



# Clinique de l'enfant maltraité

**Emmanuelle Bonneville-Baruchel**

DANS **CONTRASTE 2018/2 N° 48** , PAGES 139 À 162  
ÉDITIONS **ÉRÈS**

ISSN 1254-7689

ISBN 9782749261713

DOI 10.3917/cont.048.0139

Date de mise en ligne : 05/11/2018

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-contraste-2018-2-page-139?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour érès.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](http://cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

# Clinique de l'enfant maltraité

Emmanuelle Bonneville-Baruchel

## Résumé

Cet article présente les troubles de l'attachement et de la relation intersubjective que présentent de nombreux enfants qui ont vécu de façon fréquente et répétée des situations de négligence grave ou de maltraitance. Dans ce contexte, ces enfants ont expérimenté des interactions qui se sont inscrites en eux comme des expériences traumatiques. La recherche présentée vise à analyser comment ces expériences précoces, et le système de défense déployé pour la survie psychique pendant une durée excessive, ont généré des troubles graves du développement et du fonctionnement psychique, neurologique et relationnel. Elle s'attache particulièrement aux défaillances et aux troubles des liens intrapsychiques et intersubjectifs. L'article aborde enfin des pistes de réflexion pour l'aménagement de l'accueil de ces enfants dans leur environnement quotidien.

## Mots-clés

Négligence, maltraitance, traumatismes psychiques, attachement.

Cet article est consacré au profil psychopathologique et au fonctionnement psychique particuliers que présentent de nombreux enfants qui ont subi des traumatismes relationnels précoces dans leurs premières années de vie. Il s'agit d'enfants victimes de

---

*Emmanuelle Bonneville-Baruchel, docteur en psychopathologie et psychologie clinique, psychologue clinicienne, maître de conférences, université Lumière Lyon 2 /CRPPC ; manuebfr@yahoo.fr*

maltraitance ou de négligence précoce, ayant développé un trouble sévère de l'attachement.

Si tous les enfants qui ont subi des maltraitements et des négligences sévères dans la satisfaction de leurs besoins fondamentaux ne présentent pas ce profil et ce fonctionnement à l'identique, ils concernent une proportion très importante de cette population et méritent donc d'être explorés.

Cet article a pour objectif d'apporter des éléments de compréhension de l'organisation psychopathologique du fonctionnement de ces enfants, de son origine et de ses manifestations dans le registre des relations. Il vise également à proposer quelques pistes de réflexion pour adapter leur prise en charge institutionnelle à la spécificité de leurs troubles. En effet, la prise en charge de ces enfants est très éprouvante pour les professionnels accueillants, car ils présentent notamment des troubles sévères de l'attachement qui attaquent fortement la capacité des professionnels à les investir, voire à les supporter au quotidien.

Ces enfants « *troublés et troublants* » présentent un fonctionnement psychique particulier, qui se manifeste notamment par des troubles du développement de l'intelligence et des déficits cognitifs (Bonneville, 2007 ; Castellani et coll., 2015 ; Gould et coll., 2012 ; Lupien et coll., 2009 ; Soares-Boucaud et Simon, 2016), des troubles des capacités de pensée élaborative, de la liaison des émotions et de la tension psychique (Schore, 2001 ; Voyazopoulos, 2001 ; Roussillon, 2002 ; Dechaud-Ferbus, 2009), du comportement et des capacités relationnelles, donc de socialisation (Sancho Rossignol et coll., 2005 ; Becker, 2010).

Ils confrontent les professionnels à des vécus émotionnels pénibles, car leur mode de fonctionnement relationnel se caractérise par la tyrannie, l'avidité, l'agitation et l'évitement ou l'attaque de la pensée, souvent par la violence pathologique et la destructivité.

Ces enfants déroutants obligent les professionnels à « lâcher » leurs représentations habituelles, afin de comprendre d'où viennent leurs difficultés et pourquoi elles s'expriment avec tant de virulence dans des environnements adaptés et bienveillants.

Les adultes qui vivent auprès d'eux sont souvent bouleversés par leurs comportements agressifs, rejetants, ou séducteurs, perçus comme des provocations continuelles qui poussent à bout, qui poussent même à mettre en œuvre des attitudes violentes, contraires parfois à toute éthique et à tout fonctionnement habituel (Ciccone, 2003).

Il est important de considérer que leur fonctionnement relève essentiellement de la clinique du traumatisme : la répétition compulsive de modes de relation et d'attachement distordus, dominés par l'alternance brutale de phases de collage et de destruction, en constitue un trait caractéristique, établi très précocement.

Nous allons voir que les enfants concernés par cet article ont vécu des traumatismes relationnels précoces qui se révèlent dans toutes leurs nouvelles relations (Bonneville-Baruchel, 2015). La plupart ont passé leurs premiers temps de vie dans un environnement caractérisé par le chaos et l'imprévisibilité des relations. Ils ont été confrontés à des mères et/ou des pères en grande difficulté psychique, qui n'ont pu s'accorder à leur bébé, et lui ont fait vivre de façon fréquente et répétée des situations de violence ou de négligence grave. Il s'agit des situations où leurs besoins fondamentaux d'attachement sécurisant, de stabilité, de permanence et de respect de rythmes réguliers n'ont pas trouvé de réponse adaptée. Celles-ci ont constitué autant d'expériences vécues comme des traumatismes.

## **La clinique des enfants ayant vécu des maltraitances précoces et ayant développé un trouble sévère de l'attachement**

Considérons à présent les troubles que peuvent présenter les enfants concernés par cet article, de façon à mieux les repérer.

Commençons par quelques rappels à propos de l'attachement.

J. Bowlby propose de considérer l'attachement comme un besoin primaire, un comportement instinctif, biologiquement déterminé, qui dérive de la pulsion d'agrippement (Bowlby, 1969). Depuis

quelques années on reconnaît chez l'humain l'existence d'une pulsion d'attachement (Anzieu, 1990 ; Golse, 2004). En effet, la survie du petit d'homme immature et vulnérable dépend de la possibilité de « s'agripper psychiquement » à l'adulte qui prend soin de lui. La pulsion d'attachement a donc remplacé l'agrippement, et le petit d'homme déploie très vite, très tôt, des comportements visant à conserver la proximité physique avec cet adulte.

L'attachement est défini comme le lien émotif s'établissant entre un enfant et sa figure de référence, favorisant ainsi la proximité physique entre eux afin d'assurer au premier soins et protection. L'attachement au donneur de soins principal, à la figure de référence, sert de base de sécurité à l'enfant pour explorer l'environnement. La disponibilité de l'adulte, la qualité des soins dispensés, le caractère approprié et ajusté des réponses aux signaux de l'enfant, concourent à créer chez le bébé, au fur et à mesure qu'il voit ses besoins comblés, l'émergence progressive d'un sentiment de sécurité et de confiance en sa valeur personnelle (Archer et Burnell, 2008 ; Guedeney et Guedeney, 2002). Plus longue est la période passée sans un lien d'attachement stable et adéquat, plus les possibilités de rattrapage sont limitées (Steinhauer, 1996). En effet, les modèles ou types d'attachement peuvent se figer.

## **Les types d'attachement : un modèle pour les relations à venir**

Dès 1944, l'étude de la carence de soins adéquats dans les premiers temps de vie a servi de base à l'élaboration de la théorie de l'attachement chez J. Bowlby (1944). Selon ce chercheur, l'enfant développe et intériorise dès la petite enfance un modèle d'attachement particulier, en fonction de l'attitude de sa figure de référence à son égard. À partir de ces premières expériences relationnelles, l'enfant construit des représentations de base de lui-même, de l'autre et de la relation, qui resteront références pour toutes les nouvelles relations fortement investies qu'il établira par la suite.

On parle de types d'attachement : l'enfant qui n'a pu bénéficier dans les premières années de sa vie d'une figure apte à favoriser l'apparition de liens d'attachement se détourne peu à peu de la relation pour devenir complètement détaché. L'enfant se montre peu disposé à aimer, se liant de façon superficielle aux adultes qui deviennent alors facilement interchangeables à ses yeux (Steinhauer, 1996). Ou encore, il développe des attitudes de cramponnement tyrannique à sa figure de référence ; il cherche à la contrôler et ne supporte pas de perdre son attention et le contact physique avec elle. Lorsque les enfants vivent des situations de négligence ou de maltraitance, la représentation de base d'eux-mêmes est négative : ils se sentent non désirables et non aimables. La représentation de base de l'adulte de référence est celle d'un objet qui ne se préoccupe pas, qui rejette voire qui persécute (Berger et Bonneville, 2007).

En 1978, M. Ainsworth et ses collaborateurs différencient trois types d'attachement (1978). Chaque type d'attachement est associé à la réponse plus ou moins sensible, plus ou moins appropriée et rapide de la figure de référence aux signaux de détresse du bébé. Ils proposent les types d'attachement sécure, insécure évitant, et insécure ambivalent-résistant.

M. Main et Hesse (1990) ont étudié le principe d'interrelation des modes d'attachement et du type de figures parentales intégrées. Ils ont trouvé que le type « sécure » serait associé à des figures parentales libres et autonomes, tandis que le type « insécure évitant » correspondrait à des figures parentales détachées vis-à-vis de leurs propres expériences d'attachement. Le type « insécure-résistant ou ambivalent » serait corrélé à des figures parentales préoccupées et/ou imprévisibles dans leurs états émotionnels et leurs réactions aux appels de l'enfant. La façon de prendre soin du bébé qui en découle – insensible, contrôlante ou contradictoire – serait bimodale, reflétant les autoreprésentations mentales bimodales et séparées de la figure d'attachement.

M. Main ajoute un quatrième type dans les années 1990 : l'attachement désorganisé-désorienté (Main et Hesse, 1990). Contrairement aux enfants sécures ou insécures évitants et ambivalents-résistants, les

enfants désorganisés-désorientés ne semblent pas avoir développé de stratégies adéquates pour gérer le stress de la séparation. Au moment des retrouvailles après une séparation avec leur figure de référence, ils présentent des réactions individuelles variables. L'enfant peut demeurer pétrifié, immobile, tomber face contre terre, avoir des stéréotypies ressemblant à des tics, ou montrer simultanément des modèles de comportements contradictoires, comme marcher en détournant la tête. Souvent, on peut observer un mouvement vers l'adulte qui est freiné et détourné à la dernière minute. Les comportements de l'enfant trahissent son incapacité à faire face et à résoudre la situation de stress car la figure de référence est à la fois source d'anxiété et de sécurité. Cela mène à un effondrement des comportements d'attachement organisés. L'enfant ne peut ni s'agripper (stratégies sécurisées et résistantes ambivalentes), ni détourner son attention (stratégies évitantes).

Plusieurs recherches (Main, 1986 ; Main et Hesse, 1990 ; Schore, 1994 ; Solomon et George, 1999) ont montré que les enfants qui présentent un type d'attachement désorienté-désorganisé ont été confrontés à des figures de référence très angoissées ou très effrayantes, et qu'ils ont souvent subi de mauvais traitements. Selon ces recherches, la classification désorganisée-désorientée est associée à la maltraitance de l'enfant, ainsi qu'à des traumatismes non résolus dans l'histoire du parent. La prévalence de l'attachement désorienté-désorganisé semble également fortement associée à la présence de facteurs de risque dans la famille comme la maltraitance, la dépression majeure ou le trouble bipolaire, l'alcoolisme et la toxicomanie (Archer et Burnell, 2008 ; Lyons-Ruth, Alpern et Repacholi, 1993 ; Guedeney et Dugravier, 2006).

### **Un fonctionnement issu de la confrontation précoce prolongée à des situations de négligence et de maltraitance, sources de traumatismes psychiques**

Certains enfants ont vécu dans leurs premiers temps de vie des expériences terrifiantes et des séries de rencontres manquées dans les relations avec leur entourage, soit parce que leurs parents étaient imprévisibles et

très angoissants pour eux, soit parce qu'ils se trouvaient seuls, impuissants face à leurs états émotionnels, sans trouver d'aide, de réconfort ni de reconnaissance de leurs états subjectifs de la part d'un adulte empathique et secourable. Autrement dit, ils ont été traumatisés par des répétitions de séquences interactives d'attachement manquées.

Les émotions vécues dans la solitude ont déclenché des états de tension et d'excitation dont l'intensité extrême a débordé les capacités de traitement de leur appareil psychique. Or Freud a indiqué dès 1920 que c'est ce phénomène qui crée le traumatisme (Freud, 1920).

Par ailleurs, plus le sujet est jeune, moins son appareil psychique et son cerveau sont structurés, outillés pour ces fonctions de liaison et de régulation. Ainsi la vulnérabilité d'un enfant aux expériences traumatogènes est proportionnelle à son immaturité. En ce sens, les trois premières années de vie d'un enfant correspondent au stade le plus critique.

Les troubles que présentent ces enfants sont issus de la confrontation répétée à ces expériences traumatiques, mais ils sont aussi l'expression de la construction psychique particulière qu'ils ont dû développer, pour tenter de pallier leurs effets.

## **Au-delà des carences, un développement psychique et neurologique particulier**

Les enfants concernés par cet article n'ont pas bénéficié des relations qui auraient dû leur permettre de se constituer les grandes fonctions psychiques susceptibles de traiter les expériences et de ne pas être débordés par les émotions qu'elles suscitent.

D'autre part, les recherches récentes en neurologie (Salmona, 2015 ; Al Odhayani, Watson et Watson, 2013 ; Meany et Turecki, 2009 ; Heckman, 2007 ; Tremblay et coll., 2004 ; Schore, 2001 ; Van der Kolk, 1996) montrent que les ratés successifs dans les interactions précoces, ainsi que les expériences de stress extrême, répétées, non suivies d'expériences de réconfort, ont une incidence sur la constitution des fonctions cérébrales responsables de la reconnaissance des perceptions corporelles, de la gestion des émotions et du contrôle de

l'impulsivité. Soit les connexions neuronales ne se développent pas dans les zones du cerveau qui correspondent à ces fonctions, soit elles sont autodétruites, selon un processus de défense extrême contre la souffrance issue d'éprouvés de stress trop fréquents. L'imagerie moderne (IRM) permet aujourd'hui de voir un défaut de densité ou de véritables zones noires (Heckman, 2007). En effet, suivant le principe de l'élagage synaptique, ces jeunes deviennent « experts » des liens inadéquats et des réactions adaptatives aux situations extrêmes, mais ils n'ont pas ou très peu d'aptitudes à la régulation émotionnelle et à l'empathie.

Par ailleurs, les traumatismes relationnels précoces par maltraitance ou négligence entraînent un stress chronique dont la conséquence est une augmentation de la sécrétion du cortisol. Bien que les résultats des recherches dans ce domaine soient actuellement sujets à controverse, des études indiquent que l'élévation du taux sanguin de cette hormone a un impact toxique sur le développement du cerveau du nourrisson, touchant en particulier l'amygdale et l'hippocampe. (Gunnar, Herrera et Hostinar, 2009). Des niveaux élevés de cortisol et de catécholamine, qui augmentent encore davantage en réaction au stress provoqué par la maltraitance, ont été associés à la destruction de cellules cérébrales et à des dérangements dans les connexions cérébrales normales, affectant notamment par conséquent le développement et le comportement des enfants (McCain, Mustard et Shanker, 2007 ; National Scientific Council on the Developing Child, Harvard University, Shonkoff et coll., 2005 ; Berger, 2016).

En conséquence, on observe par exemple que ces enfants paraissent ne pas percevoir les sensations de chaleur, de froid, de douleur, de faim, de satiété, de soif, de fatigue, etc. Ils ont également beaucoup de difficulté à contenir leurs impulsions (Gomez et Van der Linden, 2009).

On peut dire que ces enfants, habituellement qualifiés de « tout-puissants », sont en réalité plutôt « tout-impuissants », pour reprendre une expression de René Roussillon, face au surgissement en eux de la violence, du désir ou de la souffrance. Ils ne peuvent pas s'empêcher de frapper, de coller, ils ne savent pas différer, attendre, renoncer, dans le sens où ils n'ont pas les moyens psychologiques et neurologiques

d'y parvenir. Ainsi leurs comportements ne sont pas de l'ordre de la malveillance...

Certes, il « manque » à ces enfants certaines des fonctions psychiques indispensables au bon fonctionnement mental, mais il faut considérer qu'il n'y a pas de « trous », de « vides » à l'endroit de ces fonctions : ces enfants se sont simplement construits différemment. Ils n'ont pas eu d'autre choix que de développer des systèmes substitutifs et défensifs, qui leur permettent de survivre psychiquement et de gérer leurs états émotionnels. Ces systèmes sont efficaces, mais ils sont pathologiques parce qu'ils leur posent d'autres problèmes, notamment pour leur vie sociale, et qu'ils sont sources de souffrance. Cependant, ces enfants ne peuvent pas percevoir d'emblée que leur fonctionnement est inadéquat et nocif : ils n'en connaissent pas d'autres et celui-ci a au moins le mérite de leur fournir une organisation et des repères.

## Troubles graves des capacités de relation

La relation à leur figure d'attachement ne paraît tolérable que dans le maintien de l'illusion d'un contrôle absolu. Ils sont très « accrochés » à leur objet d'attachement qu'ils sollicitent en permanence d'une manière ou d'une autre.

Certains enfants tolèrent très difficilement que l'attention de l'adulte se détourne d'eux pour se porter sur autre chose, fût-ce pour une minute. Ils font preuve d'une avidité massive, utilisent toutes les stratégies pour obtenir une attention exclusive, surtout lorsqu'ils se sentent « en compétition » avec d'autres enfants. Ils développent des attitudes d'évitement et de contrôle, ou des attitudes de collage et d'emprise despotique, à l'origine de comportements tyranniques à l'égard de leurs nouvelles figures d'attachement. Il faudrait que celles-ci soient à leur disposition exclusive en permanence. Ils supportent très mal que leur attention se détourne d'eux ne serait-ce qu'un instant, *a fortiori* pour s'occuper d'un autre, ou qu'elles se dérobent ou se refusent à la satisfaction de leurs exigences. Ils les sollicitent, les touchent, les sentent en permanence, les suivent jusque dans les toilettes, surveillent leurs

moindres faits et gestes, font une bêtise dès qu'ils se sentent « lâchés » du regard. Ils ont tendance à se coller à quelques centimètres de leur visage et à agripper leurs membres ou leurs vêtements pour leur parler. La plus infime frustration déclenche un débordement d'angoisse automatique qui suscite une explosion de rage, une crise de larmes ou un repli dans une « bulle » autistique.

Voici quelques vignettes cliniques :

*Noé et Irène enroulent fréquemment un bras ou une jambe autour de leur objet, ou tripotent une mèche de ses cheveux, lorsqu'ils se trouvent à côté de lui. Damien surveille sans relâche ce que font et où se trouvent les adultes qui s'occupent de lui. S'il ne les « colle » pas physiquement en les suivant partout, il se poste dans un couloir, endroit stratégique de la maison d'où il peut voir toutes les pièces et leurs occupants. Il ne supporte pas le moment de la douche, car il lui faut s'isoler et lâcher le contact perceptif avec les adultes. Il est incapable de rester seul, et de se poser spontanément sur une activité. Il faut qu'un adulte lui indique ce qu'il doit faire et s'assye à ses côtés pour qu'il puisse lire, dessiner ou faire un jeu.*

*Jacques se met en danger dès qu'il a la sensation de perdre l'attention de son assistante familiale ou de son éducatrice. Il se « met dans la peau » d'un super-héros et se lance dans des escalades ou des sauts périlleux entre deux chaises, du haut d'une table. Il se jette sur les personnes, s'agrippe à elles. Ce « jeu » répétitif de sauts par-dessus des distances dangereuses paraît correspondre à un besoin de représenter et de maîtriser la situation psychique à laquelle le confronte la perception de la différenciation et de la séparation de l'objet par son éloignement : le vide que crée l'absence, le danger du manque et le risque fantasmatique de chuter, d'être aspiré dans un gouffre, ainsi que ses tentatives de réassurance par l'agrippement.*

*Nourredine produit le même type de réaction « explosive » à la perte du contrôle de son objet. Lorsqu'il est « contrarié », le plus souvent lorsque son assistante familiale le laisse quelques instants, lui refuse ou lui impose quelque chose, il cherche à frapper tout ce et tous ceux qui se trouvent à sa portée en hurlant « méchant ! méchant ! ». La persévérance déclenche une série d'insultes, de coups dans les murs et les objets. Dans ces moments où il paraît « hors d'atteinte », il lui faut 10 à 15 minutes pour s'apaiser sous l'effet de l'épuisement.*

Au-delà de l'agitation motrice désordonnée, on perçoit la menace d'une totale désintégration vécue par l'enfant. Les comportements évoquent une lutte intense contre le danger de l'impuissance et la dissolution de son moi. Toute exigence à leur égard suscite d'abord chez ces enfants une très grande anxiété inélaborable, qui déclenche l'activation d'un modèle interne en réaction défensive d'agrippement et d'attaque, ainsi qu'un débordement qui se traduit souvent par des « crises de colère ». Cependant, l'expression de cette terreur première est extrêmement fugitive ; il est difficile de la déceler et d'en saisir le caractère originare, car elle est très rapidement recouverte par ce qui peut être identifié comme des manifestations de rage.

*Lucie a été gravement négligée par des parents très démunis sur le plan intellectuel avant que sa mère ne disparaisse sans laisser d'adresse et que sa sœur aînée et elle soient confiées à une famille d'accueil. Elle ne réagit pas par une explosion rageuse aux moments où elle a le sentiment de perdre le contrôle de son objet et d'être abandonnée, mais elle met en œuvre un comportement équivalent, tout en signifiant les dimensions supplémentaires du vécu en jeu. Elle fait sur elle sans rien dire à personne, s'exhibe ainsi souillée, empuantissant l'atmosphère, jusqu'à ce que son éducatrice ou son assistante familiale le remarque et la change. Elle peut faire cela plusieurs fois par jour. Une variante consiste à cacher des morceaux de papier toilette souillés dans différents endroits de la maison : sa chambre, la salle de bains, sans en parler à personne, ce qui contraint son assistante familiale à passer beaucoup de temps à fouiller pour les retrouver et à nettoyer la maison. Elle montre ainsi des identifications à différentes représentations de base, issues de ses premières expériences d'attachement : l'une correspondait au bébé repoussant, non aimable ; une autre au bébé abandonné et terriblement en détresse : littéralement, ce bébé abandonné est « laissé dans la merde », par un objet insouciant, négligeant la conservation et les soins. Enfin, une autre correspond au bébé rageur, plein de haine, qui désire produire les mêmes ressentis chez son objet persécuteur, en contaminant son espace intérieur. La maison, les différentes pièces où elle cache les papiers souillés représentent l'intérieur de cet objet, investi sous l'égide de l'identification projective et du fantasme du claustrum (Meltzer, 1999).*

Ces comportements induisent des effets rapidement insupportables chez ceux qui les subissent, et les conduisent généralement à deux

styles de réponses. Soit ils tendent à isoler l'enfant loin de leur champ perceptif, « pour qu'il se calme », mais surtout pour tenter d'éviter d'agir à son encontre les pulsions violentes que la confrontation mobilise. Soit ils cèdent à la volonté de l'enfant et désinvestissent le conflit, ce qui a pour conséquence de faire cesser la violence mais pas l'agitation.

L'assistante familiale de Nourredine réagit plutôt selon la première modalité. Les comportements du petit garçon lui sont tout aussi insupportables, mais elle met « un point d'honneur à ne pas (se) laisser faire ». Elle semble parler d'un enfant beaucoup plus âgé, voire d'un adulte, comme si effectivement les différences de générations et de positions étaient gommées, ou plutôt balayées par la violence de ce que l'interaction lui fait éprouver. « S'il croit qu'il peut commander, il se trompe. Il verra que je suis plus forte que lui à ce jeu-là. S'il tape, je tape, il faut qu'il comprenne : œil pour œil, dent pour dent ; ou je l'enferme à clé dans sa chambre et je m'éloigne, parce que ça pourrait aller trop loin. Là il hurle et il tape la porte. Mais ça ne dure pas. Il se calme tout seul. » Lorsqu'on lui demande combien de temps il faut avant qu'il ne s'arrête : « Pas longtemps, pas plus d'une demi-heure (*sic* !)... Heureusement, parce que s'il croit que je vais aller le consoler, alors qu'il a été si méchant avec moi... »

Il faut savoir que Nourredine a vécu jusqu'à l'âge de 18 mois avec une mère gravement délirante qui le laissait des heures durant dans son lit, dans une chambre obscure. Cette femme a expliqué qu'elle ne répondait pas à ses faibles appels, mais s'occupait de lui quand ses voix lui disaient de le faire, et surtout quand il ne pleurait pas. Ses cris étaient très pénibles pour elle, si bien qu'elle avait décidé de lui apprendre à ne pas réclamer en ne satisfaisant ses besoins que lorsqu'il ne criait pas. Lorsqu'il est arrivé chez son assistante familiale, Nourredine était un bébé « à tête plate », mutique, une poupée de chiffon au visage fermé de « petit vieux ». Il présentait des stéréotypies inquiétantes, principalement des balancements et des agrippements aux barreaux du lit. L'assistante familiale l'a alors beaucoup investi, sur le mode du « sauvetage ». On peut dire qu'il a rapidement évolué dans le sens où il est sorti du retrait relationnel et a accompli de gros progrès en

termes de développement. Mais l'hyperkinésie a rapidement remplacé l'hypotonie, l'agrippement relationnel la tendance au retrait.

Lorsqu'on pointe à l'assistante familiale, avec précautions, les effets de résonance de ses conduites réactionnelles avec le fonctionnement maternel qu'a subi Nourredine, elle est tout à fait bouleversée. Elle peut dire qu'elle ne s'en rendait pas compte, mais qu'elle ne sait pas comment agir différemment. « Il me pousse à bout. Jamais je n'ai été comme ça avec les autres enfants que j'ai eus. Pourtant, après tout ce que j'ai fait pour lui... » Elle peut alors dire que sa colère contre lui dans ces moments-là est à la mesure de sa déception...

Enfin, une des caractéristiques fondamentales de la détresse de ces enfants réside dans le fait qu'ils paraissent ne pas pouvoir tolérer que l'on soit bien disposé à leur égard : plus on tente de faire preuve de prévenance, de patience, de compréhension et d'indulgence, plus leurs attitudes de contrôle s'accroissent. Ils manifestent de l'envie et de l'avidité à l'égard d'un adulte qui serait totalement à leur disposition, mais ils semblent ne pas pouvoir profiter de cette disponibilité. Ils peuvent réclamer « à corps et à cris » une satisfaction qu'ils ne peuvent pas investir lorsqu'ils l'obtiennent.

Cette quête semble consister principalement dans un point d'appui, voire d'agrippement, physique, sur l'adulte, en deçà du besoin d'enveloppe.

Ces enfants recherchent un contact perceptif concret, mais ils ne peuvent pas l'utiliser pour vivre une expérience apaisante. Ils semblent chercher le soutien dans un investissement de l'adulte comme « étai » physique, mais ne supportent pas la position de passivité dans « l'enveloppement » psychique par l'intervention contenante et limitante de celui-ci, ou dans « l'enveloppement » physique dans ses bras. Dès qu'ils y sont confrontés, ils sont très angoissés par ce contact « corps-à-corps ». En effet, celui-ci déclenche une flambée pulsionnelle, un envahissement fantasmatique incontinable, source d'angoisses extrêmes. Ils cherchent donc à s'agripper, s'appuyer activement, mais redoutent d'être eux-mêmes contenus. Les mouvements d'emprise doivent être à sens unique.

La relation à l'adulte est à la fois extrêmement attractive et extrêmement angoissante pour ces enfants. Elle est donc à la fois objet de désir et de terreur. Ils perçoivent l'adulte comme éminemment séduisant et dangereux, en tout cas non fiable et imprévisible, de sorte qu'ils se sentent tenus de le contrôler en permanence. Cela implique une position d'hypervigilance constante et accroît une perméabilité extrême aux perceptions. Ils ne peuvent pas faire abstraction des stimuli extérieurs car ceux-ci sont toujours inquiétants. Ainsi toute leur énergie et leur attention sont absorbées par la surveillance de ce qui se passe autour d'eux et le déploiement de défenses vis-à-vis des effets internes.

Ils sont incapables de tolérer de ne pas contrôler leur environnement, encore moins de s'en remettre à un adulte pour assurer leur protection. Cela parce que leurs premières expériences dans ce domaine ont été tellement désastreuses qu'ils refusent absolument de revivre la position de dépendance vis-à-vis d'un autre, et développent par conséquent un recours abusif aux fantasmes d'omnipotence. Ils ne peuvent donc ni se concentrer sur un apprentissage, ni même admettre qu'un autre puisse leur apprendre quelque chose, dans la mesure où cela reviendrait à reconnaître qu'ils ne maîtrisent pas tout.

## **Excitation et agitation**

Beaucoup de professionnels engagés auprès de ces enfants souffrent de leur agitation extrême et constante. Ils décrivent des comportements difficiles à supporter au quotidien. Or, ces comportements sont le résultat du seul moyen dont disposent ces enfants pour tenter de gérer leurs états émotionnels, leurs états d'angoisse et d'excitation.

N'oublions pas qu'ils n'ont pas reçu dans leurs premiers environnements de quoi construire les fonctions psychiques qui permettent de le faire sans troubles du comportement, et qu'ils sont beaucoup plus sensibles et perméables à l'excitation et à l'angoisse que les autres enfants. Leurs troubles sont de l'ordre du handicap, non de la malveillance ou de la perversion.

J'ai rappelé tout à l'heure que ces enfants sont extrêmement sensibles et vulnérables aux excitations, et qu'ils n'ont pas les moyens psychiques de les traiter. Ils risquent donc en permanence d'être débordés par la tension déclenchée par leurs expériences et donc de subir de nouveaux traumatismes. Les enfants ayant vécu des situations de maltraitance ou de négligence ne disposent pas des outils de traitement dont disposent d'autres enfants du même âge et les adultes. Ainsi une expérience qui serait anodine pour un autre enfant qui n'aurait pas eu le même vécu précoce et pour la plupart des individus n'est pas du tout perçue et ressentie de la même façon par ces enfants. La charge de tension qu'elle suscite est bien plus importante pour eux et son effet bien plus perturbant. On ne peut donc pas projeter nos ressentis, et il est difficile de s'identifier à eux. On peut avoir du mal à comprendre certaines de leurs réactions qui nous semblent disproportionnées au regard de la situation qui les déclenche.

Selon leur état interne, ils paraissent soit complètement « déconnectés », sans émotion, sans expression, repliés dans une « forteresse narcissique » défendue par une capsule-carapace, soit hypersensibles et hypervigilants à ce qui se passe autour d'eux.

Dans cette configuration, ces enfants se créent une enveloppe substitutive d'agitation motrice et verbale : ils parlent et s'agitent sans arrêt pour tenter de s'autocalmer et de s'auto-exciter à la fois, pour ne pas subir d'excitations qui viendraient de l'extérieur.

Cela peut paraître paradoxal, mais cela correspond au principe des contre-feux allumés par des pompiers pour maîtriser un feu de forêt. L'agitation est le moyen de circonscrire et de se débarrasser d'un excès de tension intérieure, mais aussi de se procurer des sensations d'existence et de corps unifié dans le mouvement. C'est la forme de « gestion de l'excitation » la plus primitive : dans et par le corps et les sensations corporelles (Green, 1994). D'autre part, s'envelopper de bruits et de sensations autoproduites évite de percevoir et d'être débordé de façon passive par les excitations venant du dehors.

Cela donne lieu aux processus de décharge, d'expulsion par la motricité, imposés par un état d'intense détresse psychique. Mais le procédé est sans fin car l'auto-excitation n'est pas un travail psychique, elle ne permet pas l'intégration de l'expérience : c'est une défense. Elle peut être nécessaire et utile car elle sert de « soupape » et de « contre-feu ». Elle peut en ce sens avoir une valeur protectrice, mais elle ne peut apporter de réponse durable aux excitations internes, car elle ne transforme rien.

## Quelques pistes pour l'accueil au quotidien

Les enfants concernés par cet article, qui ont subi des situations de négligence et de maltraitements graves pendant leurs premières années de développement, ont besoin d'une prise en charge psychothérapeutique spécifique, que je choisis de ne pas développer ici, du fait de l'ampleur des éléments à considérer. J'ai eu l'occasion de présenter une proposition de modèle psychothérapeutique dans d'autres publications (Bonneville-Baruchel, 2012, 2015). Mais la condition primordiale à l'investissement des soins psychiques est de bénéficier d'une stabilité relationnelle dans leur environnement quotidien. Voici quelques pistes, présentées sous forme d'étapes, qui peuvent permettre à celui-ci de résister (au sens winnicottien du terme) à l'expression de leurs troubles, organisés par la déliaison et la destructivité.

La première étape est de bien comprendre la nature des difficultés de ces enfants, afin d'en tirer une représentation adéquate qui peut soutenir la tolérance à leurs expressions comportementales pénibles. Il s'agit de pouvoir les appréhender comme étant de l'ordre du « handicap », et non de la malveillance ou d'une opposition « caractérielle ».

Précisons ici que la référence au champ du handicap vise à souligner que ces expressions comportementales pénibles pour les professionnels sont le produit de défaillances dans le développement de capacités psychiques et neurologiques de régulation émotionnelle, d'inhibition d'impulsions violentes, de tolérance aux effets internes de la frustration... Les enfants qui ont été confrontés à des interactions précoces

inadéquates et à des expériences émotionnelles et relationnelles traumatiques répétées n'ont pas bénéficié des liens qui permettent le développement de ces capacités chez l'être humain. De plus, ils ont été contraints de développer un système de défenses précoces (Fraiberg, 1982) dont la pérennisation finit par devenir pathologique et pathogène. En effet, l'essentiel de l'énergie psychique étant absorbé par ce système de défense, elle n'est plus au service de l'investissement des relations, de la curiosité, et des apprentissages, bases de l'acquisition et du développement des capacités sus-citées. Ainsi, pouvoir penser les troubles du comportement comme la conséquence des déficiences de leurs capacités psychiques et neurologiques peut éviter aux professionnels de développer un ressentiment, voire des conduites rétorsives, vis-à-vis de ces jeunes : comment leur en vouloir de ne pas disposer des mêmes capacités que les autres ? comment leur reprocher des comportements qui sont justement l'expression de leurs lacunes ?

Il peut être intéressant de « penser petit » : s'inspirer, en les adaptant, des méthodes qu'utilisent les professionnels des premières années de maternelle peut être très utile. Par exemple, tous les rituels qui scandent les moments de début et de fin d'activité, tous les matériels permettant aux enfants de comprendre, d'apprendre les différents moments qui rythment la vie quotidienne, puis de pouvoir les repérer, ainsi que les personnes présentes dans ces différents moments, sont importants : ils sont rassurants pour l'enfant. Ce sont des contenants externes qui pallient leur manque de contenance, de pare-excitation, et de repères internes. Plus un enfant peut se repérer, prévoir ce qui va se passer et avec qui, moins il sera angoissé, moins il aura besoin d'extérioriser cette angoisse dans des comportements inadéquats.

La deuxième étape, issue de la première, est de toujours garder à l'esprit que les attaques dont on peut faire l'objet viennent du passé traumatique de l'enfant, des carences dans la construction de ses capacités de régulation mais aussi des séquelles des traumatismes psychiques.

La troisième étape consiste à ne pas tenter de nier ou de cacher les affects pénibles, voire honteux, qu'ils suscitent en nous, mais au contraire

d'en prendre pleinement conscience et de les évoquer avec des collègues confrontés aux mêmes enfants ou au même type de ressentis avec d'autres.

Ces enfants, comme l'avait montré Winnicott (1947), nous font éprouver de la haine, du désespoir et de l'impuissance qu'il est bien difficile de vivre sans honte. Pourtant c'est ce qu'éprouve toute personne suffisamment investie auprès de ces enfants.

La quatrième étape consiste à créer une enveloppe groupale d'adultes autour de l'enfant, mais aussi autour du professionnel.

Cette enveloppe vise d'abord à protéger l'enfant lui-même, mais aussi les autres enfants du groupe, des « feux de forêt » de l'excitation et de l'angoisse. Il faudrait tenter de décider groupalement, au sein de l'équipe, d'un engagement de chacun qui permette que l'enfant soit sorti du groupe et isolé, dans un endroit adapté, sécurisé, pensé et préparé, dès qu'il commence à s'agiter et à s'exciter. Cela est particulièrement valable pour les temps de récréation. C'est encore plus valable lorsque survient un « clash », une crise avec le professionnel. Il ne s'agit en aucun cas d'une mesure de punition ni d'exclusion rétorsive.

Ce principe doit être présenté à tous les enfants (en début d'année par exemple) et expliqué comme un moyen pour les adultes d'aider l'enfant qui n'arrive pas à travailler parce qu'il se sent trop excité, ou trop énervé et ne parvient pas à trouver son calme dans le groupe. Leur dire par exemple : « Parfois, pour trouver son calme, on a besoin d'être seul dans un endroit tranquille. »

Lorsque l'enfant est sorti du groupe et isolé dans un endroit adapté à l'apaisement, il est important qu'un adulte l'accompagne et reste auprès de lui. Un adulte calme, différent de celui avec lequel s'est produit le débordement, voire la crise. Cet adulte reste auprès de l'enfant pour que celui-ci ne se sente pas abandonné et pour l'aider à s'apaiser.

Il n'est pas toujours adapté d'être dans la même pièce : certains enfants ne le supportent pas car ils sont trop angoissés. Dans ce cas, cet adulte reste derrière la porte et rappelle sa présence empathique à intervalles réguliers. Ici l'enjeu est l'aide au retour au calme. La présence de l'adulte doit être sécurisante et anti-solitude.

Il n'est pas adéquat de reparler de ce qui s'est passé, car c'est trop tôt et risque de relancer l'anxiété et les comportements de décharge. Il faut également éviter trop de paroles, trop de regards... Il s'agit de doubler les « distances de sécurité relationnelle », au service de l'apaisement.

## **L'enveloppe groupale sécurisante autour de l'enfant et du professionnel**

Mais l'enveloppe groupale a une autre fonction, encore plus importante sans doute : elle vise à soutenir le professionnel et à protéger le lien professionnel-enfant. Elle exerce en cela une fonction de méta-garance (Eiguer, 2013).

Tout professionnel a impérativement besoin, pour « tenir le coup », d'être écouté, compris et soutenu par ses collègues. C'est le principe des contenants successifs : pour pouvoir contenir un enfant, et contenir en soi-même les affects que son contact suscite, il faut pouvoir bénéficier soi-même de contenance. C'est là que la notion d'équipe prend tout son sens. Personne ne peut, même les éducateurs, les psys, les enseignants les mieux formés et les plus expérimentés, tenir seul longtemps dans la relation avec ces enfants. Ainsi le plus grand danger est la solitude, l'isolement... La prise en charge d'un jeune procède d'un engagement groupal.

Enfin, il faut essayer de ne jamais laisser ces enfants dans un cadre informel, sans l'attention d'un adulte et sans une chose précise à faire. Autrement dit, sans la contenance par l'attention de l'adulte et sans la verticalisation par une activité organisée. C'est aussi vrai dans l'institution que dans la cour de récréation... Beaucoup de ces enfants ne sont pas capables de passer une récréation entière sans que ça dégénère. En effet, le principe de « défoulement » nécessaire aux enfants ordinaires n'est pas valable pour ces enfants-là. L'enfant ordinaire décharge dans le défoulement l'excès de tension interne qu'a accumulé en lui le fait qu'il ait dû (et soit parvenu à) bloquer cette tension pour se concentrer pendant une longue durée. Mais une fois cet excès déchargé, l'enfant ordinaire dispose des capacités de reprendre sa concentration. Ce n'est

pas le cas pour les enfants dont il est question ici. Ils ne sont pas capables de cette forme de décharge. Il s'agit donc pour eux d'une agitation autosensuelle qui augmente la tension et l'excitation.

De plus, le bruit extrême, les cris, les galopades, le défoulement des autres, vont susciter un débordement d'excitation qu'ils ne seront pas en mesure de réguler et qui risque de les désorganiser.

Par ailleurs, rappelons-nous qu'ils sont incapables de s'autodéterminer, qu'ils sont hyperperméables aux excitations et qu'ils n'ont pas de cadre interne : dans l'immensité de la cour de récréation, sans la contenance du regard et de l'attention d'un adulte, ils risquent de se sentir lâchés.

N'ayant alors pas « le bon mode d'emploi », on l'a vu, pour s'intégrer ou pour jouer tranquillement avec les autres, ils vont chercher la co-excitation, ou à détruire les jeux qui leur font envie, voire à les attaquer. Les professionnels ont bien besoin des récréations comme moments de pause dans leur épuisante journée, mais il convient alors qu'un autre professionnel (AVS par exemple, à condition qu'il soit bien formé au fonctionnement et aux besoins particuliers de ces enfants) prenne le relais de l'attention contenante, protectrice et organisatrice.

Bien d'autres idées, notamment à propos de l'ajustement des pratiques, font toujours l'objet d'une expérimentation sur le terrain et bien d'autres pistes de recherche clinique demeurent également à explorer. Elles constituent autant d'appels à poursuivre la recherche, comme autant d'invitations au questionnement et à l'imagination créative. Elles dessinent des perspectives à parcourir sur les voies de la pratique et de la pensée, pour tenter de toujours mieux comprendre et accueillir les liens en souffrance chez ces enfants énigmatiques.

## *Bibliographie*

AINSWORTH, M.S.D. ; BLEAHERNN, M. ; WATERS, E. ; WALL, S. 1978. *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*, Hillsdale, Erlbaum

AL ODHAYANI, A. ; WATSON, W.J. ; WATSON, L. 2013. « Behavioural consequences of child abuse », *Canadian Family Physician*, 59 (8), p. 831-836.

- ANZIEU, D. 1990. « L'attachement au négatif », dans D. Anzieu (sous la direction de), *L'épiderme nomade et la peau psychique*, Paris, Éditions Apsygée, p. 115-129.
- ARCHER, C. ; BURNELL, A. 2008. *Traumatisme, attachement et permanence familiale : la peur peut vous empêcher d'aimer*, Bruxelles, De Boeck.
- BECKER, E. DE. 2010. « Troubles oppositionnels chez l'enfant : leur compréhension et leurs soins », *Psychothérapies*, vol. 30 (3), p. 123-133.
- BERGER, M. 2016. *De l'incivilité au terrorisme*, Paris, Dunod.
- BERGER, M. ; BONNEVILLE, E. 2007. « Théorie de l'attachement et protection de l'enfance au Québec », *Dialogue*, 175, p. 49-62.
- BONNEVILLE, E. 2007. « Protection de l'enfance : peut-on prévenir les atteintes de l'intelligence ? », *Empan*, n° 63.
- BONNEVILLE-BARUCHEL, E. 2012. « Perspectives thérapeutiques avec les enfants violents victimes de traumatismes relationnels précoces », *Psychologie clinique*, 33, p. 138-154.
- BONNEVILLE-BARUCHEL, E. 2015. *Les traumatismes relationnels précoces. Clinique de l'enfant placé*, Toulouse, érès, coll. « La vie de l'enfant ».
- BONNIER, C. ; NASSOGNE, M.C. ; HUSSON, I. et coll. 1996. *Séances et développement cérébral. Devenir des enfants secourés*, Journées parisiennes de pédiatrie, Paris, Flammarion, coll. « Médecine sciences », p. 173-178.
- BOWLBY, J. 1944. « 44 jeunes voleurs : leur personnalité et leur vie familiale », *Psychiatrie de l'enfant*, 49, 1, 2006, p. 5-122.
- BOWLBY, J. 1969 à 1980. *Attachement et perte*, vol. I, II et III, trad. fr. de 1998 à 2002, Paris, Puf.
- CASTELLANI, C. ; NINOREILLE, K. ; BERGER, M. ; PERRIN, A. 2015. « Comparaison du niveau de développement d'enfants en crèche et en pouponnière et soumis à différents niveaux de défaillances parentales précoces », *Devenir*, vol. 27, p. 5-29.
- CICCONE, A. 2003. « Les enfants qui "poussent à bout". Logiques du lien tyrannique », dans A. Ciccone et coll., *Psychanalyse du lien tyrannique*, Paris, Dunod, p. 11-46.
- DECHAUD-FERBUS, M. 2009. « Les inhibiteurs de l'excitation dans la genèse du fonctionnement psychique : de la décharge à la liaison », *Revue française de psychanalyse*, vol. 73 (2), p. 331-347.

- EIGUER, A. 2013. *Le tiers : psychanalyse de l'intersubjectivité*, Paris, Dunod.
- FRAIBERG, S. 1982. « Mécanismes de défense pathologiques au cours de la petite enfance », trad. fr., *Devenir*, vol. 5, 1, 1993, p. 7-29.
- FREUD, S. 1920. « Au-delà du principe de plaisir », dans *Essais de psychanalyse*, trad. fr., Paris, Payot, coll. « Petite Bibliothèque », 2001, p. 43-115.
- GIBELLO, B. 2009. *L'enfant à l'intelligence troublée*, Paris, Dunod.
- GOLSE, B. 2004. « La pulsion d'attachement », *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 47, p. 5-25.
- GOMEZ, J. ; VAN DER LINDEN, M. 2009. « Impulsivité et difficultés de régulation émotionnelle et de gestion des relations sociales chez l'enfant et l'adolescent », *Développements*, 2 (2), p. 27-34.
- GOULD, F. et coll. 2012. « The effects of child abuse and neglect on cognitive functioning in adulthood », *Journal of Psychiatric Research*, vol. 46, n° 4, p. 500-506.
- GREEN, A. 1994. « Sources, poussées, buts, objets de la violence », article présenté au Colloque de Monaco, mai, *Destins de la violence*, publié dans *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 18, p. 215-260.
- GUEDENEY, A. ; DUGRAVIER, R. 2006. « Les facteurs de risques familiaux et environnementaux des troubles du comportement chez le jeune enfant : une revue de la littérature anglo-saxonne », *Psychiatrie de l'enfant*, vol. 49, 1, p. 227-278.
- GUEDENEY, N. ; GUEDENEY, A. 2002. *L'attachement. Concept et application*, Paris, Masson.
- GUNNAR, M.R. ; HERRERA, A. ; HOSTINAR, C. 2009. *Stress et développement précoce du cerveau*, University of Minnesota, États-Unis, trad. fr., 2017, <http://www.enfant-encyclopedie.com/sites/default/files/textes-experts/fr/49/stress-et-developpement-precoce-du-cerveau-.pdf>
- HECKMAN, J.J. 2007. « The technology of building health and human capacities: Lessons for public policy », *International Health Forum: The Economy and Health, the Effects of Prevention*, Montréal, Canada, International Economic Forum of the Americas, 19 juin.
- LUPIEN, S.J. et coll. 2009. « Effects of stress throughout lifespan on the brain, behaviour and cognition », *Nature Reviews Neuroscience*, 10, p. 434-445, [www.nature.com/nrn/journal/v10/n6/abs/nrn2639.html](http://www.nature.com/nrn/journal/v10/n6/abs/nrn2639.html)

LYONS-RUTH, K. ; ALPERN, L. ; REPACHOLI, B. 1993. « Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behavior in the pre-school classroom », *Child Dev.*, 64, p. 572-585.

MAIN, M. ; HESSE, E. 1990. « Parents unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized status: Is frightening parental behavior the linking mechanism? », dans M. Greenberg, D. Cicchetti, E. Rumings (sous la direction de), *Attachment in Pre-school Years*, University of Chicago Press.

MAIN, M. ; KAPLAN, N. ; CASSIDY, J. 1985. « Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation », *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2), p. 66-104.

MCCAIN, N.M. ; MUSTARD, F. ; SHANKER, S. 2007. *Early Years Study 2: Putting Science into Action*, Toronto, Council for Early Child Development, <http://earlylearning.ubc.ca/documents/40/>

MEANY, M. ; TURECKI, G. 2009. *Les traumatismes de l'enfance ont un effet permanent sur les gènes et le cerveau*, [http://francais.mcgill.ca/newsroom/news/?item\\_id=104667](http://francais.mcgill.ca/newsroom/news/?item_id=104667)

MELTZER, D. 1999. *Le claustrum*, Larmor-Plage, Éditions du Hublot.

NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD ; SHONKOFF, J.P. ; CHAIR, M.D. et coll. 2005. *Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain: Working Paper 3*, Harvard University, Updated Edition, 2014, <http://www.developingchild.harvard.edu>

ROUSSILLON, R. 2002. « Jalons et repères de la théorie psychanalytique du traumatisme psychique », *Revue belge de psychanalyse*, 40, p. 24-42.

SALMONA, M. 2015. *Violences sexuelles*, Paris, Dunod.

SANCHO ROSSIGNOL, A. ; KNAUER, D. ; SERPA RUSCONI, S. ; ROBERT-TISSOT, C. ; PALACIO ESPASA, F. 2005. « Les troubles précoces du comportement sont-ils l'expression d'une psychopathologie spécifique? », *La psychiatrie de l'enfant*, 48 (1), p. 157-198.

SCHORE, A.N. 1994. *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*, Mahwah, Erlbaum.

SCHORE, A.N. 2001. « The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health », *Infant Mental Health Journal*, 22, p. 201-269.

SOARES-BOUCAUD, I. ; SIMON, J.-P. 2016. « Maltraitements, psychotraumatisme et troubles cognitifs chez l'enfant », *EMC Pédiopsychiatrie*, 16, <http://www.em-consulte.com/article/1068108/maltraitements-psycho-traumatisme-et-troubles-cognit>

SOLOMON, J. ; GEORGE, C. 1999. *Attachment Desorganization*, New York, Guilford Press.

STEINHAEUER, P.D. 1996. *Le moindre mal*, Les Presses de l'université de Montréal.

TREMBLAY, R.E. et coll. 2004. « Physical aggression during early childhood: Trajectories and predictors », *Pediatrics*, 114, p. 4350.

VAN DER KOLK, B.A. 1996. « The complexity of adaptation to trauma self-regulation, stimulus discrimination and characteriological development », dans B.A. Van der Kolk, A.C. McFarlane et L. Weisaeth (sous la direction de), *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*, New York, Guilford Press.

VOYAZOPOULOS, R. 2001. « Enfant instable, enfant agité, enfant excité », *Enfances&PSY*, vol. 2, 14, p. 26-34.

WINNICOTT, D.W. 1947. « La haine dans le contre-transfert », dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1958, p. 72-82.