

- traducere-

EXPUNEREA DOMNULUI F. HALLET

PROCESELE DE ATAȘAMENT CARE INTRĂ ÎN JOC ÎN ADOPTIE

Care sunt actorii implicați în întâlnirea prilejuită de adopție?

Un bărbat și o femeie, uneori un bărbat sau o femeie și un copil.

Acest bărbat, această femeie și acest copil vor forma, încă din momentul întâlnirii lor, o familie în sensul juridic și social al termenului. Dar la nivel afectiv... Cum și în ce condiții se va crea și o legătură de filiație și de atașament?

Fiecare sosește la această întâlnire purtând cu sine speranțe, uneori exagerate, dar și un trecut mai mult sau mai puțin marcat de suferințe și de eșecuri.

Părinții adoptivi, în marea lor majoritate, și-au descoperit sterilitatea, au trecut prin totul felul de examene, tratamente, speranțe deșarte și decepții dureroase. Această familie pe care credeau că o vor construi așa cum o construiesc toți ceilalți, în spontaneitatea dragostei lor, a devenit, pentru ei, un mit inaccesibil.

Întrevăd apoi, asemeni unei luminițe în noapte, adopția; adopția ca un alt mod, un mod diferit dar atrăgător de a construi familia pe care natura le-o refuză. Începe atunci pentru ei un drum nou, pe care mulți părinți îl numesc „drumul luptătorului”. Descoperi cum poți adopta, ce propun organismele care se ocupă de adopție, ce țară să alegi, întâlnești psihologi, medici, asistenți sociali, ești, în sfârșit, acceptat ca posibil candidat, îți alcătuiești un dosar și aștepți ... aștepți ... uneori foarte multă vreme, alteori mai puțin ... apoi, în sfârșit, un apel telefonic, o fotografie ...

Se simțeau deja părinți în inima lor, iată-i aproape deveniți părinți ai unui copil care trăiește, poate, la capătul pământului.

Pe acest copil la care au visat de atâtea vreme, pe care și l-au imaginat împreună de atâtea ori, îl iubesc deja atât de mult încât, cu siguranță, și el îi va iubi din primul moment!

Acești părinți nu se deosebesc cu nimic de toți ceilalți: își au trecutul lor de suferință legată de sterilitate, dar și experiențe mai mult sau mai puțin dureroase trăite în copilărie, în viața de cuplu, își au propriile fragilități și puncte forte, au o putere de empatie mai mare sau mai redusă, își au propriile vise legate de o familie ideală, de un copil ideal, au așteptări uneori exagerate sau, mai degrabă, pe măsura așteptării lor, a tribulațiilor prin care au trecut ca să vadă venind această zi mare, cea mai frumoasă din toate, începutul fericirii lor, recompensa tuturor eforturilor pe care le-au făcut ...

Iar copilul pe care îl întâlnesc?

Cum este? Cine este?

Bebeluș încă, mai măricel, băiat sau fată, negru, galben sau alb, o realitatea care nu poate fi evitată, acest copil pe care îl adoptă este, înainte de orice, un copil abandonat ...

Acesta este cuvântul: cel care nu trebuie rostit, realitatea prea adesea ascunsă în adopție:

UN COPIL ADOPTAT ESTE, ÎNAINTE DE TOATE, UN COPIL ABANDONAT.

Un copil care a fost mai întâi abandonat de mama care l-a născut. Cu siguranță, ea nu trebuie nici criticată, nici blamată, de cele mai multe ori nu a avut de ales; și nici nu este cazul, aici, să insistăm asupra numeroaselor cauze care le împing pe mame să-și încredințeze copiii spre a fi adoptați. Dar acest copil, oricare ar fi explicația pe care o putem da, s-a aflat într-o zi în brațele mamei care l-a născut iar, a doua zi, aceasta dispăruse: degeaba a plâns, a chemat-o: ea nu s-a mai întors niciodată. Memoria lui conștientă nu și-o mai amintește, dar creierul lui a înregistrat o mare deznădejde și teama de a muri. Prima rană, rana primitivă.

Apoi, în funcție de povestea fiecăruia și de destin, copilul a putut fi încredințat unei alte persoane, unei instituții, unei familii de plasament ; uneori, el a avut un parcurs în care au apărut numeroase plasamente. Unii dintre copii, cei mai mari, au fost nevoiți uneori să se descurce singuri pe stradă pentru a supraviețui, alții au fost maltratați sau au fost lăsați ore, zile, săptămâni de-a rândul culcați într-un pătuț, cu biberonul legat de gratiile acestuia ...

Putem să ne închipuim că un astfel de copil își poate întâlni părinții adoptivi cu inima plină de dragoste pentru niște persoane pe care nu le-a văzut niciodată, care nu sunt nici pe departe primii care se apropie de el, care se ocupă de el?

Pentru a ajunge în familia lui, copilul a trăit o nouă despărțire, despărțirea de mediul pe care îl cunoștea, mediu care nu era, poate, prea plin de căldură, dar care era singurul pe care îl cunoștea, în care își avea propriile repere, despărțire de persoanele care se ocupau de el, poate nu foarte bine, dar erau singurele persoane pe care le cunoștea, despărțire de un mod de viață, de alimentație ... poate nu prea sănătos, dar singurul pe care îl cunoștea ...

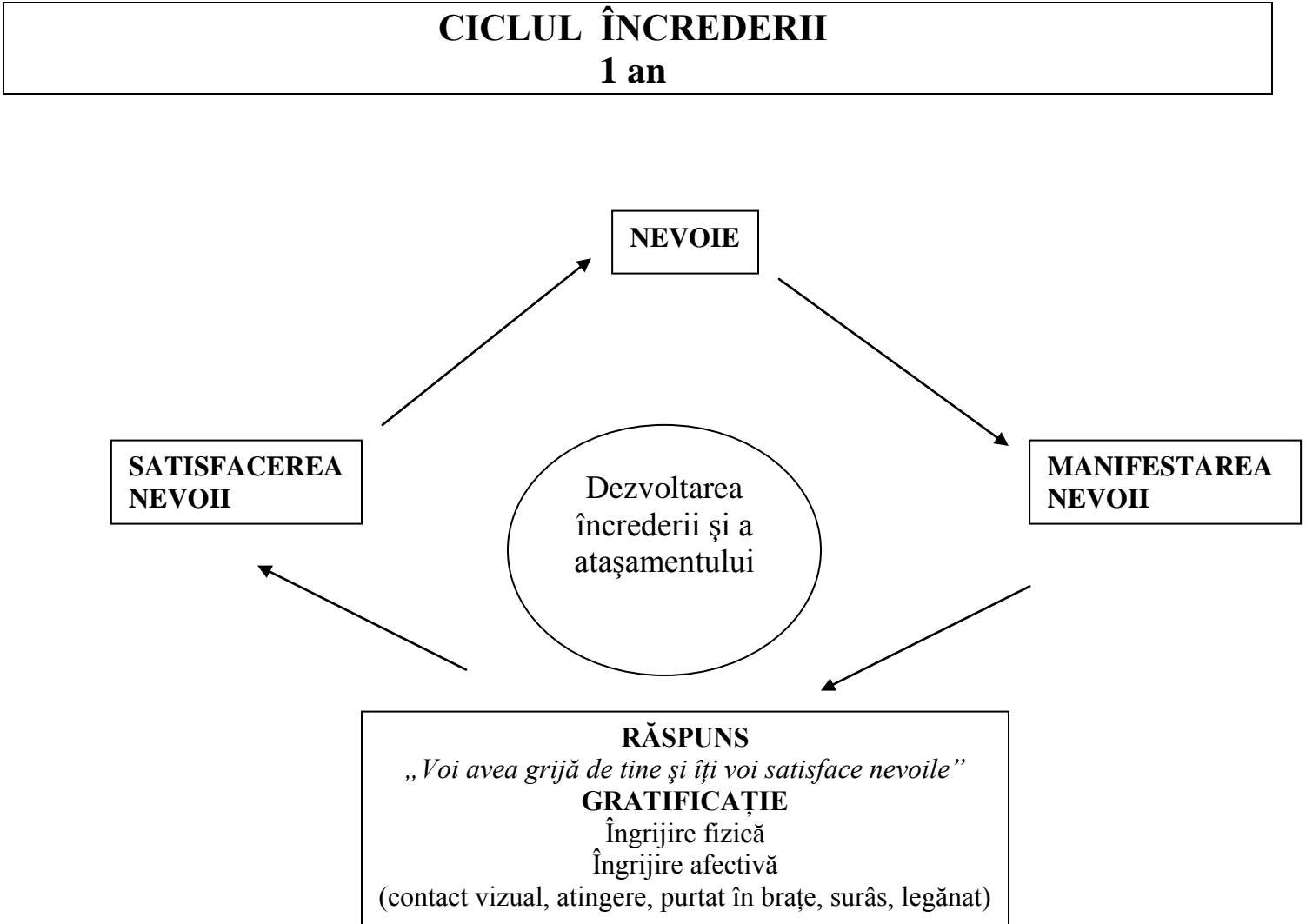
Ce simte acest copil? Câtă încredere poate avea în acești noi părinți când, de fapt, încrederea lui a fost de atâtea ori înșelată în trecut? Se va putea oare atașa de acești părinți și trăi intimitatea unei vieți de familie împreună cu ei?

Da, în majoritatea cazurilor; după o perioadă de ezitare, de încercare a părinților, el va decide să aibă încredere în ei, să se lase iubit și să-și iubească părinții. Și asta cu atât mai ușor cu cât părinții vor fi înțeleși miza situației și vor putea să-i respecte propriul ritm, cu atât mai ușor cu cât trecutul lui de abandon este mai scurt iar el nu va fi cunoscut neglijarea și/sau maltratare.

Totuși, în anumite cazuri, copilul nu mai are suficientă încredere în lumea care îl înconjoară, în adulți, în el însuși și opune rezistență la ceea ce noii lui părinți îi propun. Ceea ce face să apară la aceștia din urmă un sentiment de neînțelegere, de incompetență și, foarte curând, un sentiment de neputință. Părinții trebuie să fie în stare să sesizeze particularitățile copilului lor legate de ceea ce acesta a trăit înainte dacă vor să devină „tutori de rezistență la șocuri” – ca să-l parafrazăm pe Boris Cyrulnik. Fără empatie și fără compasiune pentru ceea ce el a trăit înainte, părinții au toate șansele să-l victimizeze din nou pe copil și să pună în primejdie relația de atașament, de încredere și de tandrețe dintre părinte și copil.

Ceea ce este în joc în această perioadă are o importanță capitală: pentru copil, este vorba despre procesele de atașament pe care trebuie să le trăiască, să le retrăiască poate; pentru părinți, despre procesele prin care se creează legăturile cu acest copil.

Ce este atașamentul?



Sursă: Adaptare făcută de Marielle Sulmoni plecând de la schemele lui J. PETERSON, *The invisible road*, Loving Homes publication, 1995, p.3 și A. BOSWORTH, *L'enfant blessé, l'enfant qui blesse*, 2000, p. 19.

Noțiunea de atașament trimite înainte de toate la lucrările lui Bowlby și poate fi formulată după cum urmează: construirea primelor legături între copil și mamă sau cea care îi ține locul răspunde unei nevoi biologice fundamentale. Este vorba despre o nevoie primară. *Prima legătură pe care o cunoaște în general copilul, legătura cu propria lui mamă, devine, prin forța lucrurilor, primul model a ceea ce este o relație și a ceea ce el poate aștepta de la ea.* (John Bowlby)

Plecând de la experiențele cotidiene de îngrijiri materne, de explorare, de căutare a proximității sau de absență a îngrijirilor materne, copilul își construiește un *model operațional intern* al mediului, al mamei sale și al lui. Acest model este, pentru copil, reprezentarea relațiilor sociale în general și reprezentarea a ceea ce el poate aștepta de la o anumită legătură afectivă, reprezentarea lumii și a siguranței sau a nesiguranței pe care ea le generează.

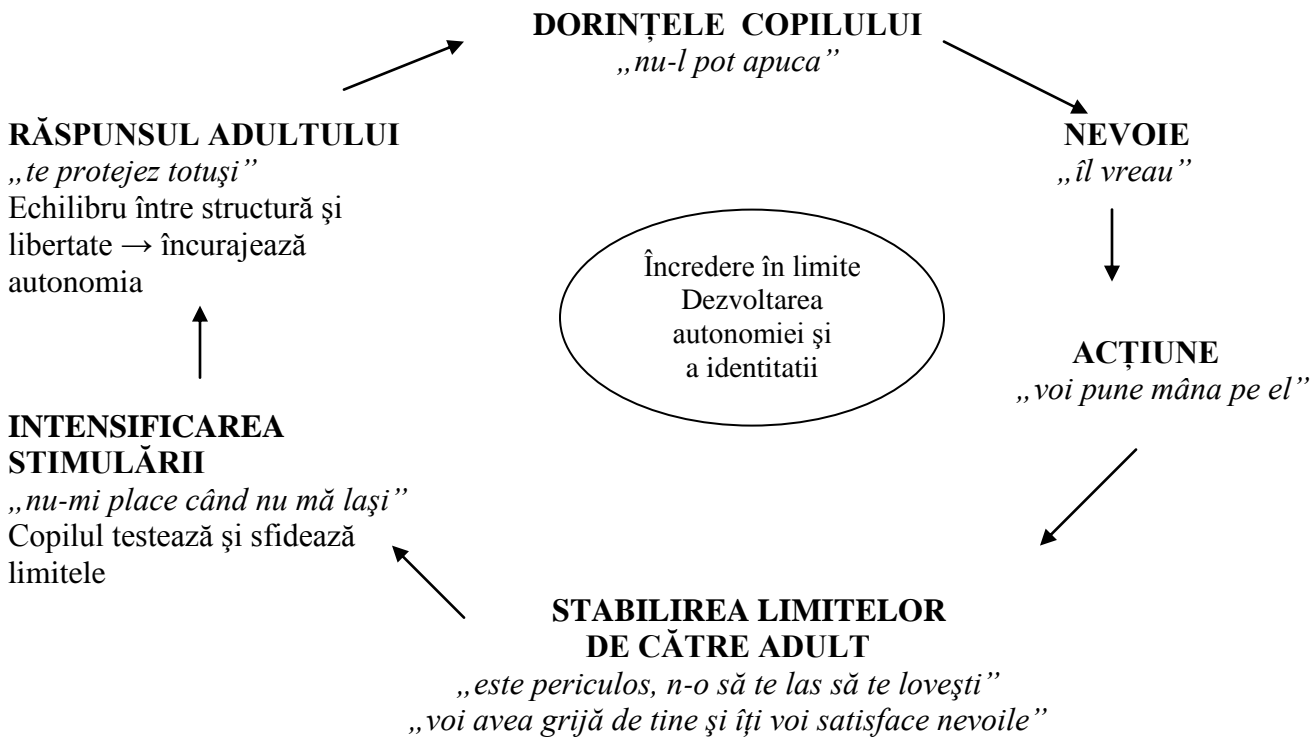
În mod ideal, copilul își construiește un model flexibil și securizant pe care îl generalizează la relațiile care urmează. Un model operațional intern eficient permite copilului mic să anticipeze diferite fenomene și îl protejează împotriva pericolelor care pot apărea în mediul lui înconjurător ca și în noile medii.

Acest model, dezvoltat prima dată cu ocazia primelor interacțiuni dintre mamă și copil, evoluează o dată cu creșterea și noile experiențe ale acestuia din urmă. Dar, în ciuda noilor experiențe, modelul relațional de bază pentru copil (ca și pentru adultul care va deveni) va rămâne întotdeauna dependent de primul model de reprezentare a lumii și de relațiile pe care le va fi „integrat”.

Lucrul cel mai important în primul an de viață al copilului este reprezentat de nevoile lui și de mijloacele prin care acestea pot fi satisfăcute. Nevoile lui sunt prioritatea normală a părinților lui. Când simte o nevoie – hrană, căldură, contact sau mângâiere -, copilul plânge pentru a fi satisfăcut. Plânsul se transformă ușor în mânie atunci când copilul, în neputința și în disperarea lui, se află într-o situație de neliniște insuportabilă pentru că nevoile lui nu au fost satisfăcute. Când copilul a împlinit deja 7 zile, atașamentul lui față de mamă este de așa natură încât această îi înțelege plânsul și comunicarea non-verbală (Verny, 1981). Când persoana care se ocupă de copil este schimbată – așa cum se întâmplă în cazul familiilor de plasament, al creșei sau al unei internări în spital – noua persoană nu cunoaște limbajul copilului. Atunci când copilul plânge, noua persoană, incapabilă să-i descifreze plânsul și chemările în ajutor, va satisface adesea greșit nevoia. Plânsul copilului și chemările lui în ajutor, atunci când sunt înțelese corect și satisfăcute din priviri, din atingeri, cu un surâs, prin mișcare și cu zahăr, îl fac să se simtă în siguranță, să aibă încredere și să se atașeze.

Sentimentul de siguranță care este dobândit reprezintă elementul esențial care va permite copilului, începând aproximativ de la vârsta de un an, să exploreze lumea exterioară. La această vârstă, copilul este extrem de sensibil la despărțire, la orice amenințare de pierdere a persoanelor importante pentru el, dar este și natural pornit spre explorare atunci când se simte în siguranță.

CICLUL ÎNCREDERII 2 ani



Sursă: Adaptare făcută de Marielle Sulmoni plecând de la schemele lui J. PETERSON, *The invisible road*, Loving Homes publication, 1995, p.3 și A. BOSWORTH, *L'enfant blessé, l'enfant qui blesse*, 2000, p. 19.

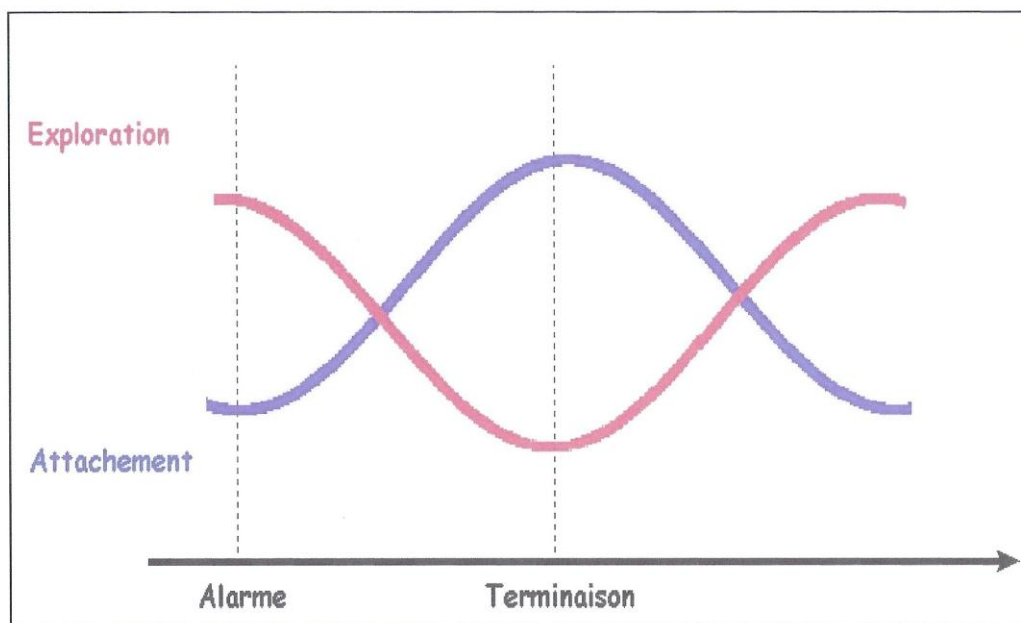
În cel de-al doilea an, copilul începe să exploreze lumea. Dar se află în fața unei dileme: curiozitatea îl împinge înainte, teamă însă îl reține.

Se simte frustrat pentru că nu poate răspunde propriilor dorințe, dar liniștit să constate că părinții îi controlează mediul și îi asigură securitatea.

Este perioada în care învață cuvântul „nu”, dar și gratificația pe care o obține îndeplinindu-și așa cum trebuie acțiunile. Formarea personalității sale va fi consecința firească a acestor experiențe.

În cel de-al doilea an de viață, între prima și a doua aniversare, accentul ar trebui pus pe limitele impuse de părinți. Trebuie să se dezvolte conceptul de „NU” și acceptarea limitelor. Copilul vrea să aibă unele lucruri, vrea să facă unele lucruri cum ar fi să se joace cu butoanele de la instalațiile electronice din casă. Un părinte eficient stabilește limite spunând „nu” și gândind acest lucru. Copilul care este atașat vede nemulțumirea din ochii părintelui, încetează să se joace cu butoanele de la instalațiile electronice și observă apoi mulțumirea din ochii părintelui. În acest fel, copilul învață să accepte limitele. Acest ciclu de dorință – stabilire a limitelor – acceptare a limitelor se repetă de nenumărate ori în timpul zilei în acest al doilea an de viață a copilului, care dobândește mai multă libertate și mai multă autonomie acceptând limitele. El învață astfel să se controleze și să respecte regulile societății (Cline, 1982).

Prin lucrările ei despre copiii de această vârstă, Mary Ainsworth a demonstrat legăturile strânse dintre sistemul de atașament și sistemul de explorare, ajungând la conceptul de mamă ca fundament al siguranței (Ainsworth, Bell și Stayton, 1974).



Schemă propusă de Blaise Pierrehumbert cu ocazia unei conferințe ținute la Bruxelles pe 27 noiembrie 2004.

În cursul dezvoltării, comportamentele de explorare și de atașament se succed. Într-adevăr, așa cum arată și M. Ainsworth, de îndată ce un copil poate merge de-a bușilea, el pleacă „în excursie” – este ceea ce numim sistemul de comportamente de explorare – depărtându-se uneori atât de mult încât iese din raza de observație a mamei. El revine totuși din când în când ca să se asigure că aceasta este prezentă și disponibilă – este ceea ce numim sistemul de comportamente de atașament – cu atât mai mult cu cât mama poate să fie ocupată cu treburi altele decât cele legate de îngrijirea copilului – este ceea ce numim sistemul de comportamente nelegate de îngrijirile materne.

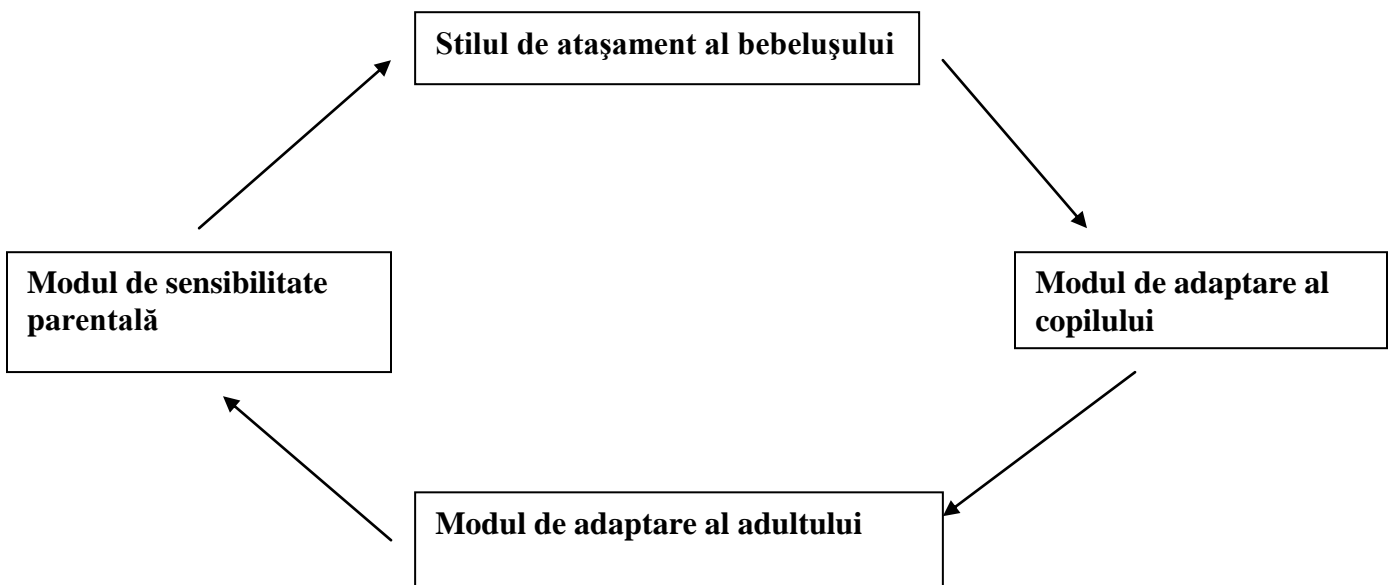
Sistemul de comportamente de explorare lasă repede locul sistemului de atașament și copilul este speriat dacă se lovește sau dacă figura lui de atașament se îndepărtează (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; Bowlby, 1969; Bretherton, 1985). În aceeași perspectivă, sistemul de comportamente nelegate de îngrijirile maternelle se oprește în cazul în care copilul se îndepărtează dincolo de o anumită distanță față de mamă sau atunci când timpul petrecut în afara câmpului ei vizual este foarte lung. În acest caz, mama va merge să-și vadă copilul ca să se asigure că totul este în regulă: este ceea ce numim sistemul de comportamente de îngrijiri maternelle. În sfârșit, protecția, ajutorul sau liniștirea pe care le oferă în mod ideal copilului figura de atașament permit să se răspundă favorabil funcției ultime a sistemelor de comportamente aflate în cauză – aceea de a promova supraviețuirea și reproducerea speciei (Bowlby, 1969).

Ca să rezumăm, vom spune că legătura psihologică dintre persoana atașată și figura de atașament se formează prin experiențele vieții de zi cu zi. Sistemele de comportamente de atașament și de îngrijiri maternelle favorizează proximitatea copilului față de figura lui de atașament. Sistemele de explorare și de absență a îngrijirilor maternelle favorizează în general adaptarea copilului sau, mai precis, dezvoltarea unor competențe diverse, printre care și autonomia.

Comportamentul de atașament, prezent așadar de la bun început, se va diversifica, se va extinde spre figuri auxiliare și va rezista toată viața, manifestându-se în forme destul de variate, uneori chiar simbolice.

Plecând de la experiențele cotidiene de îngrijiri maternelle, de explorare, de căutare a proximității sau de absență a îngrijirilor maternelle, copilul își construiește un sistem operațional intern al mediului înconjurător, al principalei sale figuri de atașament și al său.

ATAȘAMENTUL ÎN CICLUL VIEȚII COPIL - ADULT – PĂRINTE



Stilul de atașament al fiecăruia se definește în primii ani de viață, dar rămâne în general stabil de-a lungul întregii vieți și colorează într-un mod particular, mai mult sau mai puțin securizat, mai mult sau mai puțin încrezător, relațiile adolescentului și ale adultului, relațiile de cuplu, relațiile cu prietenii și cu colegii de muncă, dar și pe cele cu propriii copii.

Stilul parental, modul de a te comporta cu propriul copil este, în mare parte, o reproducere a ceea ce părintele însuși a observat și a învățat de la propriul părinte în primele luni și în primii ani ai existenței sale. Cum este părintele, așa va fi și copilul: prima relație de atașament servește, și în acest caz, drept un cadru de referință. Este modelul pe care părintele își fundamentează, uneori în mod inconștient, majoritatea atitudinilor pe care le adoptă față de bebelușul lui. El îi transmite astfel, la rândul lui, un stil de atașament.

Lucrările lui Mary Ainsworth demonstrează că există o legătură între comportamentul mamei și tipul de atașament dezvoltat de bebeluș. Diferențele de atitudine observate la copii au fost asociate cu diferențele înregistrate între mame în ceea ce privește modul mai mult sau mai puțin sensibil, mai mult sau mai puțin rapid și mai mult sau mai puțin potrivit în care ele răspund la semnalele de deznădejde ale bebelușului, mai ales în cursul primelor sale trei luni de viață.

MODEL OPERAȚIONAL INTERN POZITIV	MODEL OPERAȚIONAL INTERN NEGATIV
Ce gândește copilul:	
Despre el însuși	
<ol style="list-style-type: none"> 1. sunt dorit 2. sunt în siguranță 3. sunt capabil 	<ol style="list-style-type: none"> 1. sunt un nimic 2. nu sunt în siguranță 3. sunt incapabil
Despre părinții lui sau despre alte persoane afective de referință	
<ol style="list-style-type: none"> 1. sunt disponibili 2. reacționează bine 3. răspund nevoilor mele 	<ol style="list-style-type: none"> 1. nu sunt de încredere 2. nu reacționează bine 3. sunt amenințatori/sunt periculoși/mă resping

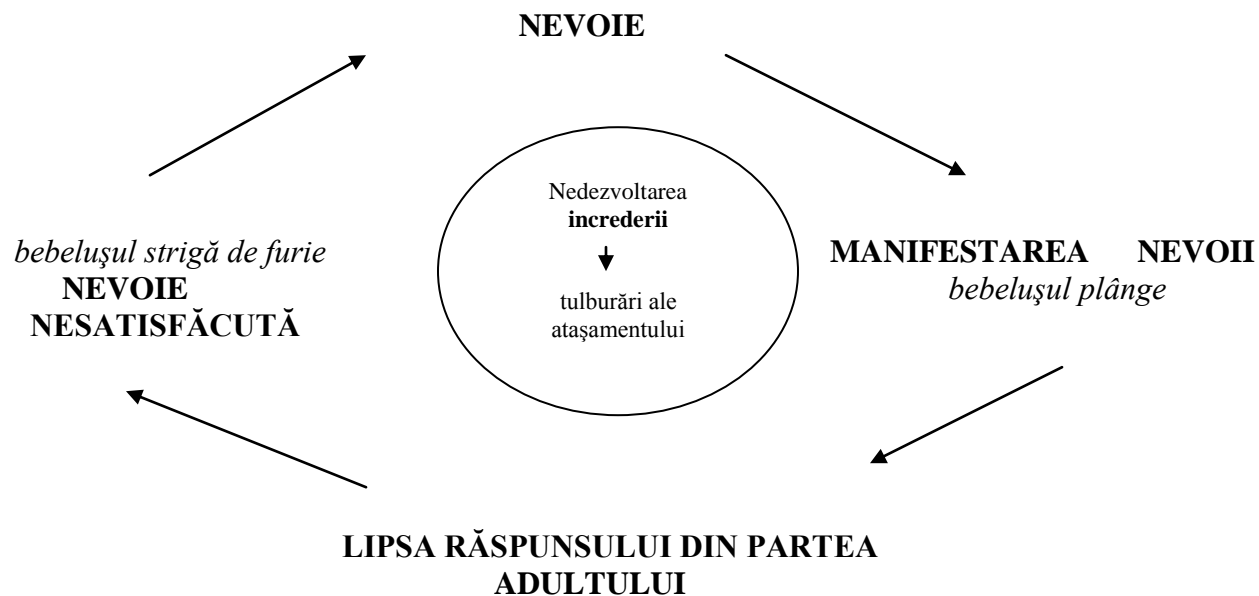
A. Bosworth, *L'enfant blessé, l'enfant qui blesse*, 2000, p. 18 și 20.

Dar dacă copilul trăiește experiențe negative repetate cu mama sa sau cu persoana care ține locul acesteia, se poate forma un model operațional intern al lui însuși conform căruia se percepe pe sine ca nedemn de a fi iubit sau acceptat și un model al figurii sale de atașament ca incapabilă să-i asigure siguranța fundamentală.

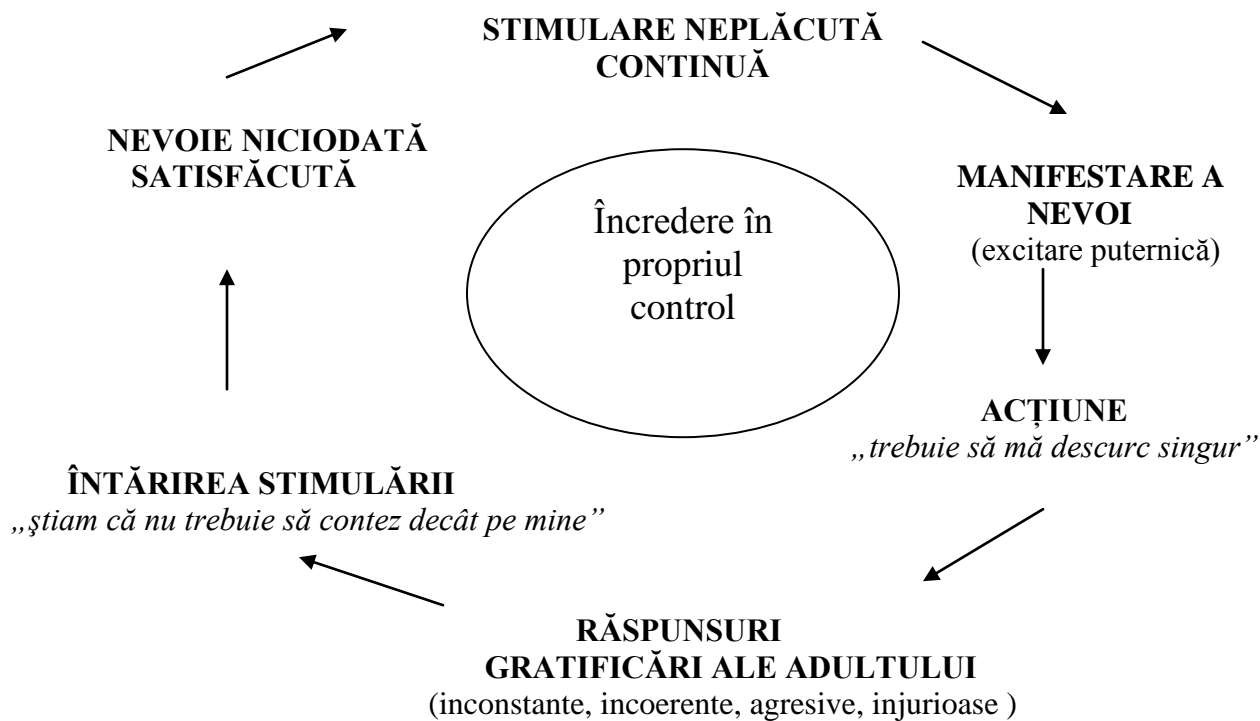
Dacă copilul este neglijat, ceea ce se întâmplă adesea în instituțiile în care personalul lipsește, sau dacă, în familie, este lăsat nesupravegheat, el își va manifesta nevoia până la epuizare fără ca cineva să răspundă acesteia. El este astfel obligat să se auto-gratificeze. Cu timpul, el va resimți din ce în ce mai puține nevoi și mai puține dorințe de interacțiune deoarece nimeni nu este acolo pentru el. Va învăța să nu aibă încredere decât în capacitatea lui de a se auto-gratifica.

Se poate întâmpla ca, atunci când manifestă o nevoie, copilul să fie agresat fizic sau verbal. Îngrijirile pe care le primește nu sunt, în general, sensibile la nevoile lui. Nu există așadar o gratifiere a adevăratelor sale nevoi și/sau abuzul este cel care se va transforma în gratifiere.

CICLUL NEGLIJARII



CICLUL MALTRATĂRII



Sursă: Adaptare făcută de Marielle Sulmoni plecând de la schemele lui J. PETERSON, *The invisible road*, Loving Homes publication, 1995, p.3 și A. BOSWORTH, *L'enfant blessé, l'enfant qui blesse*, 2000, p. 19.

Deoarece copilul nu poate fi sigur că nevoile sale vor fi satisfăcute și pentru ca, totuși, să se simtă cât de cât în siguranță, el începe să preia controlul și, prin urmare, să provoace maltratarea.

Cu timpul, nu îi mai este frică și nici nu mai simte durerea fizică. El învață că nu poate avea încredere decât în el pentru a-și satisface nevoile.

Cum nu are încredere în nimeni, nu învață să se identifice cu cineva și nu poate dezvolta compasiune, dragoste sau alte emoții pozitive rezultând din interacțiune. Singura modalitate de interacțiune pe care o cunoaște trece prin agresiune și violență.

Modelul operațional pe care copilul îl are, cu alte cuvinte reprezentările și așteptările pe care le-a construit ca urmare a primelor interacțiuni cu primii săi părinți, este apoi transferat în celelalte relații, cu părinții adoptivi, cu profesorii, cu egalii lui ...

Acest model este foarte rezistent la schimbări. Dacă copilul a fost respins, dacă părinții lui biologici sau anturajul lui au fost insensibili sau l-au tratat rău, el se va aștepta să întâlnească respingere și maltratare și din partea părinților adoptivi, chiar dacă aceștia sunt iubitori. El va aplica modelul lui operațional intern relațiilor sale viitoare cu alți adulți ca și tuturor relațiilor intime pe care le va cunoaște. Copilul repune constant și în mod inconștient în scenă ceea ce a trăit în primele lui relații, relații pe care se sprijină următoarele.

Putem înțelege, cu ajutorul acestor diferite cicluri de atașament, că unui copil adoptat îi poate fi mai mult sau mai puțin ușor să se atașeze de noii lui părinți, iar părinților mai mult sau mai puțin ușor să creeze legături cu copilul lor.

Care sunt circumstanțele care vor conduce la dificultăți de atașament?

Ați înțeles cu siguranță că eventuala neglijare sau maltratare pe care copilul o va putea suferi îl vor face să se teamă să aibă încredere în noii lui părinți. Dar primele îngrijiri sau, mai degrabă, insuficiența primelor îngrijiri pe care copilul le va fi primit în primul lui mediu de viață, în particular în cazul adopției internaționale, pot fi și ele factori de risc.

Dezvoltarea creierului în frageda copilărie, în primii 3 ani de viață, este exponențială și depinde înainte de toate de o alimentație adecvată, de o hrană afectivă și de stimulări diverse, ceea ce, din nefericire, lipsește într-o proporție variabilă copiilor care populează instituțiile din multe țări.

Studiile multor oameni de știință americani, canadieni, suedezi, australieni etc., printre care cele ale profesorului Jean François Chicoine, de la Universitatea din Montreal, care va veni peste două săptămâni în Belgia și va ține o conferință pe această temă, aceste studii au demonstrat, de exemplu, că un sfert dintre copiii adoptați din Europa de Est soseau în țara unde erau adoptați cu un perimetru cranian inferior **gradului 3** de creștere american sau european, ceea ce este de natură să neliniștească.

Organisme importante precum American Academy of Pediatrics au putut astfel să avanseze recomandări precise privind modul în care va fi supravegheat copilul adoptat: supravegherea creșterii creierului său, depistarea acelor infecții congenitale care întunecă viitorul copiilor din țările în curs de dezvoltare, deci a celor care cunosc adopția internațională.

Numeroase probleme ale copiilor adoptați pot fi explicate prin nașterea prematură, prin întârzierile de creștere și prin proasta hrănire a creierului. Aceste probleme sunt cunoscute, studiate și recunoscute de către profesioniștii care lucrează în sănătate dar, din cauza unor piedici culturale sau politice, ele nu pătrund în discursul care își propune să se ocupe și să-l însoțească pe copilul adoptiv către un „mai bine”. Întârzieri de creștere, malnutriție prelungită, alcoolizare fetală și microcefalie, de exemplu, au fost clar asociate cu o sărăcire a rețelei de conexiuni neurale, capabilă să explice o întârziere motorie sau intelectuală, o întârziere de vorbire sau un deficit de atenție.

Considerente care, prin ele însele, vor modifica capacitatea copilului de a fi adoptat. Și care vor pune în pericol capacitatea părinților săi de a-l accepta.

Evocarea acestor câtorva situații, care sunt departe de a fi exhaustive, vă permite să înțelegeți că un copil adoptat este, înainte de orice, un copil abandonat și că, pe deasupra, mulți dintre acești copii au trăit situații care pun în pericol dezvoltarea lor neuro-psihico-motorie precum și capacitățile lor de atașament.

În general, spune Johanne Lemieux, terapeut din Quebec, se poate afirma că toți copiii adoptați ca și toți copiii care au trăit despărțiri, oricare ar fi explicația acestora, cunosc, prin definiție, **obstacole de atașament**: ei au trăit în mod obligatoriu una sau mai multe rupturi înainte de a fi plasați într-o familie permanentă. În funcție de gravitatea sechelelor lor, de capacitatea de empatie și de nivelul de înțelegere al mizelor de către (noul) părinte, ei vor trebuie să „hotărască” să aibă încredere sau să nu aibă, apoi, eventual, să iubească și să se lase iubiți. Din fericire, cei mai mulți reușesc, păstrând totuși o oarecare nesiguranță cu privire la permanența legăturii, dar fără tulburări de comportament asociate.

O parte dintre copii vor păstra **tulburări de atașament** ușoare, medii sau destul de grave. Ei vor fi capabili de o formă de atașament (evitant, anxios, etc.) însoțită de mulți bemoli, de capcane, de auto-sabotaj, de testare, de mesaj dublu, de probleme de comportament, etc.

În sfârșit, o mică parte dintre ei vor păstra sechele mult mai adânci și vor suferi de o **dezordine de atașament** care impune îngrijiri multidisciplinare și psihiatrice. Această dezordine s-ar înrudi mai degrabă cu o tulburare pervazivă de dezvoltare decât cu o „simplă” atingere neuro-psihologică.

Îată de ce trebuie să ne modificăm atitudinea de întâmpinare a copiilor adoptați.

Este absolut obligatoriu, mi se pare, să-i pregătim pe părinți pentru o realitate încă necunoscută și să-l pregătim și pe copil, atât cât ne stă în putință.

Pregătirea părinților ar trebui să cuprindă, printre altele, informații clare și științifice despre particularitățile proprii copilului adoptat, despre consecințele medicale și psihologice ale abandonării sale și ale experienței de viață pre-adoptivă.

Această perioadă ar mai trebui folosită pentru a-i ajuta pe părinți să-și dea seama de propriile fragilități, de propriul lor doliu, de despărțirile pe care în mod inevitabil le-au trăit de-a lungul vieții. Toate acestea sunt capitale în măsura în care fragilitățile și dificultățile copilului pot să reactiveze fragilitățile și dificultățile proprii părinților și să-i fragilizeze în rolul lor de părinți. Un copil adoptat, ca și un oricare altul, nu are nevoie de un părinte perfect, dar are fără îndoială nevoie mai mult decât oricare altul de un părinte solid. Este așadar indispensabil ca viitorul părinte să-și exploreze propriile fragilități și să caute modalitățile care să-i permită să le consolideze înainte de a se aventura în adopție.

Este de asemenea necesar ca noua familie să fie susținută pe întreaga durată a primului an; la nevoie, chiar și mai mult

Iată, în cele ce urmează, metoda numită *CAAASE*¹ propusă de Johanne Lemieux pentru a-i susține pe părinți în acest prim an.

Este vorba despre un proces secvențial care ne permite să înțelegem mizele puse în joc. În fapt, este foarte greu să indici termene foarte clare pentru că nu există un model științific validat cu ajutorul căruia să descriem reacțiile fizice sau emotive ale unui copil adoptat. Perioadele indicate după fiecare etapă sunt strict orientative. Ele se apropie pur și simplu de observațiile făcute de autor în experiența sa clinică; depind de numeroși factori printre care gravitatea sechelelor din perioada pre-adoptie, capacitatea de rezistență la șocuri a copilului, starea lui de sănătate la sosire, disponibilitatea fizică și emoțională a părinților, durata concediului parental, coerența intervențiilor echipei parentale, îndemânarea părinților în a îngriji, a decoda și a interveni pentru a favoriza atașamentul, dar și de evenimente imprevizibile de după adopție cum ar fi decesul unui părinte, divorțul sau o sarcină-surpriză. Între etape există bineînțele zone de tranziție sau alte etape pe care dv. sau alții le-ați putea sublinia. În funcție de evenimentele vieții, pot de asemenea să existe perioade de regresie la o etapă precedentă, dar, în general, fără o pierdere totală a celor ce au fost dobândite. Etapele trăite de copii corespund de asemenea cu etapele trăite de părinți adoptivi. *CAAASE* nu este un model absolut.

El începe cu *Ș* de la *șoc* (franc. *choc*): fie că are loc într-o instituție belgiană, la celălalt capăt al lumii sau pe un aeroport, momentul primului contact este trăit ca un șoc atât de copil cât și de noii lui părinți. Un șoc poate fi definit ca „o zdruncinare psihologică sau fizică cauzată de o întâlnire uneori violentă a unui obiect sau a unei persoane cu un alt obiect sau cu altă persoană sau a unei persoane cu un eveniment neprevăzut și dificil”. Un șoc provoacă întotdeauna manifestări fizice și psihice intense și copleșitoare. Pregătit sau nu pentru intrarea noilor părinți în viața lui, copilul va trăi tranziția de la viața lui trecută la noua lui viață ca pe un șoc. O schimbare rapidă a universului mirosurilor, gusturilor, sunetelor, al persoanelor care se ocupă de el poate da naștere, la un sugar, unui sentiment de mare nesiguranță. Vor urma manifestări de doliu afectiv și fizic: mânie sau o stare depresivă, refuz de a mânca, refuz de a dormi, privire angoasată sau plină de spaimă. Pe plan neurofiziologic, nivelul hormonului de stres, numit *cortizol*, poate fi modificat. Un copil mai măricel, de doi-trei ani, va trăi aceleași pierderi a reperelor senzoriale, aceleași manifestări fizice și emotive. În plus, el trăiește durerea conștientă a despărțirii de persoanele importante pentru el: doica, mama și tatăl din familia de plasament. Într-una dintre cărțile lui, Maurice Berger descrie acest șoc al rupturii de mediul care îl ocrotește ca un „kidnapping simbolic”. Alți autori nu ezită chiar să pretindă că „ajustarea superficială” de după adopție a copiilor adoptați mai măricei ar semăna în mod straniu cu *sindromul Stockholm*, sindrom caracterizat printr-o alianță artificială între o persoană răpită și cei care au răpit-o, alianță având drept scop să placă pentru a supraviețui. Este vorba, din fericire, despre o reacție temporară și inconștientă care se transformă, în majoritatea cazurilor, în sentiment sincer și profund. Starea intensă de șoc poate dura între 48 și 72 de ore, uneori mai mult.

Urmează *Î* de la *îmblânzire* (franc. *apprivoisement*): etapa îmblânzirii se caracterizează printr-o scădere treptată a manifestărilor de hiper-vigilență, aceste emoții copleșitoare. Copilul continuă să-și observe cu atenție noii părinți chiar dacă nu-i privește încă în ochi. Ceea ce observă sunt acțiunile, gesturile, starea emotivă a acestor doi adulți „care vorbesc ciudat, miros ciudat și se comportă bizar”. În această etapă, copilul trebuie să hotărască

¹ În română, cuvântul, care este de fapt un acronim, ar avea drept corespondent *SIAAIE*, format din inițialele cuvintelor *șoc, îmblânzire, adaptare, atașament, înțarcare, echilibru*.

definitiv că, alături de ei, nu riscă absolut nimic. Noii părinți au sarcina de a răspunde nevoilor de bază ale copilului: să-i dea să mănânce, să-l culce într-un loc sigur, să-i vorbească liniștit, să răspundă cu blândețe manifestărilor lui de deznădejde fără să impună imposibilul. Așa cum ar face-o cu un mic animal cuprins de spaimă, părinții trebuie să-l îmblânzească pe copil pentru ca acesta să nu se mai simtă în pericol alături de ei. Nu este momentul ca părinții să încerce să vadă în gesturile copilului manifestări de dragoste adâncă sau de ură definitivă. Părinții trebuie să-l îmblânzească pe copil, să-i câștige încrederea pentru ca acesta să nu se mai simtă în pericol alături de ei. Această etapă durează în general atât cât durează călătoria în străinătate și, în plus, câteva zile după întoarcerea acasă.

Apoi A de la *adaptare* (franc. *adaptation*): începutul adaptării are loc în momentul în care se ajunge acasă. În acel moment, copilul trebuie să învețe o mie de lucruri în același timp: rutinele vieții, orele de somn și de masă, regulile de siguranță, scara și pasajul pe unde traversează pietonii, noi gusturi și moduri noi de a pregăti mâncarea, senzația provocată de scutecele din hârtie sau pur și simplu de scutece, hainele și, în special, paltonul și ghețele pentru cei care vin din țări calde, noile zgomote și, în sfârșit, arhitectura casei, sertarele, bibelourile, ușile, covoarele, aparatele electrice, mașina și faimosul ei scaun pentru copil, animalele domestice, etc. Etapa de adaptare variază mult în funcție de copii, dar, în general, trebuie să socotești cel puțin 2-3 luni pentru sugari și între 6 și 12 luni pentru copilul care este mai mărișor atunci când ajunge în noua familie.

Vine după aceea A de la *atașament* (franc. *attachement*): iată-ne ajunși în miezul problemei! Contrar credinței celei mai răspândite, atașamentul are mult mai multă legătură cu un sentiment profund de siguranță decât cu sentimentul de a fi iubit. Sentimentul de mare siguranță și de încredere totală se țese atunci când copilul descoperă răspunsuri adecvate la deznădejdile lui. Nimeni nu poate contesta faptul că bazele sentimentului de atașament se pun încet, dar sigur de-a lungul etapelor de îmblânzire și de adaptare. Prezența constantă și liniștitoare a unui părinte care își face timp pentru a încuraja învățarea tuturor noilor cunoștințe necesare pentru a trăi în noul lui mediu îl ajută pe copil să se simtă important, valabil și din ce în ce mai în siguranță. În mod inconștient, aceasta este etapa în care copilul hotărăște sau nu să aibă încredere și să se angajeze fără teamă. Acum, spaimile nocturne, regresiiile, mâniile pierd din intensitate. Dacă, bineînțeles, copilul hotărăște să aibă încredere. Să te atașezi de un nou părinte înseamnă să-ți încredințezi viața în mâinile lui. „Te iubesc, simt că mă iubești fără nici o condiție și mă simt în totală siguranță alături de tine”. Să te atașezi de un nou părinte înseamnă nu numai să te simți iubit și, reciproc, să nutrești un sentiment de dragoste față de el: înseamnă să ai încredere în el, să fii sigur că se întoarce întotdeauna, seara, acasă.

Un copil care este sigur de atașamentul față de ai săi devine un mic explorator: el poate crește, poate să-și facă propriile experiențe, să se îndepărteze cu câțiva metri, să stea câteva ceasuri cu un alt adult având totodată sentimentul că se află în siguranță. Trăiește, în sfârșit, sentimentul să poate să urce Everestul vieții pentru că acum are o tabără de bază solidă, disponibilă, vigilentă, dar pe care nu trebuie să o care după el. Atașamentul devine mai sigur după o perioadă de 3 până la 6 luni de la sosirea copilului, uneori mai târziu; când copilul este mai mărișor, atașamentul devine mai sigur câțiva ani mai târziu.

Urmează *I* de la *înțarcare* (franc. *sevrage*): unii copii se atașează atât de puternic de noii lor părinți încât nu se mai despart de ei nici o clipă. Copilul devine un fel de mic ursuleț koala care se agață cu disperare de blana persoanelor pe care le iubește; și asta, din cauza celor trăite înainte de adopție, a personalității sale și din cauza atitudinii de supraprotecție a noilor săi părinți. Această atitudine este normală în primele săptămâni sau luni de după adopție. Dar dacă durează mai mult de șase luni, este cazul să ne punem întrebări serioase: copilul dezvoltă sau menține împreună cu noul său părinte ceea ce numim o angoasă de despărțire. Un sentiment de panică se instalează de îndată ce părintele nu mai este, fizic, aproape. Somnul devine agitat. Acest atașament nu este nici sănătos, nici de dorit și, în plus, ar putea fi dăunător pentru dezvoltarea autonomiei copilului, a

abilităților lui sociale și a încrederii în el însuși. Un părinte trebuie să descopere originea acestor comportamente și să găsească mijloacele de a le îndrepta. Este o problemă care ține de compasiune și de curaj. Un copil care se îndoiește de atașamentul părinților săi, care este anxios, ambivalent sau dezorganizat dă dovadă de o eficiență periculoasă în a controla atitudinile și hotărârile părinților lui. El reușește să-i țină captivi într-o relație simbiotică. Într-o manieră instinctivă și inconștientă, el se folosește de panica lor, de mânia sau de tristețea lor pentru a-i controla. Este convins că se află în primejdie dacă nu îi controlează. Pentru a evita cu orice preț crizele copilului, părinții intră atunci într-un cerc infernal. Ei își pierd autoritatea, energia și, mai ales, sentimentul de competență parentală. Copilul, în ceea ce-l privește, nu-și dezvoltă abilitățile necesare pentru a-și integra emoțiile. Iată de ce trebuie făcute, în această etapă, „abandonuri” terapeutice: copilul trebuie lăsat în grija unei persoane de încredere, la început câteva minute, apoi câteva ore și, la sfârșit, chiar o zi întreagă. În mod ideal, aceste abandonuri terapeutice trebuie începute treptat, la câteva săptămâni după sosirea copilului; de aici, importanța extremă a unui lung concediu parental de șase luni sau, și mai bine, de un an. Copilul trebuie liniștit în ceea ce privește motivele pentru care părintele pleacă: nu este un abandon, nici o respingere, nu se află în pericol în compania doamnei care stă cu el între timp: „mama/tată te va iubi întotdeauna, dar acum merg la teatru și mă întorc peste trei ore, promit”. Copilul va face, cu certitudine, o criză mai mică sau mai mare dar, pe măsură ce părintele va pleca și se va întoarce, copilul va înțelege că nu mai este sau că nu este în pericol. În unele situații mai dificile, este de preferat să fie consultat un specialist. Există tehnici de joc care favorizează atașamentul și tehnici de acompaniere care favorizează învățarea ascultării și, mai ales, învățarea controlului sănătos al emoțiilor. Perioada de înțarcare treptată ar trebui să se termine, în mod ideal, cel mai târziu la un an de la sosirea copilului. Este momentul cel mai favorabil pentru reluarea lucrului și pentru a-l încredința pe copil unei instituții (grădiniță, de exemplu). Înainte de a-l face să descopere o grădiniță cu program prelungit, este bine să fie introdus în acest mediu nou trecând printr-o grădiniță cu program normal: asta pentru ca el să se adapteze la noua sa viață și să nu o considere încă un abandon, care se adaugă celorlalte. Este demn de subliniat faptul că durata concediului de adopție este ridicol de mică în raport cu mizele ei, chiar dacă, de curând, durata lui a fost mărită. În Canada, urmare a cercetărilor făcute de profesorul Steinhauer asupra atașamentului în fragedă copilărie, durata concediului de maternitate și/sau de adopție a fost crescută la 45 de săptămâni.

Și, în sfârșit, *E de la echilibru* (franc. *équilibre*): pentru că trebuie să tindem către un echilibru între dependența normală a unui copil față de părinte și încurajarea către o autonomie liniștitoare și stimulantă în care copilul învață să aibă încredere în el însuși tot așa cum, acum, are încredere în noul părinte. Faza de echilibru ar trebui să se instaleze după 6-12 luni de la sosirea copilului. Ea va cere o activitate susținută pentru tot restul vieții părinților.

Care sunt riscurile legate de un atașament insuficient sau perturbat?

Mai multe studii mai mult sau mai puțin recente, efectuate, în special, în diferite țări anglo-saxone, își propun să demonstreze că populația copiilor adoptați recurge mai des la ajutorul de tip psihologic, psihiatric chiar, că prezintă tulburări de comportament mai numeroase și mai multe diagnostice psihiatrice grave decât populația generală corespunzătoare atât din punctul de vedere al sexului, cât și al vârstei sau al mediului de viață.

Brodzinsky, D: *Long-term Outcomes in Adoption*, The Future of Children, vol. 3, 1, 1993.

În SUA, 2% din populația sub 18 ani este adoptată, dar 5% dintre copiii îngrijiți în centrele de sănătate mentală sunt adoptați; între 10% și 15% dintre copiii plasați în case de copii sau în instituții psihiatrice sunt adoptați; 6,7% dintre copiii care urmează un învățământ special pentru probleme neurologice, 5,4% dintre copiii care

urmează un învățământ special pentru probleme senzoriale și 7,2% dintre copiii care urmează un învățământ special pentru probleme afective sunt adoptați.

Profesorul Brodzinsky (New Jersey, Statele Unite) împreună cu alți specialiști au efectuat, cu ajutorul CBCL (Child Behavior Checklist, din Achenbach), anchete având drept subiecți părinți de copii adoptați și ne-adoptați de aceeași vârstă și care trăiesc în medii asemănătoare.

La copiii cu vârsta între 6 și 12 ani, părinții semnalează dificultăți de comunicare la 20% dintre băieții adoptați față de 4,6% dintre băieții ne-adoptați și o hiper-activitate la 8,2 % dintre băieții adoptați față de 0% la băieții ne-adoptați. În cazul fetelor, ei semnalează 13,9% tulburări depresive față de 3% la populația generală, 13% hiper-activitate și 10,8% agresivitate, asta în timp ce părinții celorlalți copii evaluați nu semnalează astfel de probleme.

La adolescenții cu vârsta între 12 și 17 ani, adoptați bebeluși, ei au reținut de 2,5 ori mai multe consultări psihologice și psihiatrice decât la populația generală.

Chiar dacă aceste cifre țin seama de faptul că părinții adoptivi se îngrijorează mai repede și merg mai repede la doctor, faptul nu este suficient pentru a explica diferența.

Verhulst, F *et alii*: *Problem Behavior in International Adoptees*, J Am Acad Child Adolesc. Psychiatry, 29:1, 1990.

Profesorul Verhulst, din Amsterdam, a studiat, cu ajutorul CBCL chestionar adresat părinților, copiii olandezi adoptați din străinătate. El a comparat 2 148 de copii adoptați cu vârsta între 10 și 15 ani cu populația generală a copiilor de aceeași vârstă trăind în Olanda.

La băieții adoptați, el a descoperit de 2 ori mai multe probleme de comportament de tip hiper-activitate sau delicvență decât la băieții ne-adoptați de aceeași vârstă. La băieți și la fete, a observat mai puține competențe sportive decât la copiii de aceeași vârstă din populația generală.

El mai constată de asemenea că, cu cât copilul este adoptat la o vârstă mai înaintată, cu atât va avea mai multe probleme de comportament afectiv și dificultăți școlare.

Problemele cele mai des observate sunt:

1. la băieți: delicvență (furt, vandalism, minciună, înșelăciune, absenteism școlar ...) și non-comunicare (timiditate, refuz de a vorbi, izolare, tristețe, depresie, privire pierdută ...)
2. la fete: cruzime (distrugerea bunurilor personale și a bunurilor celorlalți, cruzime față de animale, față de ceilalți copii; agresivitate ...), depresie (retragere, timiditate, refuz de a vorbi, depresie, încetineală ...) și tendințe schizoide (halucinații auditive, privire pierdută, idei ciudate, vis cu ochii deschiși, comportament straniu ...)

Pentru a-și duce și mai departe ancheta, profesorul Verhulst a realizat interviuri cu 132 de copii adoptați în vârstă de 14 ani și cu părinții acestora, comparându-i cu copii ne-adoptați de aceeași vârstă. Chestionarele completate de părinți și tineri erau apoi verificate în mod independent de 3 psihiatri pentru a se pune, la nevoie, diagnostice psihiatrice.

El a constatat 22% tulburări psihiatrice la fete și 36% la băieții adoptați, adică o medie de 28% față de populația generală care se situează, conform unor studii diferite, între 17% și 21%. Aceste tulburări sunt, în principal, tulburări de conduită: comportament antisocial (mai ales la băieți), relații proaste mai ales cu părinții și cu cei de aceeași vârstă, probleme afective (mai ales la fete).

Trei ani mai târziu, el a studiat din nou populația de copii adoptați. Tinerii aveau acum între 13 și 18 ani.

În general, părinții semnalau probleme la 29% dintre băieți și la 17% dintre fete (față de mai puțin de 10% la populația generală). 22% dintre băieți și 18% dintre fete recunoșteau că au dificultăți. 20% dintre adolescenții adoptați prezentau un comportament delicvent față de 2% la populația normală; la fete, 8,5% față de 1,3%.

Benson, P *et alii*: *New Study Identifies Strengths of Adoptive families*, Search Institute, 1994.

Search Institute (din Statele Unite) a făcut o anchetă, în 1992-93, la 715 familii din 4 state care adoptaseră, între 1974 și 1980, un copil cu vârsta sub 15 luni, născut în Statele Unite. În momentul anchetei, acești copii au între 12 și 18 ani. Ei au fost comparați cu adolescenți de aceeași vârstă ne-adoptați și cu frații și surorile lor biologici. Nu au fost reținute decât puține probleme de identitate, 54% dintre acești copii erau bine atașați de cei 2 părinți, 30% numai de unul dintre părinți iar 16% nu erau atașați.

75% dintre copii nu prezentau probleme de sănătate mentală.

S-a remarcat faptul că familiile adoptive erau mai stabile decât media familiilor din aceleași state (11% divorțuri față de o medie de 28%) și că 75% dintre copii nu prezentau probleme de sănătate mentală.

Conform părerii specialiștilor, aceste rezultate excelente sunt datorate:

1. adopției precoce (înainte de 15 luni)
2. sprijinului în post-adopție asigurat de organismele de adopție ca și de alte diferite organisme benevole și de stat
3. atașamentului foarte puternic dintre părinți și copil și dintre copil și părinți
4. unei bune calități a ajustării adoptatului la familia sa
5. unei educații eficiente
6. unei abordări pozitive a problemelor proprii familiilor adoptive
7. unei gestionări eficiente, de către părinți, a ceea ce poate amenința bunăstarea tânărului adoptat.

Aceste rezultate se pot citi și în sens invers: 25% dintre tinerii evaluați prezintă probleme de sănătate mentală și 16% tulburări grave de atașament – ceea ce confirmă rezultatele studiilor precedente.

În plus, în acest studiu au fost selecționate situațiile în care adopția pune cele mai puține probleme: copii adoptați la o vârstă foarte fragedă, în adopție internă – ceea ce înseamnă, pentru cei mai mulți, nici un fel de sau foarte rară neglijare sau maltratare și nici un fel de problemă culturală.

Hjern, A *et alii*: *Suicide, psychiatric illness and social maladjustment in intercountry adoptees in Sweden: a cohort study*, *Lancet*, 2002, 360: 443-448.

Acest studiu, cel mai recent, publicat în *Lancet* și foarte des citat în diferite publicații, se referă la 11 320 adulți care trăiesc în Suedia, adoptați din străinătate, născuți între 1971 și 1979. Ei au fost comparați cu frații și surorile lor născute în Suedia, cu 4 000 de imigranți și cu 853 429 suedezi având aceeași vârstă.

Se constată la acești tineri adulți adoptați, comparativ cu frații biologici și cu ceilalți suedezi, de 3 până la 4 ori mai multe tentative de suicid sau de deces prin sinucidere, de 3 până la 4 ori mai multe internări în mediu psihiatric, de 2 până la 3 ori mai multă toxicomanie, alcoolism și acte criminale.

Se regăsesc cifre asemănătoare în ceea ce privește tulburările mentale și inadaptația socială la nivelul populației imigrante.

Hallet, F: *Enquête PETALES*, 2002.

PETALES este o asociație fără scop lucrativ care reunește câteva sute de familii din Belgia, Franța și Quebec (Canada).

Ea reunește părinți care au probleme sau care suferă: relațiile cu copiii lor, adoptați în cea mai mare parte, sunt foarte dificile, conflictuale, comportamentele copiilor lor sunt greu de înțeles și de gestionat în viața de zi cu zi – și asta încă de când copiii erau foarte mici.

Noțiunea de tulburare a atașamentului – care se referă la o experiență de viață anterioară, pre-adoptie, a copilului lor – le-a părut acestor părinți coerentă cu experiența lor de viață și le-a permis să abordeze aceste dificultăți într-un mod diferit, să aibă atitudini diferite, ceea ce a condus adesea la o îmbunătățire a situației lor familiale.

Într-o anchetă realizată printre părinții membri ai PETALES din Belgia, am analizat răspunsurile date la un chestionar de către 37 de familii având fiecare între 1 și 9 copii cu vârste cuprinse între 8 și 38 de ani – adică 116 copii, dintre care 49 (adică 42%) erau considerați de către părinții lor ca prezentând tulburări de atașament. Ancheta nu s-a ocupat decât de un număr redus de familii iar diagnosticul de tulburare de atașament nu a fost pus de specialiști. Pe de altă parte, rezultatele nu reflectă în mod obligatoriu situația de la nivelul populației generale dat fiind că nu aderă la această asociație decât părinții care au dificultăți; trebuie observat pe de altă parte că acești părinți au sau nu au adesea și alți copii adoptați care nu ridică acest tip de probleme. O dată exprimate aceste rezerve, datele culese sunt totuși destul de neliniștitoare.

Printre acești 49 de copii, 39 sunt sau au fost adolescenți: se constată la ei 62% toxicomanie ocazională sau regulată, 25% consum regulat de băuturi alcoolice, 46% relații sexuale precoce regulate sau ocazionale (din care 13% țin de prostituție), 33% comportamente delictive (furt, agresiune, conducere fără permis, arme în buzunar ...).

Din totalul copiilor, 80% au consultat un psihiatru sau un psiholog iar 29% au fost internați într-un serviciu de psihiatrie. 40% sunt monitorizați de servicii de asistență pentru tineri, 35% au avut de-a face cu un judecător pentru copii, 12% au efectuat un stagiu în IPPJ iar 24% trăiesc sau au trăit în IMP.

Aceste cifre impresionante trebuie fără nici o îndoială puse în legătură atât cu tulburările de neuro-dezvoltare legate de diferite carențe și de dificultățile de atașament ale copiilor adoptați, cât și cu atitudini inadecvate ale părinților care au fost prost pregătiți și prost sprijiniți.

O nouă perspectivă asupra adopției? Da, cu siguranță! În favoarea unei politici mai responsabile, mai coerente și mai ajutătoare, astfel încât toate persoanele interesate să țină mai mult seama de particularitățile copiilor adoptați, părinții să fie mai bine informați, pregătiți și sprijiniți iar fiecare copil, fiecare familie să fie privită cu empatie și cu bunăvoință.

BIBLIOGRAFIE

1. **Aubry, J.** (2003) *Psychanalyse des enfants séparés*. Denoël, Paris.
2. **Bowlby J.** (1969) *Attachment and loss; vol 1. Attachment* New York Basic Books; *Attachement et perte: vol.1. l'attachement*, 1^e éd. PUF, Paris 1978
3. **Bowlby, J.** (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation*. New York: Basic Books; *Attachement et perte: vol.2. séparation, angoisse et colère*, 1^e éd. PUF, Paris, 1978

4. **Bowlby, J.** (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss, sadness, and depression*. New York: Basic Books; *Attachement et perte: vol.3. la perte, tristesse et dépression*, 1e éd. PUF Paris, 1984
5. **Broos, D. et Van Dun, K.** (1997) *Hou me (niet) vast*. Garant Leuven, Apledoorn
6. **Chicoine, JF, Germain, P et Lemieux, J** (2003). *L'enfant adopté dans le monde (en quinze chapitres et demi)*. Editions Hôpital Ste Justine, Université de Montréal.
7. **Cline, F.** (1992). *Hope for high risk and rage-filled children*. Evergreen, CO: EC Publications
8. **Delaney, R.** (1991). *Fostering changes: treating attachment disordered foster children*. Fort Collins, CO: Walter J. Corbett Publishing.
9. **De Lange, G.** (1991) *Hechtingsstoornissen, orthopedagogische behandelingsstrategieën*. Dekker & van de Vegt, Assen
10. **De Lange, G.** (1997) *Leren wandelen aan vaders hand*. Buijten 1 Schipperheijn, Amsterdam.
11. **Eldridge, S.** (2003). *Parents de cœur*, Albin Michel. (traduction de Twenty things adopted children want their parents to know).
12. **Graham, P, Turk, J et Verhulst, F.** (2001) *Child Psychiatry, a developmental approach*. Oxford University Press.
13. **Guedeney, N et A** (2002). *L'attachement, concepts et applications*. Masson.
14. **Hoksbergen, R.A.C. et les accompagnateurs du projet Roumanie** (1999). *Adoptie van Roemeense kinderen*. Utrecht, Afdeling Adoptie.
15. **Hoksbergen, R.A.C., Stoutjesdijk, F., Rijk S., van Dijkum, C. et Rijk, K.** (2001). *Posttraumatische Stress-reactie bij Roemeense adoptiekinderen*. Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 40, 10, p.475-488.
16. **Matthijsen, F.** (pseudonyme de G. De Lange) (1991) *Zand in je eten*. Dekker & van de Vegt, Assen.
17. **Noël, L.** (2004) *Je m'attache, nous nous attachons*, Sciences et Culture, Montréal
18. **Pierrehumbert, B.** (2003). *Le premier lien, théorie de l'attachement*. Odile Jacob.
19. **Rygaard, N.P.** (1998) *Psychopathic Children: Indicators of Organic Dysfunction. A study of 48 AD children*. in Millon, T. et al., ed.: *Psychopathy. Antisocial, Criminal and Violent Behavior*. Guilford Press, NY
20. **Rygaard, N.P.** (2005) *L'enfant abandonné : guide de traitement des troubles de l'attachement*, traduction de F.Hallet, De Boeck Université.
21. **Smis W.** (1974) *Het verwaarloosde kind*. Universitaire Press.
22. **Stams, G.S., Juffer, F, Rispen, J. et Hoksbergen, R.A.C.** (2001). *Het functioneren van zevenjarige kinderen die als baby uit het buitenland werden geadopteerd*. Kind en Adolescent, 22, 3,p.114-140.
23. **van Egmond, G.** (1987) *Bodemloos bestaan, problemen met adoptiekinderen*. Ambo, Amsterdam.
24. **van Egmond, G.** (2001) *Verbinding verbroken, adoptie in adolescentie*. Ambo, Amsterdam.
25. **Verrier, N.W.** (1993). *The primal wound: understanding the adopted child*. Baltimore, MD: Gateway Press. *L'enfant adopté : comprendre la blessure primitive*, traduction par F.Hallet, De Boeck Université 2004.

INTERVENȚIA DOMNULUI P. KAISIN

Câteva reflecții plecând de la îngrijirile psihiatrice acordate copiilor și familiilor care cunosc suferințe legate de atașament.

*P. Kaisin Responsabil al unității „Mosaïque”
Spitalul psihiatric „La Petite Maison”
1450 Chastre*

Intervenția mea îmi pune două probleme: mai întâi, ea este plasată la sfârșitul acestei zile de dezbateri, așa putea așadar să repet ceea ce a fost deja spus de alți oratori. Apoi, ea își are rădăcinile în experiențe trăite într-un loc anume – spitalul psihiatric – care pentru mulți (tineri, familii, dar și profesioniști) rămâne încă pe nedrept asociat cu imagine de eșec, de ultim recurs, de ultimă șansă ...

Așa încât voi încerca să mă sprijin pe ceea ce oratorii precedenți au schițat deja pentru a sublinia faptul că ceea ce este în joc în acest timp și în acest spațiu „de la capătul cursei” ne trimite aproape întotdeauna la ceea ce a fost prost „jucat” la începutul acesteia.

Această întoarcere la origini, într-un anumit fel, ne invită să gândim la ceea ce ar trebui să instituim, la lucrurile la care ar trebui să fim atenți încă din primele momente ale întâlnirii de „adopte reciprocă” dintre un tânăr și o familie.

De la bun început voi spune - chiar dacă acest lucru reprezintă pentru mulți o evidență – că îngrijirile psihiatrice acordate unui tânăr presupun întotdeauna, în același timp, îngrijiri acordate familiei sale (părinți, chiar frați și surori și, uneori, bunici) și o atenție particulară pentru suferința pe care ei o împărtășesc constatând că problema legăturilor, a atașamentului nu se rezolvă de la sine ci dă naștere la o întreagă serie de dificultăți greu de gestionat în viața de zi cu zi.

Atunci când acești tineri și familiile lor ajung la noi, suntem frapați de faptul că, **mulți ani după ce lucrurile s-au petrecut, părinții și copiii pun în evidență experiențe de viață, simțăminte legate de primele legături senzoriale pe care le-au stabilit împreună.** Mă gândesc, de exemplu, la mama unui adolescent care ne-a relatat: „Știi, când am ținut prima oară acest copil în brațe, mi-am spus: *ce pute copilul ăsta!*” În legătură cu care descoperim că, deși are 12 sau 13 ani, prezintă încă probleme de enurezis și de encoprezis, continuând astfel „să miroasă urât” ... În momentul întâlnirii dintre această mamă și acest copil, mama nu a îndrăznit să vorbească despre ceea ce simțea (culpabilitate, jenă față de ceea ce s-ar putea gândi despre ea ...) și, după aceea, nimeni nu a mai vorbit despre acest lucru: toate emoțiile trăite în acest prim moment al întâlnirii rămân, ani de zile, ne-simbolizate prin cuvânt. Înțelegem astfel de ce ele nu se pot exprima decât printr-o punere în act adresată de tânăr mamei sale și tatălui său în realitatea relației lor.

Este așadar foarte important ca aceste prime momente, întâlnirea dintre copil și familie, să fie sprijinite, ca ceea ce fiecare simte față de aceste prime experiențe să fie exprimat, chiar și sau în special ceea ce este „negativ”: decepțiile, temerile ... „Când l-am văzut pentru prima oară, nu mi-a plăcut, afirmă mama, și mi-am spus că n-o să mă iubească niciodată. După zece ani, consider că tot nu mă iubește și sufăr cumplit din această cauză.” Sau: „Încă de la început, copilul ăsta nu mi-a plăcut; am avut întotdeauna impresia că ar fi trebuit să spun nu, că nu ar fi trebuit să-l adopt. Dar nu am avut curajul să spun nimic ...” Sau, invers, dar similar de fapt: „Ne-a privit și am simțit că ne alege. Acum însă ne respinge; este insuportabil!”. Așadar, **nimic din toate acestea nu a fost spus ani și ani de zile**, nimeni nu i-a putut ajuta pe acești părinți și pe acest tânăr să-și reprezinte lucrurile, să le simbolizeze, să le pună în cuvinte, **așa încât avem impresia că, împreună, părinții și copiii nu au altă soluție decât să le pună în act, oricare ar fi suferința pe care acest lucru o presupune pentru fiecare dintre ei.**

În anumite situații, ceea ce este resimțit ține de altceva: tatăl s-a dus să o ia pe fetița adoptată din America de Sud, mama a rămas să se ocupe de ceilalți copii. Tatăl și fetița au rămas împreună, acolo, câteva săptămâni și, atunci când au ajuns în Belgia, nu a mai fost loc și pentru mamă. Mama nu a știut să-și găsească acest loc, tatăl nu a știut să i-l dea și avem impresia că, cu cât timpul trece, cu atât mai mult se adâncește prăpastia dintre pozițiile celor doi părinți. Și în acest caz, pentru că lucrurile nu au putut fi spuse, s-au creat distorsiuni la nivelul atașamentului dintre cei doi părinți. Copilul, apoi adolescentul, va observa și va testa această diferență; el va dezlănțui, prin intermediul valorilor și regulilor familiale, o criză a coerenței celor doi părinți vizavi de el, dar și a atașamentului dintre ei. Avem astfel **adesea de-a face cu poziții care se radicalizează, cu un părinte identificat drept părintele „cel bun”, protector, supra-protector chiar, și cu celălalt părinte identificat drept părintele „rău” și care maltratează.** Dacă, la acest nivel, nu se reușește nici un fel de intervenție, atunci se poate ajunge la situații de-a dreptul explozive.

Alt element important: situațiile de adopție sunt adesea considerate într-o manieră triunghiulară: copil, familie biologică și familie adoptivă. Personal, tind să consider această situație mai degrabă ca un patruleter, incluzând aici în mod sistematic un al patrulea element pe care l-aș numi „socialul”. Includ în acest „social” familia largită a celor doi părinți adoptivi, privirea exterioară – vecinii, prietenii, mai târziu școala – și, în sfârșit, profesioniștii. Pentru că noi participăm, cu voia sau fără voia noastră, la aceste situații de adopție dat fiind că putem supraveghea ceea ce se întâmplă. Și trebuie să gestionăm această supraveghere, atât în raport cu copiii (să nu fie supra-protejați, să fie confrunțați cu consecințele a ceea ce ei provoacă sau induc în situația dată), cât și în raport cu familiile. Și trebuie să observăm ceea ce se întâmplă. Pentru că **noi, profesioniștii, avem uneori tendința să instituim cu aceste familii același tip de relații pe care ele le-au avut cu copilul.** Ne lăsăm astfel prinși într-un mecanism în care avem într-adevăr tendința să supra-protejăm, pe de o parte și, pe de alta, să judecăm sau, eventual chiar, să agresăm.

Dacă vrem să lucrăm în mod coerent cu acești tineri și cu aceste familii, trebuie să operăm în calitate de specialiști cu emoțiile pe care copiii și familiile le provoacă în noi, conștienți fiind de faptul că aceste emoții pe care ne fac să le trăim nu sunt adesea decât o reflectare a ceea ce ei înșiși trăiesc. Nu putem acționa asupra lucrurilor care se întâmplă decât dacă suntem în contact cu propriile noastre emoții. Suntem confrunțați adesea cu sentimente de neputință, de incompetență, de neîmplinire. Nu este din vina familiei, sau a copilului sau din vina noastră ... ci din vina a ceea ce ei ne comunică, nouă, din ce trăiesc în relația lor, zi de zi. Și aceasta este și modalitate care ne va permite să acționăm pentru ca lucrurile să poată evolua. Trebuie să ne amintim permanent acest amănunt pentru a nu intra în rivalități, în tensiuni și în conflicte între noi și familie, pentru a nu ne lăsa prinși într-o oscilare permanentă între pozițiile de salvator, victimă și persecutor – care nu sunt, în definitiv, decât diferitele fațete ale unuia și aceluiași lucru.

Atunci când copilul este internat, spitalul devine un fel de scenă de teatru unde vor fi prezentate reprezentările non-simbolice legate de atașament, fie prin intermediul relațiilor pe care tinerii le vor stabili între ei sau cu specialiștii, fie prin intermediul relațiilor pe care specialiștii le stabilesc cu familiile. **În spațiul și în timpul spitalizării vom putea, dacă vom fi atenți, resimți reprezentările pe care persoanele le-au putut trăi și să construim încetul cu încetul, an după an, în jurul problemelor de atașament și de legătură.** Ne dăm astfel seama că noi, ca profesioniști, suntem mai mult sau mai puțin sensibilizați față de una sau alta dintre reprezentări și că, în echipă, nu toți sunt sensibilizați în același fel. De unde și ideea că, într-o echipă, ceea ce va constitui o legătură și va avea un sens este posibilitatea pe care o vor avea diferiți profesioniști de a vorbi despre reprezentările lor astfel încât schimbul de idei să conducă la construirea a ceva care să se apropie în mod sigur mai mult de realitate.

Problema distanței este capitală. Faptul că își dau seama că nu reușesc să trăiască împreună reprezintă adesea o mare suferință pentru copii și familiile lor. Ei văd în asta o dovadă suplimentară, după caz, a incompetenței lor de părinți, a bolii copilului lor, cele două interpretări fiind în fond și în egală măsură cele două fețe ale uneia și aceleași probleme. O mare parte din munca noastră consistă în a-i determina, și pe unii și pe ceilalți, să țină seama de faptul că atașamentul nu este numai o chestiune de distanță fizică. Nu este obligatoriu să fii alături și să stai lipit pentru a fi atașat, tot așa cum, în mod contrar, poți să fii perfect atașat aflându-te la sute de kilometri. Cea mai mare dificultate este să descoperi distanța care permite fiecăruia să se simtă bine cu el însuși și, în consecință, cu celălalt. Acest lucru introduce noțiunea de terț ca fiind un loc sau un moment în care poți să te afli la distanță și să rămâi atașat, terțul servind drept legătură între cei doi, oferind un spațiu-timp în care poți să trăiești, pentru o clipă, separat acționând în același timp asupra a ceea ce ne leagă.

S-ar putea, în cele din urmă, ca dificultățile de atașament să fie mai degrabă dificultățile mecanismelor de adaptare, de compensație care au fost instituite pentru a face față suferinței atașamentului. Adesea, **simptomele copiilor și comportamentele părinților nu sunt decât mecanisme pe care le pun în practică pentru a se adapta situației și pentru a compensa suferința de a nu reuși să trăiască un atașament sănătos.**

Jorge BARUDY numește aceste mecanisme, aceste simptome, *resocializare secundară*: persoana le creează într-o tentativă de a atenua suferința primară, cu riscul de a crea o alta. Pentru copii, aceste mecanisme sunt și o formă de adaptare la traumatismul pe care l-au putut trăi la un moment dat.

În abordarea acestor situații, este foarte util să pornim de la idea că o poziție este întotdeauna legată de o alta. De exemplu, un copil care agresează este fără nici o îndoială un copil care, într-un moment sau altul, se simte agresat. Și este foarte probabil ca el să provoace sau să inducă un comportament agresiv față de el, ba chiar să se auto-agreseze. O abordare terapeutică ar fi, pentru mine, cea care ne-ar permite să ținem seama de diferitele dimensiuni ale unei singure realități. Este nevoie de un răspuns la faptul că un copil agresează, dar trebuie, pe de altă parte, să căutăm și să găsim răspunsuri la faptul că el se simte agresat, să căutăm și să găsim răspunsuri la faptul că el îl forțează pe celălalt (care pot fi părinții) să-l agreseze și, în plus, trebuie să susținem aceste trei dimensiuni în același timp. Or, avem adesea tendința să instaurăm sisteme care nu se concentrează decât asupra unuia dintre aceste răspunsuri; de unde și **importanța faptului de a institui coordonări între aceste diferite intervenții.** Decurge de aici importanța rolului pe care îl joacă consilierul, judecătorul sau cel care se ocupă de sprijinirea tineretului. Unii dintre profesioniști au drept funcție să se concentreze asupra actului agresiv și asupra sancționării lui la nevoie, dar acest lucru nu are sens decât dacă, în paralel, alți profesioniști instituie, de comun acord, și un alt tip de abordare. Situația este aceeași și în tipurile de relații pe care noi, profesioniștii, le stabilim cu familiile și cu tinerii.

Ca să conchid, voi repeta lucrurile cu care am început. Situațiile familiale care ajung la spitalul psihiatric într-un moment extrem, când avem impresia că este „ultima șansă” – aceste situații, atunci când ai de-a face cu ele zi de zi, te fac să înțelegi că problemele la care trebuie să te gândești sunt de fapt chestiuni ale începutului. Chestiuni care au existat în filigran de-a lungul anilor care au trecut fără să poată să fie puse în cuvinte și care, în mod inevitabil, reapar sub forma unor simptome și se vor închista. În acest stadiu, suntem obligați, pe deasupra, să gestionăm și consecințele acestei închistări care vor sfârși prin a exploda în toate sensurile. Devine astfel deosebit de important **să organizăm un sprijin pentru familiile adoptive, cel mai repede posibil, un sprijin care să-i însoțească de-a lungul drumului lor și într-un mod relativ proactiv, astfel încât să-i ajutăm să verbalizeze situații, trăiri, lucruri lipsite de importanță înainte ca toate acestea să ia proporții enorme și să se închisteze.** Trebuie să permițăm părinților să vină să spună că micile lor decepții, temerile lor sau alte simțăminte negative nu sunt complet ridicole, că au dreptul să o spună pentru ca acest lucru să nu-i împiedice să se atașeze de copilul lor.