ne peut se passer d'identité sous peine de ne pas avoir d'existence.* » (Ibid., p.24).

b. La construction identitaire

L'identité est un phénomène dynamique, en permanente évolution de la naissance à la mort. Selon E.W. Pireyre, « *l'identité s'acquiert au cours du développement psychoaffectif.* » (Pireyre, E.W., 2015, p. 62). Elle prend source dans notre corps et dans la relation avec nos parents (*ibid.*) et se développe grâce à l'interaction entre le sujet et son environnement social (Erikson, E., comme cité dans

Cohen-Scali, V., Guichard, J., 2008). Le développement de l'identité serait le résultat d'une « *construction bio-psychologique, communicationnelle et culturelle* » (Nguyen, A-L., 2018, p.12). Selon E.W. Pireyre, l'enfant pourra se développer en tant que sujet seulement lorsqu'il sera perçu comme « *différent et séparé de l'adulte* » dans le psychisme de ses parents (2015, p. 62). Sans cela, l'inconscient parental pourrait freiner le développement de la subjectivité de l'enfant. Ainsi, lorsque cette condition sera remplie, l'enfant pourra se développer comme sujet. Cependant, cela dépendra de six éléments : la sensorialité, le dialogue tonique et le regard, selon E.W. Pireyre. Mais nous ajouterons également le sentiment continu d'exister, le temps et l'environnement culturel.

❖ La sensorialité

La sensorialité permet, dans un premier temps, la mise en place du processus de subjectivation, prérequis au développement de l'identité, et correspondant à « [...] *l'appropriation de ce qui est de la limite, de la frontière entre soi et l'autre.* » (*Ibid.*, p. 63). Le développement de la subjectivité est possible grâce aux expériences sensori-motrices « [...] *au niveau des surfaces de rencontre entre le corps et les objets du monde extérieur.* » (*Ibid.*). E. W. Pireyre s'appuie ici sur les travaux de A. Bullinger : « *la régularisation intériorisée des états toniques, l'instrumentation des différents segments corporels ainsi que les représentations de l'organisme sont les différentes facettes de la construction de la subjectivité.* » (Bullinger, A., comme cité dans Pireyre, E. W., 2015, p. 62). Au fil des stimulations sensori-motrices, l'enfant aura des perceptions qui lui permettront de distinguer sa peau comme limite de son corps, différenciant le dedans du dehors, et développant ainsi la subjectivité.

❖ Le dialogue tonique

Le dialogue tonique c'est « [...] *le point d'ancrage corporel du discours, le premier espace des échanges marqués par le plaisir, la frustration, les désirs et les appels vers l'autre.* » (Gauberti, M., 1993, p. 120). Le dialogue tonique, ou « *dialogue tonico-émotionnel* » (Ajuriaguerra, 1977) est à la base de tous les échanges verbaux et est le support de la communication infra-verbal. C'est le mode relationnel présent entre l'enfant et ses proches. Cet accordage tonico-émotionnel est mis en jeu dès le début de la vie entre l'enfant et son entourage et leur permet de communiquer leurs émotions par des variations toniques.

« *De forme assez expressive, et additionné au langage, le dialogue tonique permet la distinction sensorielle dedans/dehors.* » (Pireyre, E.W., 2015, p.63). Par ce dialogue tonique et ces accordages tonico-émotionnels entre le bébé et le *caregiver*, l'enfant peut progressivement prendre conscience de la différenciation, d'un point de vue sensoriel, de l'intérieur et de l'extérieur de son corps, du soi et du non soi. Puis, à force de répétitions et d'intégration de l'expérience, l'enfant peut reconnaître le *caregiver* comme une personne distincte simplement en la regardant (*ibid.*). Cette autonomisation de l'enfant va progressivement se développer et permettra en parallèle l'émergence de l'individualité, rendant l'enfant sujet distinct et différencié de sa mère :

La préhension, en permettant la préhension de l'espace, le contrôle du geste et la maîtrise de l'objet (6-12 mois) et la locomotion (10-18 mois), en déclenchant la fuite jubilatoire devant la mère qui appelle, permettent aussi l'assomption de l'individualité. (Ibid.).

❖ Le regard

Les interactions visuelles, et le regard, ont une importance fondamentale dans la relation entre l'enfant et son entourage. Lors du temps de nourrissage du bébé, ce dernier recherche le contact visuel avec la personne qui le nourrit.

Que voit le bébé quand il tourne son regard vers le visage de la mère ? Généralement, ce qu'il voit, c'est lui-même. En d'autres termes, la mère regarde le bébé, et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit. (Winnicott, D.W., 1971, p.155).

Le visage de la mère devient alors un miroir grâce auquel l'enfant se voit et se perçoit. « *Le précurseur du miroir, c'est le visage de la mère.* » (*Ibid.*, p.153). Puis, progressivement, par ces répétitions d'expériences quant à la fonction du regard, l'enfant peut distinguer le dedans du dehors, le soi du non soi. Ainsi, l'enfant arrive au stade du miroir, décrit par J. Lacan (1966), aux alentours des deux-trois ans. Le miroir va être « *formateur de la fonction du Je* » (*ibid.*). C'est une phase de structuration de la subjectivité où l'enfant prend conscience de son corps et devient capable de le distinguer des autres. Il se perçoit alors comme un corps distinct, différencié de celui de sa mère, un individu propre capable de dire « Je ». Ainsi, comme le dit E.W. Pireyre, l'identité est le résultat du processus d'individuation (2015, p.64).

❖ Le sentiment continu d'exister

Le développement de l'identité dépend fortement du « *sentiment continu d'exister* » (Winnicott, D.W., 2006, p.15). Cela permet à l'individu de conserver un sentiment de mêmeité d'être et de soi malgré le temps, les différentes étapes de la vie et les transformations de soi. Ainsi, l'individu peut construire son identité de manière stable dans le temps et l'espace.

❖ Le temps

La construction identitaire dépend également étroitement de la relation au temps. Elle se développe toute la vie, du nouveau-né à la personne âgée. « *Cette relation au temps s'établit à partir d'évènements et d'émotions qui constituent par la suite, l'histoire de l'individu ainsi que ses souvenirs.* » (Nguyen, A-L., 2018, p.16). C'est également grâce à la constitution de ses souvenirs, et des émotions qui y seront liées, que le sujet va développer sa propre identité. Alors, la mémoire tient également une place importante. Malgré l'amnésie infantile (processus physiologique amenant à l'oubli chez l'enfant de ses souvenirs antérieurs à l'âge trois-quatre ans, ou de possibles amnésies post-traumatiques qui pourraient entraîner une perte de certains souvenirs), cela va s'ancrer dans l'inconscient et participer à la constitution de l'identité et de la personnalité du sujet.

❖ L'environnement culturel

Enfin, l'implication de l'environnement et de la culture est fondamentale dans ce processus. Afin de se construire, l'individu a un besoin d'identification, d'abord centré sur le cercle familial, puis, au fil du développement, sur des groupes sociaux de plus en plus étendus : « [...] *groupes d'âges, classe sociale, appartenance professionnelle* [...] » (Edmond, M., 2016, p.33). Mais il ne faut pas oublier l'identification à la culture. En effet, elle tient une place majeure dans l'identité personnelle et sociale du sujet. Selon P. Charaudeau, partir à la recherche de son identité culturelle pourrait être « *aller à la quête de soi* » (2004, p.1). L'identité serait donc indissociable de la question culturelle, qui participe à notre construction comme sujet. Et tout comme l'identité personnelle, l'identité culturelle est stable mais aussi mouvante et évolue dans le temps au fil des rencontres et des interactions (*ibid.*).

c. Les troubles identitaires de l'enfant adopté

Comme nous avons pu le voir, la construction identitaire est un processus dynamique qui est présent tout au long de la vie. Toutefois, l'enfance représente une période d'une importance majeure et cruciale dans le processus de construction identitaire du sujet. Après avoir défini les troubles identitaires, nous verrons par la suite ceux pouvant être présents chez l'enfant ayant été adopté.

E.W. Pireyre définit les troubles identitaires comme « *des troubles psychomoteurs qui sont les conséquences, en partie, d'un mauvais établissement – ou de l'absence d'établissement – d'une certaine forme de lien corps/esprit.* » (2015, p.64). Dans le contexte de l'adoption, nous pouvons supposer la présence de troubles identitaires, plus ou moins marqués, en mettant en lien les premiers temps de vie de l'enfant et les éléments nécessaires à la construction de l'identité. Il est important de préciser une nouvelle fois que cela dépend de l'âge de l'enfant, du temps vécu en institution, ainsi que de la qualité du maternage qu'il a pu recevoir.

L'enfant abandonné, vivant en institution, risque de manquer d'expériences nécessaires à sa construction identitaire : sensorialité, dialogue tonique et regard. En effet, l'enfant aura peu la possibilité d'expérimenter sur le plan sensori-moteur, ce qui perturbera l'apparition de sa subjectivation par retard de l'intégration de sa peau, délimitant le soi du non-soi, le dedans du dehors. L'absence, ou la pauvreté, des accordages tonico-émotionnels retardera la mise en place du processus d'individualisation. Sans ce dialogue tonique, l'enfant ne prendra pas conscience de la différenciation du soi et du non-soi et ne pourra pas, à défaut de répétitions de l'expérience, prendre conscience de son individualité. L'enfant ne se percevra donc pas comme sujet, et comme individu distinct et différencié de sa mère ou de son

caregiver. Enfin, les échanges visuels risquent d'être pauvres et ne permettront peut-être pas à l'enfant de se percevoir comme sujet, capable de dire « Je ». « *Si le visage de la mère ne répond pas, le miroir devient alors une chose qu'on peut regarder, mais dans laquelle on n'a pas à se regarder.* » (Winnicott, D.W., 1971, p.156). Ainsi, l'enfant ne parvenant pas à se reconnaître comme sujet, comme individu à part entière différent des autres, peut présenter un trouble identitaire. Comment dire « Je » sans connaître son identité, sans savoir que l'on est soi ?

En plus de ces éléments peuvent venir s'ajouter des perturbations autour des souvenirs et de la mémoire. L'enfant ayant été adopté a vécu un début de vie compliqué, ayant pu lui laisser des « *ancrages post-traumatiques d'abandon* » (Chicoine, J-F., Germain, P., Lemieux, J., 2003, p. 126). Des souvenirs douloureux peuvent être présents et ancrés dans son inconscient. Mais malgré cet ancrage, ils n'en restent pas moins constitutifs de son identité et de sa personnalité. Ces souvenirs enfouis peuvent même ressurgir au cours de certaines périodes de sa vie, comme lors de la crise d'adolescence, et venir ébranler cet édifice identitaire.

Enfin, la culture, et la présence de la dichotomie culturelle, peuvent également venir déstabiliser la construction identitaire de l'enfant. Selon A.F. Mérini, « [...] *les deux piliers fondamentaux d'une construction identitaire sont une histoire et des origines.* » (Body-Lawson, F., 2011, p.143). Ainsi, comment construire son identité sans savoir d'où l'on vient : de quel pays, de quelle culture, ... ; sans savoir qui nous a conçu ; sans connaître son histoire, la raison ou l'explication de son abandon ? L'importance du récit du potentiel abandon et de l'adoption est alors primordiale dans cette recherche identitaire. En reconstituant son histoire et ses origines, l'individu va

ainsi pouvoir s'identifier à un groupe (culturelle, entre autres) et parvenir à l'élaboration de son identité personnelle et sociale.

Ainsi, la construction identitaire de l'enfant ayant été adopté peut se révéler être très compliquée. Cela peut être pour l'enfant un long parcours semé d'embûches, qui pourrait à terme conduire à des troubles de l'image du corps.

Pour rappel, **Léo** a été adopté à l'âge de quatre mois. Malgré le fait qu'il ait été adopté précocement, des troubles identitaires peuvent être présents :

« [...] *l'adoption précoce induit un questionnement identitaire plus marqué chez le jeune, fondant sa naissance sur un vide qui le happe et l'empêche de retrouver son identité et de progresser vers le futur.* » (Dufour, J., comme cité dans Body-Lawson, F., 2011, p.144).

Dans ces jeux, Léo choisit toujours le rôle du monstre. Lorsque le jeu se termine, Léo peut présenter des difficultés pour reprendre sa propre identité. En dehors de la difficulté à arrêter de jouer, Léo conserve cette identification au monstre. De plus, j'observe une place très importante de la thématique de l'abandon, de la perte de la mère, voire de sa mort, au sein de ses scénarios.

Cela m'interroge. Dans ces jeux, Léo s'identifie-t-il à ce monstre ? Recherche-t-il une identification à quelque chose de fort, de solide et d'indestructible afin de pallier son manque de sécurité interne ? Cela m'amène à différentes hypothèses. Léo pourrait présenter une fragilité dans la construction de son identité, qui expliquerait son adaptation en « faux-self », adaptation sociale à un environnement non adapté et contraignant. Ainsi, il adapterait son identité personnelle et sociale afin de se sentir intégré et d'éviter un nouveau rejet.

La récurrence des scènes d'abandon et de séparation dans ses jeux pourrait révéler une présence importante de ces aspects au sein même de son identité. Si tel est le cas, cela me questionne sur l'image que Léo a de lui-même. Comment se perçoit-il ? Est-ce que Léo s'imagine réellement comme le monstre, être qu'il décrit comme méchant, rejeté et faisant du mal aux gens qui l'aiment ? Nous pourrions alors supposer que Léo s'imagine être un monstre et que ce serait, pour lui, la raison pour laquelle sa mère biologique l'aurait abandonné.

2. L'image du corps

Selon E.W. Pireyre (2015), l'identité est un sous-composant de l'image du corps, terme issu de sa théorisation définissant l'image du corps sous une forme composite. Ainsi, si le sujet présente des troubles identitaires, cela pourrait perturber également son image du corps. Mais qu'est-ce-que l'image du corps ?

a. Définition de la notion d'image du corps

Le concept d'image du corps est une notion complexe, au carrefour de plusieurs disciplines et issue de la psychanalyse. P. Schilder, F. Dolto et J. Lacan sont à l'origine de la théorisation de ce concept. Selon eux, l'image du corps est une représentation psychique du corps qui est inconsciente et liée à la libido, au désir et à l'inconscient. Pour P. Schilder, l'image du corps a un rôle social fondamental. Selon F. Dolto, c'est dans la continuité d'existence ainsi que dans l'identité et dans l'identité sexuée que l'image du corps tient son rôle. Enfin, P. Lacan souligne l'importance du stade du miroir dans la constitution de cette image du corps. Ainsi, malgré l'apport de chacun à la théorisation de ce concept, nul ne s'intéresse au système psychoaffectif, à l'investissement du corps. Un aspect fondamental est alors négligé dans l'élaboration cette théorie. D'autres professionnels vont également s'intéresser aux aspects de l'image du corps mais sans jamais la citer. C'est le cas d'E. Bick, de M. Sami-Ali ou bien encore de D. Anzieu. Ainsi, la psychanalyse a permis une approche du concept d'image du corps, sans pour autant la finaliser. Des psychomotriciens ont alors essayé de reprendre cette théorie, essentielle à notre clinique, afin de la compléter et de la

préciser. C'est le cas d'E.W. Pireyre, qui a introduit la notion d'Image composite du corps, concept sur lequel nous nous appuyerons par la suite.

b. Le concept d'image composite du corps d'E.W. Pireyre

Afin de bien distinguer le schéma corporel de l'image du corps, deux notions très souvent confondues au fil des terminologies, E.W. Pireyre choisit de parler respectivement de sensibilité somato-viscérale et d'image composite du corps. Nous nous intéresserons donc ici au concept d'image composite du corps, constitué des apports psychanalytiques et neurophysiologiques

Selon E.W. Pireyre, l'image composite du corps se met en place dès les débuts de vie. Elle s'étaye sur l'inconscient, le désir et la libido.

En bref, l'image du corps se développe par étapes chronologiques, elle se bâtit et s'étaye en lien avec des fonctionnements physiologiques variés (sensibilité somato-viscérale), elle concerne des fonctions ou des zones corporelles diverses, elle est investie par la libido qui laisse des traces, éventuellement des symptômes, partout où elle est passée et où elle peut se trouver encore.
(Pireyre, E.W., 2015, p.47).

L'image du corps serait composée de neuf sous-composantes, que nous allons donc détailler.

❖ La sensation de continuité d'existence

Le sentiment de continuité d'existence est l'un des piliers de base que l'enfant doit acquérir, étape essentielle de son développement. Ce terme a été introduit pour

la première fois par D.W. Winnicott (1969). C'est une sécurité interne permettant de ressentir la conviction de la continuité de sa vie, malgré les menaces et le temps qui passe, l'assurance d'être toujours présent dans l'instant suivant tout en étant le « *même* ». Selon D.W. Winnicott, ce sentiment de continuité d'existence permet la structuration du moi et la lutte contre les « *menaces d'annihilation* ». Il établit également une corrélation entre la continuité d'existence et la sensibilité somato-viscérale. Ainsi, selon A. Bullinger, certains enfants comme ceux porteurs d'un Trouble du Spectre de l'Autisme, sont à la recherche de sensations et stimulations fortes afin de se sentir exister dans le moment présent (Bullinger, A, comme cité dans Pireyre, E.W., 2015).

❖ L'identité

L'identité est aussi une étape fondamentale dans le développement de l'enfant. Cette notion a déjà été traitée précédemment, nous ne la redéfinirons donc pas ici.

❖ L'identité sexuée

L'identité sexuée correspondrait au sentiment d'appartenance à un sexe, féminin ou masculin. Le sexe biologique est rapidement déterminé lors de l'embryologie, dès le quatrième mois de grossesse (*ibid.*, p.68). Mais la construction psychique de l'identité sexuée est bien plus longue : cela débute dès la naissance et se poursuit jusqu'à la fin de la période précœdipienne, aux alentours des trois ans, moment où l'enfant se reconnaît comme « *soi* » dans le miroir. C'est une construction active basée sur les données biologiques, affectives et sociales (*ibid.*, p.70). Ainsi, en cas de troubles de l'identité sexuée, l'individu peut vivre un décalage entre son sexe biologique et son sexe d'assignation : c'est ce que l'on appelle la dysphorie de genre.

❖ La peau physique et psychique

La peau a un rôle fondamental dans l'image du corps. Elle est fortement investie, que ce soit dans la relation à l'autre ou par la libido. La peau a des propriétés physiques et permet la distinction moi/non-moi. C'est une frontière corporelle qui permet de ressentir de la contenance physique et psychique. Au départ de la vie de l'enfant, il existe une « *dépendance symbiotique mutuelle* » (*ibid.*, 2015, p.79), un fantasme de peau commune entre lui et sa mère. Puis, cette fusion disparaît au profit de la reconnaissance, pour la mère et l'enfant, que chacun a sa propre peau et donc son propre moi. L'enfant acquiert alors son propre « *Moi-peau* » (Anzieu, D., 1995).

Le Moi-peau est un concept présenté par D. Anzieu et défini comme « *Une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps.* » (Anzieu, D., 1995, p. 61). D. Anzieu fait alors l'hypothèse de l'existence d'une peau psychique qui permettrait l'existence de pensée (*ibid.*). Dans sa théorie, il confère huit fonctions au Moi-peau, précisant que cela n'est pas exhaustif (*ibid.*, p.121-128) :

1- La maintenance : Cette fonction est liée à l'intériorisation du « holding » de D.W. Winnicott. Elle maintient le psychisme, assurant son fonctionnement et permet l'intégration d'un sentiment d'unité et de solidité. Ainsi, par cet appui sécurisant, l'enfant peut se constituer un premier axe corporel. Un défaut de cette fonction entraînerait des angoisses de désassemblage du corps et de la psyché.

2- La contenance : Cette fonction est permise grâce à l'intégration du « *handling* » de D.W. Winnicott. Tout comme la peau qui enveloppe et contient le corps et ses organes, le Moi-peau contient le psychisme et permet ainsi de maintenir les pulsions. Une

défaillance de cette fonction entrainerait deux types d'angoisses : le « *Moi-peau passoire* » (*ibid.*, p.125), l'angoisse de voir son corps se vider. L'enveloppe existe mais est discontinue car criblée de trous. Et le Moi-peau « *constituée d'un noyau sans écorce* » (*ibid.*). L'enveloppe est absente et ne maintient plus les pulsions, qui sont permanentes mais difficilement localisables, identifiables et apaisables.

3- La fonction de pare-excitation : Au cours de son développement, le Moi de l'enfant trouve sur sa propre peau, et plus par l'intermédiaire de sa mère, un étayage suffisant pour se protéger des menaces extérieures. Un défaut de cette fonction entrainerait des images du corps de deux types (Tustin, F., comme cité dans Anzieu, D., 1995, p.126) : le « *Moi-poulpe* » : aucune fonction précédente n'a été acquise ; le « *Moi-crustacé* » : une carapace rigide empêche les fonctions suivantes de se mettre en place. Enfin, « *le pare-excitation peut être cherché en appui sur le derme à défaut de l'épiderme : c'est la seconde peau musculaire (E. Bick), la cuirasse caractérielle (W. Reich).* » (Anzieu, D., 2015, p.126).

4- L'individuation : La peau permet la distinction entre le soi et le non soi. De la même manière, le Moi-peau permet d'assurer le sentiment d'être soi, d'être unique et individualisé, avec son propre espace physique et psychique délimité par une frontière. Une défaillance de cette fonction entrainerait l'angoisse de « *l'inquiétante étrangeté* » (Freud, S., comme cité dans Anzieu, D., 2015, p.126), angoisse de la perte de son identité par l'affaiblissement des frontières du Soi.

5- L'intersensorialité : Le Moi-peau est une surface psychique permettant de relier entre-elles les différentes sensations et d'y faire lien sur un fond d'enveloppe tactile. Ainsi, un sens commun peut y être donné permettant le ressenti d'un corps unifié,

fonctionnant en synergie. Un défaut de cette fonction entraînerait un sentiment de morcellement ou de démantèlement du corps.

6- La fonction de soutien de l'excitation sexuelle : Le Moi-peau revête le rôle de surface de soutien de l'excitation sexuelle où des zones érogènes sont localisées. Cela permet, par la suite, la reconnaissance de la distinction des sexes. Une insuffisance de cette fonction pourrait entraîner chez l'adulte des difficultés à s'engager dans une relation sexuelle, des angoisses persécutives et une prédisposition aux perversions.

7- La recherche libidinale : Le Moi-peau assure la répartition énergétique au sein des différents systèmes psychiques et le maintien de la tension énergétique interne. Un défaut de cette fonction conduirait à deux types d'angoisses : : l'angoisse du Nirvâna, l'accomplissement du désir et la réduction de la tension à zéro ; l'angoisse de l'explosion de l'appareil psychique sous l'effet de la surcharge.

8- L'inscription des traces sensorielles : Le Moi-peau permet l'inscription des traces sensorielles tactiles perçues par la peau et informe ainsi de la réalité du monde extérieur. Une défaillance de cette fonction entraînerait trois angoisses : l'angoisse d'être marqué « *par des inscriptions infamantes et indélébiles provenant du Surmoi (les rougeurs, l'eczéma, les blessures symboliques [...])* » ; l'angoisse de l'effacement « *des inscriptions sous l'effet de leur surcharge* » ; l'angoisse de « *la perte de la capacité de fixer des traces* » (*Ibid.*, p.129).

Ainsi, D. Anzieu place la peau, le Moi-peau, comme élément majeur et essentiel de l'image du corps.

❖ La représentation de l'intérieur du corps

La représentation de l'intérieur du corps est en lien avec l'immatunité physiologique des premiers temps de vie. En effet, au début de la vie, les os et les articulations sont immatures. « *Les os peuvent se déformer et les zones articulaires se révèlent inconsistantes.* » (Pireyre, E.W., 2015, p.94). Les os peuvent être perçus par l'enfant comme mous, la fonction de contenance n'est pas assurée. Ainsi, cela peut entraîner un vécu de « *crevaision* » de l'enveloppe corporelle et des angoisses d'éclatement. L'immatunité osseuse et tonique du bébé peut conduire à des vécus d'enfoncement, d'effondrement et de manque. (*Ibid.*). De plus, en raison de son immatunité au niveau sphinctérien, vésical et anal, et de la possibilité de vomir, l'enfant peut avoir l'impression que son corps se vide complètement de tout son contenu liquide interne. « *Le danger est alors l'effondrement ainsi que l'aplatissement du corps.* » (*Ibid.*).

❖ Le tonus

Le tonus peut être défini comme une « *activité contractile plus ou moins continue des muscles striés* » (Richard, D., Orsal, D., comme cité dans Pireyre, E.W., 2015, p.101). Le tonus est constitué de trois formes : de fond, passif, ou de repos, correspondant à l'état de légère excitation du muscle au repos. C'est également la toile de fond des émotions ; de posture, ou d'attitude, représentant l'activité tonique minimale permettant de maintenir les stations, les attitudes et les postures ; d'action, caractérisé par une contraction musculaire volontaire permettant le mouvement et l'action. Au début de sa vie, et en raison de son immatunité neurologique, le bébé présente une organisation tonique particulière avec une hypotonie axiale et une hypertonie périphérique. Il peut alors ressentir son corps comme morcelé.

Le tonus est relié à certains aspects de la vie psychique. C'est J. de Ajuriaguerra qui fera le lien entre tonus, émotions et environnement humain avec le concept de « *dialogue tonico-émotionnel* ». Comme nous avons déjà pu le voir précédemment, c'est un outil de communication infra-verbal entre la mère et son bébé qui se fait tout d'abord en corps à corps, puis progressivement à distance. Le tonus est lié à la maturation neurologique, mais aussi aux premières relations du bébé qui vont venir moduler son profil tonique. Des anomalies toniques peuvent en découler en fonction de la qualité de ces interactions et seront constitutives de l'image du corps. Nous pouvons citer l'hypertonie, l'hypotonie, les paratonies ou encore les syncinésies, toutes étant des troubles toniques pouvant être en lien avec la subjectivité et un type de vécu corporel. « *Il s'agit alors de traces, inscrites dans le corps, des premières expériences relationnelles.* » (Pireyre, E.W., 2015, p.112).

❖ La sensibilité somato-viscérale ou sensorialité

Pour rappel, la sensibilité somato-viscérale est la nouvelle terminologie du schéma corporel proposée et préférée par les neurophysiologistes. Il existe une sensibilité somatique (ou somesthésique) et une viscérale (ou intéroceptive). La sensibilité somatique peut être superficielle, ou extéroceptive (informations mécaniques, thermiques, chimiques, nociceptives) et profonde, ou proprioceptive (informations relatives à la position du corps et à ses mouvements dans l'espace) (*ibid.*). Les seuils sensoriels sont propres à chacun. Cela va dépendre de deux phénomènes influençant les informations sensorielles : le traitement par le cortex, pouvant contrôler une partie ou l'entièreté de la sensation selon le système sensoriel de chacun et l'intervention des récepteurs sensoriels pouvant s'inhiber entre eux. Les systèmes sensoriels sont également sous contrôle de la cognition et de l'affectivité

(*ibid.*). Ainsi, il n'est pas possible de percevoir le monde et notre corps de manière identique à ce qu'ils sont réellement. « *L'image d'un objet perçu est fausse lorsque j'aime ou je hais cet objet.* » (Nasio, J.D., comme cité dans Pireyre, E.W., 2015, p.119).

❖ Les compétences communicationnelles du corps

« *Le corps est doté d'un système de communication très sophistiqué.* » (Pireyre, E.W., 2015, p.140). Cette compétence communicationnelle du corps est permise grâce au lien entre tonus, émotions et posture. C'est ce que l'on appelle le dialogue tonico-émotionnel, déjà cité précédemment, et composé de six canaux : les modifications toniques, les attitudes corporelles, les mimiques, les gestes, les réactions de prestance et le regard. Certains de ces canaux sont des « *canaux d'expression* » et d'autres des « *canaux de lecture* » (*ibid.*, p.135). Ils sont utilisés subjectivement en fonction de l'histoire, du vécu de chacun et de son contexte socio-culturel. Les émotions sont ainsi profondément ancrées dans le corps et le dote d'une compétence communicationnelle mise en place dès le début de la vie et qui peut s'accompagner de facteurs conscients et inconscients.

❖ Les angoisses corporelles archaïques

Les angoisses corporelles archaïques sont des vécus corporels présents avant même l'apparition du langage, et qui sont majoritairement des phénomènes inconscients. Elles sont présentes chez le bébé et sont constitutives de son développement normal. En effet, le bébé n'a pas de représentation globale et unifiée de son corps à la naissance, ce qui peut expliquer le vécu éventuel d'« *angoisses disséquantes primitives* » tels que l'angoisse de morcèlement, de chute sans fin et sans repère ou encore de ne pas avoir de relation avec son corps (Winnicott, D.W., comme cité dans Pireyre, E.W., 2015, p.143). C'est par la répétition des expériences

de « *holding* » et « *handling* » suffisamment bons que l'enfant peut expérimenter le sentiment de continuité d'existence et d'un corps solide et unifié. L'enfant n'ayant pas pu expérimenter ces expériences peut vivre des angoisses archaïques massives contre lesquelles il produira des défenses afin de se protéger. Ce dernier pourrait alors garder en lui des traces de ce traumatisme archaïque qui conduiront plus tard à des menaces d'effondrement du Moi (Pireyre, E.W., 2015). Ces angoisses peuvent également être présentes de manière transitoire chez l'adulte sain, constituant alors des résurgences de traces enfouies de l'archaïque. Elles peuvent notamment être retrouvées lors des expériences de relaxation. Enfin, les angoisses corporelles archaïques deviennent pathologiques et très invalidantes dans le domaine des maladies psychiatriques graves, telles que l'autisme ou la psychose. Nous pouvons y retrouver, tout comme chez l'enfant sain, les angoisses de morcèlement mais aussi d'effondrement, de dévoration ou encore de liquéfaction. Ainsi, ces angoisses sont profondément ancrées dans l'inconscient et dans notre corps. « *En toile de fond, elles sont très présentes dès que l'on cherche à comprendre les rapports de l'être humain à son corps.* » (*Ibid.*, p.141). Elles sont donc nécessairement incluses dans l'image composite du corps et constituent le dernier composant.

Ainsi, Pour E.W. Pireyre, ces neuf sous-composants sont constitutifs de l'élaboration et de la construction de l'image du corps. L'image du corps est donc l'image en perpétuel remaniement que chacun se fait de soi-même, la représentation psychique de notre corps qui se construit dans la relation et l'interaction entre le sujet, son corps et son environnement. L'image du corps renvoie à l'histoire est à la subjectivité de chacun. C'est un phénomène inconscient, pouvant devenir pré-conscient, et lié au désir et à la libido. Nous allons alors voir par la suite les troubles de l'image du corps qui peuvent être retrouvés chez l'enfant ayant été adopté.

c. Les troubles de l'image du corps chez l'enfant adopté

L'image du corps est donc un phénomène dynamique qui se construit dans la relation et l'interaction entre le sujet, son corps et son environnement. Nous avons pu voir précédemment que l'enfant ayant été adopté a pu subir diverses perturbations concernant ces interactions. Ainsi, nous pouvons supposer la présence de troubles de l'image du corps chez l'enfant ayant été adopté.

Dans l'histoire de l'enfant, nous pouvons constater des perturbations de différents sous-composants de l'image composite du corps : la sensation de continuité d'existence, l'identité, le tonus ainsi que les angoisses corporelles archaïques. Dès ses premiers mois de vie, l'enfant abandonné subit un manque de sécurité interne, en raison de l'instabilité physique et psychique de son environnement, des discontinuités relationnelles, des troubles d'attachement, de la pauvreté des échanges, ... Cela perturbe la mise en place du sentiment de continuité d'existence, entravant alors le Moi. Le manque d'expériences sensori-motrices, de « *holding* » et « *handling* » et d'interactions tonico-émotionnelles fragilise les bases identitaires du sujet, la connaissance de sa propre identité, de sa subjectivité. Des possibles troubles toniques peuvent également se mettre en place et s'inscrire dans le corps de l'enfant, « [...] *traces inscrites dans le corps, des premières expériences relationnelles.* » (Pireyre, E.W., 2015, p.112). En fonction de ces premières expériences, l'enfant risque de s'enfermer dans une attitude hypertonique, posture d'hypervigilance face au milieu imprévisible, ou dans une attitude hypotonique, liée à une posture de soumission, d'abandon ou de retrait de la relation. Enfin, des angoisses corporelles archaïques peuvent ressurgir chez l'enfant ayant été adopté et ayant manqué de « *holding* » et de « *handling* », sans pour autant être pathologiques.

Léo est très en recherche de stabilité et d'immuabilité. Cela pourrait être le signe d'un défaut du sentiment de continuité d'existence, en lien avec l'instabilité de son environnement dans ses premiers temps de vie. Léo pourrait en avoir manqué et serait ainsi à la recherche de ce sentiment de sécurité. Alors, Léo serait dans une volonté de contrôle constant de son environnement. Il ne supporte pas que le contenu de la séance change, que ce qu'il construit puisse être utilisé par d'autres enfants, ... Cela pourrait également être une manière d'éviter que le lien ne se rompe.

En lien avec ce besoin de contrôler son environnement, Léo présente une attitude sur un versant essentiellement hypertonique. Cela pourrait être assimilé à une attitude d'hypervigilance liée à ses premières expériences avec son environnement, possiblement instables et imprévisibles.

Enfin, Léo présente un réflexe d'agrippement palmaire encore très présent. J'ai fait l'hypothèse que cela pourrait être en lien avec une pathologie du lien et la crainte de la perte du lien. Mais cela pourrait également être lié à de possibles angoisses corporelles archaïques. Ce réflexe pourrait donc être une stratégie mise en place par Léo afin de se sentir unifié lors de situations qui tendent à le désorganiser. Par ce recrutement tonique, Léo serait donc en recherche d'appuis afin de lutter contre des émotions désorganisantes.

Une défaillance du sous-composant de la peau psychique et physique peut également être très présente. Cela est en lien avec la défaillance du « *Moi-peau* » dans plusieurs de ses fonctions. En effet, nous pourrions supposer un défaut dans les fonctions de maintenance et de contenance, en lien avec une pauvreté des expériences de « *holding* » et de « *handling* ». L'enfant ne peut donc pas intégrer ce sentiment d'unité, de solidité du corps et de l'appui sécurisant de l'axe corporel. Le *Moi-peau* ne permet plus de maintenir et contenir le psychisme. Ainsi, l'enfant peut vivre des angoisses de désassemblage psychocorporel et peut être à la recherche d'une enveloppe substitutive. Une défaillance de la fonction de pare-excitation est également possible. La peau de l'enfant, n'ayant pas trouvé un étayage suffisant, ne peut plus se protéger face aux menaces diverses de l'environnement. L'enfant peut

alors être à la recherche d'une carapace tonique ou d'une seconde peau musculaire afin de se protéger.

Martial a neuf ans. Il a été adopté à l'âge de deux ans et demi. Il s'est élaboré, au fil des années, une enveloppe-prothèse permettant de pallier la défaillance de la fonction de pare-excitation de son Moi-peau.

Dans un de ses dessins, Martial représente d'ailleurs cette enveloppe substitutive et protectrice. Il dessine alors un personnage ayant vécu de dures épreuves au cours de sa vie. Au fil de ces événements, ce personnage s'est constitué des enveloppes protectrices de plus en plus dures. Ainsi, il peut être suffisamment armé face aux agressions extérieures (Berger, M., 1997, p.73-75). Dans ce dessin, Martial représente, d'une certaine manière, l'enveloppe substitutive qu'il s'est créé afin de se protéger de ces menaces extérieures.

Un défaut de la fonction d'individuation peut perturber la distinction du soi et du non soi. L'enfant n'aura pas le sentiment d'être soi, être unique et individualisé ayant son propre espace psychocorporel délimité par une frontière. Nous pourrions donc faire l'hypothèse que l'enfant va manquer de limites et d'une enveloppe psychique. Cette enveloppe est la métaphore d'une « [...] *membrane qui, dans une première fonction, différencie les domaines du dedans et du dehors tout en permettant des échanges entre ces espaces.* » (Decoopman, F., 2010, p.145). Elle permet la distinction entre l'intérieur et l'extérieur du corps et limite, contient et protège l'organisme. Ce défaut de limites peut être très violent pour le sujet. Il peut se sentir « [...] *menacé de perdre son identité, de se sentir inexistant, anéanti.* » (*Ibid.*, p.146). Selon F. Decoopman, cela s'exprime cliniquement par une grande instabilité psychomotrice, une impossibilité à contenir ses émotions, des passages à l'acte (tels que la fuite ou la colère) ou des somatisations (tels que l'énurésie ou des problèmes cutanés). Ces individus portent une importance particulière à la stabilité et à la régularité dans leur vie quotidienne, qui semblent être des éléments essentiels à leur

sécurité. « Ces personnes présentent une sensibilité particulière à tous les changements de cadre, lieux ou horaires, absences aux périodes de congés ... » (ibid., p.148).

Au cours de mes observations, j'ai pu constater un manque de limites et d'enveloppe psychique chez **Léo**. En effet, Léo teste à de nombreuses reprises la solidité et la limite des objets, mais aussi de son corps. Il teste également le cadre et les limites psychiques.

Léo présente également une grande agitation et une difficulté à gérer ses émotions. Nous pouvons donc faire l'hypothèse que cela peut être lié à son manque de limites, ne permettant pas de maintenir et de contenir son psychisme. Pour Léo, cette désorganisation pourrait être expliquée par la crainte de perdre son identité.

De plus, Léo est très en recherche d'immuabilité et de régularité. Il se montre particulièrement affecté lorsqu'une séance est annulée ou lorsque des éléments de la séance sont modifiés.

Enfin, une défaillance de la fonction d'intersensorialité peut également être présente. Cette incapacité de la part du Moi-peau de relier les différentes sensations entrainerait un défaut dans le ressenti du corps comme unifié. Cela pourrait donc conduire à des angoisses de morcèlement du corps. Ce dernier, n'étant plus unifié par la sensation, se voit alors démantelé.

Lors des moments d'anxiété, **Léo** peut présenter des comportements de morsures de ses habits ou directement de sa peau. Nous pourrions faire l'hypothèse que ces morsures pourraient être en lien avec des angoisses corporelles archaïques et avec un besoin de réassurance. Par ce geste, Léo serait peut-être à la recherche d'une stimulation afin de pouvoir sentir son corps unifié et de lutter contre une éventuelle angoisse de démantèlement du corps.

Mais cela n'est qu'une hypothèse. Ces morsures pourraient également être une manière, pour Léo, d'extérioriser son anxiété.

Mais l'image du corps de l'enfant peut également être troublée par d'autres éléments liés à son passé. L'abandon peut entraîner chez l'enfant une blessure narcissique. Le narcissisme étant l' « [...] *amour que l'on porte à soi-même, sentiment d'avoir une certaine valeur à ses propres yeux et aux yeux des autres.* » (Berger, M, 1997, p.99). L'enfant pourrait alors ressentir de la culpabilité et pourrait s'accuser d'être la cause de son abandon, n'ayant pas été assez bon, assez important et valable pour que l'on puisse prendre la peine de s'occuper de lui. L'impression de ne pas avoir été désiré impacte également l'assise narcissique du sujet. « [...] *l'abandon a trop souvent fragilisé leur confiance en eux.* » (Chicoine, J-F., Germain, P., Lemieux, J., 2003, p.419). On peut alors supposer une baisse importante de l'estime de soi de l'enfant. « *L'estime de soi prend naissance dans une relation d'attachement.* » (Duclos, G., comme cité dans Chicoine, J-F., Germain, P., Lemieux, J., 2003, p.428). Les premiers temps de vie de l'enfant, comprenant de possibles discontinuités relationnelles et troubles de l'attachement, vont ainsi entraîner une baisse de cette estime de soi. L'adoption se révélera alors réparatrice car l'enfant se sentira désiré de la part de ses parents adoptifs et une relation d'attachement sera mise en place, permettant, d'une certaine façon, une cicatrisation de ces blessures narcissiques. Selon M. Berger, le sentiment de rejet ressenti par l'enfant abandonné est une thématique très souvent rencontrée dans ses dessins, sous la forme du prédateur. « *Cet animal condense l'image que l'enfant a de lui, trop rapace d'où son rejet et son abandon.* » (1997, p.71).

En dehors de ces scénarios, **Léo** reprend également très souvent la thématique du monstre dans ses dessins et dans ses autres productions créatives (jeux de construction, de pâte à modeler, ...). Dans ses réalisations, le monstre représente toujours un être mauvais, qui fait du mal et qui se trouve sans cesse rejeté des autres. Le monstre a très souvent été abandonné par ses amis ou par ses parents. Parfois, il est même orphelin. Léo refuse que les autres personnages fictifs

deviennent l'ami du monstre car ce dernier est, selon lui, trop méchant et mauvais pour être aimé.

Ainsi, Léo semble projeter et rejouer des éléments de sa propre histoire au sein même de ses scénarios, de ses dessins et autres jeux. Il utilise quasi systématiquement la fameuse représentation du monstre. Ce dernier représente-t-il l'image que Léo a de lui-même ?

Ainsi, les enfants ayant été adoptés peuvent présenter des troubles identitaires et des troubles de l'image du corps, en lien avec leurs premiers temps de vie et les possibles défaillances rencontrées. L'enfant peut avoir des difficultés dans la connaissance de sa propre identité, dans sa reconnaissance comme sujet et dans la distinction soi/non-soi. Son image du corps peut être troublée et dévalorisée. Comme nous avons pu le voir, cela entraîne de nombreuses difficultés dans sa vie de tous les jours : angoisses corporelles archaïques, agitation psychomotrice, manque d'appuis et de réassurance, difficultés de gestion des émotions, besoin d'immuabilité et de contrôle sur son environnement. Cela pourrait à terme entraîner un désinvestissement psychocorporel, un possible isolement social et même des difficultés de socialisation, en lien également avec les troubles de l'attachement.

Léo montre un fort désinvestissement de la sphère corporelle et semble se réfugier d'une certaine manière dans la sphère intellectuelle, dans ce qu'il sait, ce qui est sûr et qui ne change pas. Ainsi, au fil des séances, Léo nous montre un intérêt particulier pour les chiffres et les calculs.

Il semble également présenter des difficultés de socialisation. Il s'isole beaucoup à l'école dès lors qu'il a l'impression d'être rejeté par ses camarades, comme si Léo préférerait rompre le lien avant que ce soit l'autre qui le fasse. Les conflits avec ses pairs le mettent très vite dans des situations d'anxiété massive. Il ne sait pas toujours comment réagir et préfère alors adopter une posture de passivité afin de mieux se faire accepter.

Nous allons voir par la suite l'intérêt d'une prise en charge psychomotrice au sein de la problématique de l'enfant adopté, concernant les troubles de l'image du corps et les troubles identitaires. Cette analyse n'est pas exhaustive, mais tend à introduire certaines pistes de travail. Pour cela, nous nous appuierons sur les séances de psychomotricité de Léo et sur ce qui a pu être mis en place.

IV. DES AXES DE PRISE EN CHARGE PSYCHOMOTRICE POUR LES TROUBLES DE L'ATTACHEMENT

La prise en charge en psychomotricité tend, par une approche psychocorporelle, à établir ou à rétablir l'équilibre psychomoteur. Un travail spécifique des troubles de l'image du corps et des troubles identitaires fait partie du champ d'action de la psychomotricité, délimité et réglementé par le code de la santé publique⁵. Nous allons voir par la suite quelques éléments qui peuvent être mis en jeu et être travaillés en psychomotricité.

1. La (salle de) psychomotricité : espace de jeu, d'expérimentation, d'expression, ...

La psychomotricité, et la salle de psychomotricité, vont permettre à l'enfant de jouer, d'expérimenter, de s'exprimer, de construire son identité et bien d'autres choses encore.

Le travail psychomoteur utilise le corps comme principal outil médiateur de relation et d'expression. Cela permet un retour aux premiers échanges mère-bébé, au « *holding* » et au « *handling* », et à la capacité de la mère à être « *suffisamment bonne* », présente, soutenante et sécurisante au sein du dialogue tonico-émotionnel. (De Fresse de Monval, A., 2015). Le psychomotricien permet alors à l'enfant d'expérimenter cela et de vivre d'une certaine manière ce dont il a pu manquer. Une juste distance thérapeutique est alors essentielle à mettre en place au sein de la

⁵ Article R4332-1

relation, apportant la contenance nécessaire sans réactiver les problématiques autour de l'attachement et de l'abandon.

Le psychomotricien favorise la reconnaissance, par le sujet, de sa subjectivité et de son identité. Cela passe, entre autres, par le respect et l'écoute du rythme du patient, de sa reconnaissance comme sujet et de la prise en compte de ses désirs, de ses envies et de ses refus. Mais aussi par des propositions de conscience corporelle, permettant la prise de conscience de son corps et de ses sensations. « *Nous retiendrons l'importance de l'expérience (sensation) comme point de départ de la prise de conscience (perception) et de l'intégration cognitive qu'elle permet (représentation).* » (D'Ignazio, A., Martin, J., 2018, p.33). Ce travail permet « *le passage de l'éprouvé vers le représenté.* » (Ibid.), et, à terme, cela peut participer au réinvestissement psychocorporel de l'enfant.

Ce réinvestissement est également permis grâce à l'attention portée à la « *renarcissisation corporelle* » (De Fresse de Monval, A., 2015, p.103). Ainsi, le psychomotricien veille à revaloriser l'image du corps du patient et son estime de soi. « *Prendre soin de son corps devient nécessaire pour lui prouver que ce corps blessé, ignoré, désinvesti peut être doué de potentialités et d'intérêt et qu'il mérite d'être regardé et considéré.* » (Ibid.). L'objectif, pour le patient, est de prendre conscience et confiance en ses propres capacités afin de pouvoir atteindre un bien-être psychocorporel.

Enfin, le jeu est une médiation très intéressante en psychomotricité. Par l'intermédiaire du jeu, l'enfant peut expérimenter, mais aussi rejouer des éléments psychoaffectifs qui le perturbent, le déstabilisent. Ainsi, l'enfant peut éventuellement les élaborer psychiquement et les intégrer. Cela permet aussi la libération du

psychisme de ces éléments psychoaffectifs déstabilisants : « [...] *le passage par le corps peut libérer la pensée.* » (Ibid., p.104). Cela passe par le « *play* », jeu qui se déploie librement, et non le « *game* », dont des règles ordonnent le cours du jeu. Mais aussi par le dessin, la pâte à modeler, et autres médiateurs.

Les scénarios de **Léo** sont, selon moi, davantage du registre du « *game* » que du « *play* ». En effet, ses scénarios sont préétablis. Léo contrôle tous les tenants et aboutissants de l'histoire et n'accepte aucune sortie du cadre. Alors, je fais l'hypothèse que, par ce « *game* », Léo rejoue de nombreuses fois des éléments psychoaffectifs forts déstabilisants pour lui, mais sans pouvoir élaborer dessus. Ce passage par le corps ne lui permet pas de libérer sa pensée.

Mais quelques lignes ne suffiraient pas à présenter de manière exhaustive l'ensemble des possibilités et des richesses du travail psychocorporel. Nous approfondirons donc par la suite l'importance du cadre thérapeutique.

2. L'importance du cadre thérapeutique

L'instauration d'un cadre thérapeutique permet la mise en place d'un espace de travail adapté, avec une juste distance relationnelle au sein de la relation thérapeutique. L'ajustement de cette distance est fondamental aux côtés de patients présentant des troubles de l'attachement et/ou des troubles identitaires. Ce cadre représente, d'une certaine manière, le tiers de la relation, permettant à la fois la séparation et la différenciation. C. Potel (2015) rapproche le rôle du cadre du rôle du tiers paternel. Ainsi, le cadre revête d'une importance particulière pour la construction identitaire de l'enfant ayant été adopté. « *Le cadre fait partie des soins.* » (Berger, M., 1997, p.125).

Le cadre thérapeutique passe à la fois par la mise en place de règles, de limites et de modalités de prise en charge (durée de la séance, lieu, régularité, individuel ou groupal, ...). Mais aussi par la disponibilité psychocorporelle du psychomotricien « [...] *qui va faire appel, à l'intérieur de lui, à sa propre capacité à être, en même temps, un réceptacle et un séparateur.* » (Potel, C., 2015, p.331). L'attitude du psychomotricien doit aussi être basée sur le respect, la bienveillance et l'empathie.

Le cadre thérapeutique se doit d'être contenant et sécurisant, et de proposer des limites à la fois souples, solides et contenant. Il doit également être malléable et apporter structure et cohérence aux expérimentations du patient. Ainsi, la salle de psychomotricité est un espace contenant les expériences sensori-motrices de l'enfant où ce dernier se vit dans son corps (*ibid.*).

Au sein de la relation thérapeutique et de la mise en place du jeu, le cadre permet au patient de faire frontière, de faire une distinction entre le réel et l'imaginaire du jeu. Cela permet également la mise en place de limites qui, nous le rappelons, peuvent être déficitaires chez l'enfant ayant été adopté. Ainsi, par la mise en place d'un cadre thérapeutique adapté et malléable, l'enfant peut intégrer des limites, permettant une certaine structuration du Moi et soutenant sa construction identitaire.

L'enfant a besoin d'une structure, d'une limite et d'un cadre solide pour restaurer l'image de Soi et son lien à l'Autre, mais recherche également une malléabilité qui lui permettra d'explorer au gré de ses envies. (De Fresse de Monval, A., 2015, p.100).

Au fil de mes observations, j'ai pu constater que **Léo** testait beaucoup les limites des objets, de son corps mais aussi les limites du cadre. J'ai rapproché cette situation au fait que Léo teste aussi beaucoup le lien à l'autre et la solidité de ce lien. En testant

le cadre, il semble vérifier s'il est suffisamment solide afin qu'il puisse se sentir contenu, soutenu et sécurisé.

La mise en place d'un cadre thérapeutique adapté permet aussi de contenir l'agitation et tous les possibles débordements de Léo. Cela lui permet de se calmer, de s'apaiser et de se sentir protégé.

J'ai pu observer, au cours de quelques séances, que lorsque le cadre était moins solide et plus souple, Léo se désorganisait plus vite. Dans cette situation, il pourrait ne plus se sentir suffisamment contenu et sécurisé. Il pourrait alors se sentir comme lâché, abandonné. Le cadre thérapeutique est donc essentiel et nous pouvons le constater, entre autres, avec l'exemple de Léo.

3. L'intérêt du travail des cabanes

Le dispositif de la cabane peut participer à l'instauration d'un cadre et de limites. La cabane est une proposition ludique, particulièrement adaptable et utilisable dans le jeu de l'enfant, qui apporte à la fois contenance, limite et solidité.

« *La cabane, support ludique, peut être utilisée comme une enveloppe d'emprunt : enveloppe qui contient et unifie, mais aussi qui sépare et différencie, participant potentiellement au soutien du processus d'individuation et décor de projection de l'enfant.* » (Bonningue, N., 2018, p.50). Ce travail est particulièrement intéressant auprès des enfants ayant des troubles identitaires et une défaillance du Moi-peau. La cabane permet d'apporter la contenance dont l'enfant a besoin, tout en proposant la mise en place de limites visibles, différenciant le dedans du dehors. L'enfant peut ainsi structurer son Moi. Le dispositif de la cabane participe donc au processus de subjectivation et au soutien de la construction identitaire. C. Potel dit « *Mon corps, c'est ma maison* » (2015, p.72). Ainsi, en mettant en place une contenance rassurante et des frontières, amenant à la distinction soi/non-soi, l'enfant peut investir son corps comme sien, comme sa maison. La cabane peut alors être

perçue comme une maison-corps. Puis, au fil de l'acquisition de cet espace propre et personnel, l'enfant va progressivement investir l'espace partagé.

La cabane est une proposition assez malléable, en fonction des envies et des besoins de chacun. C'est une proposition qui permet de s'adapter à chaque enfant, en fonction de son âge, de son niveau de développement, de ses envies et de ses besoins. Ainsi, si l'enfant présente un besoin d'appui solide, de sentiment de sécurité, on pourra à souhait consolider et renforcer l'édifice de la cabane. S'il ressent un fort besoin de contenance, on modulera la taille de l'espace de la cabane. Enfin, nous pourrons également gérer les ouvertures en fonction des flux sensoriels attendus. La structure va donc être pensée, ainsi que sa localisation. Nous préférons peut être la construire dans un coin de la pièce afin de s'appuyer sur la solidité des murs et de pouvoir proposer un recoin protecteur et contenant. Malgré cette malléabilité, la proposition de la cabane permet une certaine immuabilité, un repère spatial et/ou temporel fixe au sein de la séance.

La cabane peut être à la fois une proposition en tant que telle, être intégrée à un jeu et être un espace de refuge et de protection. En effet, la construction de la cabane peut être une séance en soi. Le travail thérapeutique passera par la planification, l'élaboration, la construction et l'ajustement de la cabane. Elle peut également être intégrée à un jeu, et peut faire office de limites aux débordements, instaurant un cadre dans le jeu. Enfin, la cabane peut aussi être un lieu de refuge, disponible tout au long de la séance. Elle revête alors une fonction pare-excitatrice afin de contenir de possibles débordements, et de se protéger des excitations menaçantes venant de l'extérieur. Ainsi, la cabane aide également à la gestion des émotions.

La construction de cabanes est donc un exemple de support thérapeutique qui pourrait être proposé et qui, comme nous l'avons vu, est particulièrement intéressant et pertinent auprès des enfants ayant des troubles identitaires et des troubles de l'image du corps.

Lors des premières séances, **Léo** semblait montrer un besoin de contenance. Il se réfugiait et se lovait dans des petits espaces (tunnel, fauteuil œuf, ...). C'est Lise, sa psychomotricienne, qui a mis en place la proposition des cabanes. Léo s'en est saisi très rapidement et semblait l'apprécier. La cabane était alors, et durant quelques séances, un repère que Léo retrouvait chaque semaine. Elle pouvait également servir lors des moments de grandes agitations, et l'aidait alors à s'apaiser.

La construction de cabane a également permis à Léo de passer du « *game* » au « *play* ». En apportant l'élément tiers de la cabane, il a accepté que nous rentrions dans son jeu. Nous avons alors la possibilité d'être actrices et d'interférer dans le jeu, et non plus être simplement des spectatrices subissant les jets de balles.

J'ai pu constater que, lorsque Léo se réfugiait dans sa cabane, il souhaitait toujours ramener de nombreux objets à l'intérieur : peluches, balles, coussins, ... Cela m'a rappelé ses cris qui venaient combler le silence. Et lorsqu'il remplissait sa cabane, il jetait par-dessus bord tous les objets qu'il n'aimait pas, et qu'il ne souhaitait pas au sein de sa maison. J'ai alors fait l'hypothèse que Léo pouvait ressentir le vide comme l'angoisse de l'absence. Et cette volonté de remplir la cabane de « bonnes choses » m'a fait penser au clivage du bébé, participant d'ailleurs à l'introduction des limites dedans/dehors.

4. Perspectives de prise en charge avec Léo

La prise en charge en psychomotricité de Léo a été temporairement interrompue, à la fin mars, en raison de la situation sanitaire liée au Covid-19. La séparation, bien qu'assez rapide et non prévue, a bien été acceptée de sa part. En effet, je craignais que cela vienne réactiver sa problématique autour de la pathologie du lien. Mais la situation lui a été expliquée par ses parents, ainsi que par sa

psychomotricienne. Un lien est également maintenu par une prise de nouvelles par message.

Pour la suite des séances et la reprise du suivi, il pourrait être intéressant de mettre en place divers éléments. C'est ce que nous allons voir par la suite. Avant cela, nous continuerons et reprendrons, avec Léo, ce qui avait déjà été mis en place. Ainsi, la proposition de la cabane sera reprise, permettant une certaine continuité avec les séances précédentes.

Lors de la reprise du suivi, il faudrait porter une attention particulière à la verbalisation et à l'accompagnement autour de la situation vécue, et ayant entraîné l'arrêt des séances. Bien que Léo semble ne pas en être particulièrement affecté, il restera important et nécessaire de verbaliser à nouveau au sujet de cette séparation imprévue. Nous veillerons alors, Lise et moi, à montrer à Léo que, malgré l'arrêt des séances, le lien n'a pas pour autant été rompu. La conservation du lien par téléphone permet, dans un premier temps, de potentiellement le rassurer à ce sujet.

Au cours des prochaines séances, il serait intéressant de mettre en place un rituel de fin de séance. Ce rituel serait pensé et construit avec Léo afin qu'il puisse se sentir acteur dans la séparation, et non pas dans une situation de passivité, appréhendant la fin de séance comme une rupture du lien. Ce rituel permettrait également de faciliter la transition d'une séance à l'autre. En effet, nous pouvons rappeler que les fins de séances sont particulièrement compliquées pour Léo. « *Les gestes, la destruction agie dans l'espace viennent dire toute la destructivité ravageuse, l'angoisse, la terreur, ressenties par le patient, dans cette situation de séparation, insupportable frustration qui vient couper le lien et attaquer le sentiment d'existence.* » (Potel, C, 2015, p.326). Ainsi, nous pourrions mettre en place l'inscription d'une trace

entre chaque séance, permettant une certaine continuité et un sentiment de continuité d'existence pour Léo. Cette trace pourrait passer par l'élaboration d'un dessin qu'il compléterait la semaine suivante, par la fabrication d'un bonhomme en pâte à modeler qui ferait partie du scénario de la séance prochaine, par un plan de cabane à construire... Cette trace représenterait comme un pacte de se retrouver la semaine d'après, au même endroit, au même moment et avec les mêmes personnes.

Enfin, il serait intéressant d'envisager une prise en charge groupale pour Léo. Cela lui permettrait d'investir un groupe, de favoriser un travail de socialisation et d'évoluer en tant que Soi au sein de ce groupe. « *Être soi en relation avec les autres.* » (*Ibid.*, p.381). Au sein du groupe thérapeutique, la médiation du jeu fait transition entre soi et les autres. « *Chaque membre du groupe est convoqué à exister à part entière, à trouver sa place (au propre comme au figuré), et à exprimer sa créativité singulière.* » (*Ibid.*). De plus, la dynamique groupale pourrait permettre à Léo de favoriser le « *play* », en se laissant guider par la libre créativité du groupe, et de renoncer progressivement à l'hypercontrôle de son environnement. Cette prise en charge groupale serait à mettre en place en complément de la prise en charge individuelle, qui semble encore nécessaire et bénéfique pour Léo, et avec l'accord de ce dernier afin de le rendre acteur de sa prise en charge.

CONCLUSION

Au travers de cette réflexion clinico-théorique, j'ai pu me questionner sur l'impact des troubles de l'attachement sur la construction identitaire et de l'image du corps de l'enfant ayant été adopté. Nous avons pu voir que le début de vie de l'enfant a pu être difficile. L'abandon, l'institutionnalisation et l'adoption sont trois temps forts s'accompagnant chacun de difficultés et de conséquences pour l'enfant. Ainsi, ce dernier risque de développer des troubles de l'attachement : soit par un mode d'attachement insécure, adaptation provisoire non pathologique mais possiblement vulnérabilisant, soit par un trouble clinique de l'attachement.

Ces troubles de l'attachement vont perturber le processus de construction identitaire de l'enfant, qui se développe grâce à l'interaction entre le sujet et son environnement. L'enfant présente alors des difficultés à se percevoir comme Soi, sujet distinct et différencié des autres. Mais il peut également avoir des difficultés à s'identifier dans un groupe social, entraînant des difficultés de socialisation.

L'image du corps de l'enfant en est également troublée. En effet, l'identité est un sous-composant de l'image composite du corps. Ainsi, si l'identité est troublée, nous pouvons faire l'hypothèse que cela va également perturber l'image du corps du sujet. L'enfant peut avoir une représentation de soi altérée, dévalorisée qui pourrait à terme entraîner un désinvestissement psychocorporel et social.

La psychomotricité peut alors permettre à l'enfant de (re)jouer certains éléments psycho-affectifs déstabilisants et difficilement représentables ; d'expérimenter d'un point de vue sensori-moteur et de faire un retour aux premières interactions mère-bébé, par l'utilisation du corps comme outil d'expression et de relation ; de reprendre

confiance en ses propres capacités et de tendre à une renarcissisation psychocorporelle ; de trouver des limites, un cadre et une contenance soutenant sa construction identitaire. Ainsi, nous avons pu voir l'importance du cadre thérapeutique, permettant l'instauration d'un cadre de travail adapté, avec une juste distance relationnelle au sein de la relation thérapeutique. La proposition des cabanes est un exemple de support thérapeutique qui peut être utilisé auprès des enfants présentant des troubles identitaires et de l'image du corps.

Nous pouvons rajouter que ce n'est pas l'adoption qui est la source des difficultés de l'enfant. L'adoption se révèle être une merveilleuse solution pour l'enfant ayant perdu ses parents. Elle peut lui permettre de réparer certaines de ses blessures, d'investir une relation d'attachement et de se sentir désiré et aimé par ses parents. Nous pourrions dire que l'adoption donne des racines à l'enfant ayant pu être « déraciné », au sein d'une relation d'attachement et d'amour.

Au cours de mes recherches et de mes lectures, j'ai constaté à de nombreuses reprises que la thématique des troubles identitaires et de l'image du corps était traitée, en grande majorité, chez l'adolescent et très peu chez l'enfant. Les questions autour de l'identité, et particulièrement de la quête identitaire, semblaient avoir une place majeure au sein du processus de l'adolescence. Ainsi, nous pourrions continuer notre réflexion en nous intéressant davantage à la période adolescente : Dans quelle mesure la période de l'adolescence a un impact sur la construction identitaire et de l'image du corps du sujet ?

BIBLIOGRAPHIE

AJURIAGUERRA, J. de. (1977). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris : Masson.

ANZIEU, D. (1995). *Le Moi-peau*. Paris : Dunod.

BERGER, M. (1997). *L'enfant et la souffrance de la séparation. Divorce, adoption et placement*. Paris : Dunod.

BODY-LAWSON, F. (2011). Les racines sont d'ailleurs mais les fruits sont d'ici ou la question du transculturel dans l'adoption internationale. Dans A. Vinay (dir.), *Psychologie de l'attachement et de la filiation dans l'adoption* (p. 127-151). Paris : Dunod.

BOWLBY, J. (1978). *Attachement et perte, vol. 1 : L'attachement ; vol. 2 : Séparation, angoisse et colère ; vol. 3 : La perte, tristesse et séparation* (traduit par J. Kalmanovitch). Paris : PUF.

CHICOINE, J-F., GERMAIN, P., LEMIEUX, J. (2003). *L'enfant adopté dans le monde (en quinze chapitres et demi)*. Montréal : Editions de l'Hôpital Sainte-Justine.

D'IGNAZIO, A., MARTIN, J. (2018). *100 idées pour développer la psychomotricité des enfants*. Paris : Tom Pousse.

EDMOND, M. (2016). La construction identitaire de l'individu. Dans C. Halpern (dir.), *Identité(s). L'individu, le groupe, la société*. (p.28-36). Auxerre : Sciences Humaines Editions.

FICHCOTT, D. (2011). La scolarité des enfants adoptés. Dans A. Vinay (dir.), *Psychologie de l'attachement et de la filiation dans l'adoption* (p. 63-72). Paris : Dunod.

GAUBERTI, M. (1993). *Mère-enfant : à corps et à vie. Analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

GUEDENEY, A., GUEDENEY, N., (2006). *L'attachement*. Paris : Masson.

GUEDENEY, N. (2013). *L'attachement, un lien vital*. Paris : Fabert.

HAESEVOETS, Y. (2008). *Traumatismes de l'enfance et de l'adolescence : Un autre regard sur la souffrance psychique*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.

LACAN, J. (1966). *Écrits*. Paris : Le Seuil.

LEFEVRE, A. (2012). *100% Winnicott*. Paris : Eyrolles.

MAURY, F. (2011). Le rapport au pays d'origine. Dans A. Vinay (dir.), *Psychologie de l'attachement et de la filiation dans l'adoption* (p.153-174). Paris : Dunod.

MAZET, P., STOLERU, S. (2003). *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant. Développement et interactions précoces*. Paris : Masson.

MUCCHIELLI, A. (2013). *L'identité*. Paris : PUF.

MORO M.R. (2007). *Aimer ses enfants ici et ailleurs*. Paris : Odile Jacob.

OZOUX-TEFFAINE, O. (2011). De la demande d'adoption à la réalité psychique de l'enfant. Dans A. Vinay (dir.), *Psychologie de l'attachement et de la filiation dans l'adoption* (p. 95-108). Paris : Dunod.

PIERREHUMBERT, B. (2011). Attachement et parentalité. Dans A. Vinay (dir.), *Psychologie de l'attachement et de la filiation dans l'adoption* (p. 75-84). Paris : Dunod.

PIERREHUMBERT, B. (2011). *Le premier lien. Théorie de l'attachement*. Paris : Odile Jacob.

PIREYRE, E.W. (2015). *Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept.* Paris : Dunod.

POTEL, C. (2015). *Être psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir.* Toulouse : érès.

SPITZ, R.A. (1947). *De la naissance à la parole.* Paris : PUF.

SZEJER, M., et al. (2003). *Le bébé face à l'abandon le bébé face à l'adoption.* Paris : Albin Michel.

WINNICOTT, D.W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse.* Paris : Payot.

WINNICOTT, D.W. (1971). *Jeu et réalité.* Paris : Editions Gallimard.

WINNICOTT, D.W. (2006). *La mère suffisamment bonne.* Paris : Payot.

SITOGRAPHIE

Association Enfants et Familles d'Adoption. (s.d.). *Débats autour de l'adoption*. Repéré à <https://www.adoptionefa.org/ladoption/debats-autour-de-ladoption/>

Attachement. (s.d.). Dans dictionnaire Larousse en ligne. Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/attachement/6192>

BONNINGUE, N. (2018). « *S'encabaner* » pour mieux s'habiter : une cabane en thérapie psychomotrice sur le chemin de l'individuation. Mémoire de diplôme d'Etat de Psychomotricité. Sorbonne Université, Paris. Retrouvé sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02075178>

CANTARERO, I. (2015). Adoption : faut-il changer le prénom de l'enfant ? Repéré à https://www.lexpress.fr/styles/enfant/adoption-faut-il-changer-le-prenom-de-l-enfant_1657133.html

CHARAUDEAU, P. (2004). L'identité culturelle : le grand malentendu. Actes du colloque du Congrès des SEDIFRALE, Rio. Retrouvé à <http://www.patrick-charaudeau.com/L-identite-culturelle-le-grand.html>

COHEN-SCALI, V., **GUICHARD**, J. (2008). L'identité : perspectives développementales. *L'orientation scolaire et professionnelle*, n°37/3, 321-345. doi : 10.4000/osp.1716.

COTE, M.H. (2008). *Culture et cultures. Une approche anthropologique*. Retrouvé à <https://www.ababord.org/Une-approche-anthropologique>

DECOOPMAN, F. (2010). La fonction contenantante : Les troubles de l'enveloppe psychique et la fonction contenantante du thérapeute. *Gestalt*, n°37 (1), 140-153. doi : 10.3917/gest.037.0140.

DE FRESSE DE MONVAL, A. (2015). « *Lâche-moi, j'ai besoin de toi* » : la thérapie psychomotrice comme vecteur et soutien de construction identitaire chez les enfants carencés. Mémoire de diplôme d'Etat de Psychomotricité. Sorbonne Université, Paris. Retrouvé sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01187660>

DROUIN-HANS, A-M. (2006). Identité. *Le Télémaque*, n°29 (1), 17-26. doi : 10.3917/tele.029.0017.

GRUMELIN-HALIMI, V. et BIED-DAMON V. (s.d.). Qu'est-ce que le déni de grossesse partiel ou total : quels sont les signes ? Repéré à <https://www.guide-de-l-infertilite.fr/fr/actualites/article/qu-est-ce-que-le-deni-de-grossesse-partiel-ou-total-quels-sont-les-signes>

GUEDENEY, N., DUBUCQ-GREEN, C. (2005). Adoption, les apports de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy*, n° 29(4), 84-94. doi : 10.3917/ep.029.0084.

MINNEBOO, E. (2016). *Adoption et troubles psychiatriques émergents à l'adolescence*. Thèse de doctorat. Université Bordeaux 2 Victor Segalen, Bordeaux. Retrouvé sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01302607>

Mission de l'Adoption Internationale. (2019). *Statistiques de l'adoption internationale en France en 2018*. Repéré à <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/adopter-a-l-etranger/la-mission-de-l-adoption-internationale/les-chiffres-de-l-adoption-internationale/>

NGUYEN, A-L. (2018). *L'enfant d'hier est la personne âgée d'aujourd'hui : la psychomotricité, soutien de l'identité de l'individu*. Mémoire de Diplôme d'Etat de

Psychomotricité. Sorbonne Université, Paris. Retrouvé sur :

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02080140>

OFFROY, J. (2001). Prénom et identité sociale : Du projet social et familial au projet parental. *Spirale*, n° 19 (3), 83-99. doi : 10.3917/spi.019.0083.

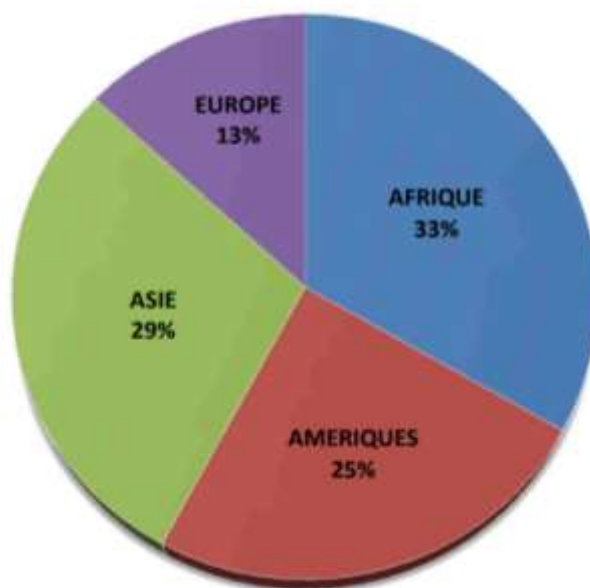
TERENO, S., SOARES, I., MARTINS, E., SAMPAIO, D. et CARLSON, E. (2007). La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, vol. 19(2), 151-188. doi : 10.3917/dev.072.0151.

ANNEXES

Annexe I : Adoptions internationale réalisée en France en 2018 et origine géographique des enfants adoptés selon la Mission Internationale de l'Adoption

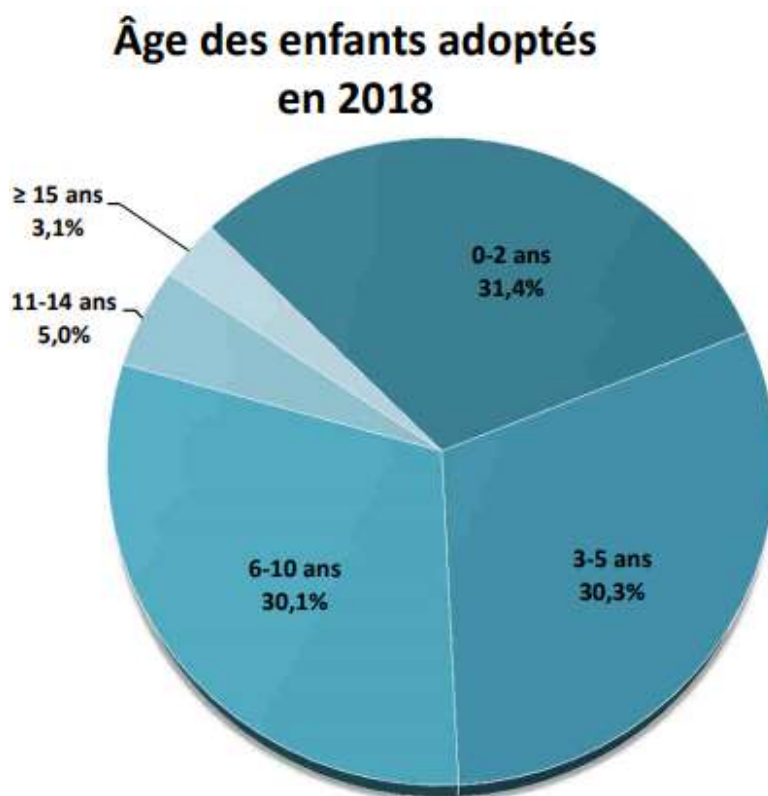
Continents	2018	2017	Evolution relative
Afrique	204	179	27,1%
Amériques	150	192	-12,8%
Asie	178	224	-11,3%
Europe	80	89	0,3%
Océanie	2	1	
Total général	614	685	-10,4%

Origine géographique des enfants adoptés en 2018



<https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/r/d7f12fd2-c552-419c-b06b-90f9529ff777>

Annexe II : Age des enfants adoptés en 2018



<https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/r/d7f12fd2-c552-419c-b06b-90f9529ff777>

RESUME

L'enfant ayant été adopté a pu vivre un début de vie compliqué et tumultueux. Cela peut conduire à des troubles de l'attachement chez l'enfant, entraînant par la suite des troubles identitaires et de l'image du corps. Voici la corrélation que nous allons tenter d'analyser au cours de ce mémoire clinico-théorique. Nous verrons également quelques axes de prises en charge qui peuvent être mises en place auprès des enfants ayant des troubles identitaires et de l'image du corps. Nous nous intéresserons particulièrement à l'importance du cadre thérapeutique et à l'intérêt du travail des cabanes.

Au cours de cette étude, nous suivrons Léo, un petit garçon de cinq ans et adopté à l'âge de quatre mois au Brésil, qui s'identifie régulièrement au « monstre ».

Mots-clefs : psychomotricité, adoption, abandon, attachement, identité, image du corps.

ABSTRACT

Having been adopted, the child might have experience a complicated and tumultuous early life. This can cause the child to develop attachment disorders, leading then to identity and body image disorders. This is the correlation that we will attempt to analyze throughout this theoretical/clinical thesis. We will also study axes of care that can be put in place with children having identity and body image disorders, paying a particular attention to the importance of the therapeutic setting and to the utility of huts' work.

Throughout this study, we will follow Léo, a young five years old boy and adopted at the age of four months in Brazil, that often identifies to a "monster".

Key words : psychomotricity, adoption, abandonment, attachment, identity, body image.