

L'attachement : approche clinique

Du bébé à la personne âgée

Chez le même éditeur

Des mêmes auteurs

L'attachement : approche théorique, par N. Guédeney, A. Guédeney. 2010, 3^e édition, 256 pages.

Dans la même collection

Adolescence et psychopathologie, par D. Marcelli, A. Braconnier. 2008, 7^e édition, 720 pages.

Enfance et psychopathologie, par D. Marcelli, D. Cohen. 2009, 8^e édition, 736 pages.

Introduction à la psychopathologie, par A. Braconnier. 2006, 352 pages.

La schizophrénie de l'adulte. Des causes aux traitements, par M. Saoud, T. D'Amato. 2006, 248 pages.

L'autisme et les troubles du développement psychologique, par P. Lenoir, J. Malvy, C. Bodier-Rethore. 2003, 240 pages.

Psychopathologie de l'adulte, par Q. Debray, B. Granger, F. Azaïs. 2005, 3^e édition, 416 pages.

Psychopathologie de la scolarité. De la maternelle à l'université, par N. Catheline. 2007, 2^e édition, 352 pages.

Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant, par P. Mazet, S. SToleru. 2003, 448 pages.

Psychopathologie du sujet âgé, par G. Ferrey, G. Le Gouès. 2008, 384 pages.

Psychopathologie transculturelle, par T. Baubet, M.-R. Moro. 2009, 312 pages.

Autres ouvrages

L'angoisse de séparation, par D. Bailly. Collection « Médecine et Psychothérapie ». 2004, 2^e édition, 160 pages.

Le développement affectif et intellectuel de l'enfant, par B. Golse. Collection « Médecine et psychothérapie ». 2008, 4^e édition, 400 pages.

Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale, par R. Roussillon. Collection « Psychologie ». 2007, 720 pages.

Collection Les Âges de la vie

Dirigée par Pr Daniel Marcelli

L'attachement : approche clinique

Du bébé à la personne âgée

Nicole Guédeney, Antoine Guédeney

Avec la collaboration de

**F. Atger, C. Attale, V. Bekhechi, L. Dubois de Bodinat, I. Duquesnoy, R. Dugravier,
L. Evrat, C. Lamas, R. Miljkovitch, A.-S. Mintz, M. Moralès-Huet, F. Perdereau,
C. Rabouam, S. Tereno, L. Vulliez Coady**

Préface du Dr Boris Cyrulnik



**ELSEVIER
MASSON**



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2010, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés
ISBN : 978-2-294-70873-2

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex
www.elsevier-masson.fr

Liste des collaborateurs

Frédéric Atger, psychiatre, ancien chef de clinique-assistant des hôpitaux de Paris, responsable de l'unité de jour, département de psychiatrie de l'adolescent, Institut Mutualiste Montsouris.

Catherine Attale, pédopsychiatre, ancien chef de clinique assistant des hôpitaux de Paris, praticien hospitalier, service de pédopsychiatrie, inter-secteur 10, centre hospitalier Saint-Cyr-au-Mont-d'Or.

Violaine Bekhechi, pédopsychiatre, praticien hospitalier, service de pédiatrie et CAMSP, centre hospitalier régional d'Orléans.

Ludivine Dubois de Bodinat, pédopsychiatre, chef de clinique-assistant de la faculté de Paris, service de pédopsychiatrie de l'hôpital Bichat-Claude-Bernard, université René-Diderot-Paris-VII.

Isabelle Duquesnoy, pédopsychiatre, centre Neufmoutiers, Fondation Santé des étudiants de France.

Romain Dugravier, pédopsychiatre, ancien chef de clinique assistant, praticien hospitalier, service de pédopsychiatrie, hôpital Bichat-Claude-Bernard, université René-Diderot-Paris-VII.

Laurence Evrat, psychologue, psychothérapeute, Paris.

Antoine Guédeney, pédopsychiatre, professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital Bichat-Claude-Bernard ; université René-Diderot-Paris-VII, unité INSERM PSIGIAM U 669.

Nicole Guédeney, pédopsychiatre, ancien chef de clinique-assistant des hôpitaux de Paris, praticien hospitalier, docteur ès sciences, département de psychiatrie, Institut Mutualiste Montsouris, Paris.

Claire Lamas, psychiatre, ancien chef de clinique-assistant de la faculté, département de psychiatrie de l'adolescent, Institut Mutualiste Montsouris, Paris.

Raphaële Miljkovitch, psychologue, professeur de psychologie du développement social, université Paris-Ouest-Nanterre-La Défense, chef de projet de recherche, Institut Mutualiste Montsouris, thérapeute familiale, Centre Monceau.

Anne-Sophie Mintz, pédopsychiatre, praticien hospitalier, Institut Mutualiste Montsouris, Paris ; Guidance infantile, centre hospitalier Sainte-Anne, Paris.

Martine Moralès-Huet, psychologue, II^e intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile de Paris, Institut Mutualiste Montsouris, Paris.

Fabienne Perdereau, pédopsychiatre, ancien chef de clinique-assistant de la faculté de Paris ; praticien hospitalier, thérapeute familiale au Centre de santé mentale et de réadaptation de Paris – MGEN.

Catherine Rabouam, psychologue, psychothérapeute, centre médico-psychologique, Institut Mutualiste Montsouris, Paris.

Susana Tereno, docteur en psychologie, université de Minho, Portugal ; chef de projet, service de pédopsychiatrie de l'hôpital Bichat-Claude-Bernard, Paris.

Lauriane Vulliez Coady, pédopsychiatre, chef de clinique, service de pédopsychiatrie du CHU de Besançon, université de Franche-Comté.

Abréviations

AAI	<i>Adult Attachment Interview</i>
ABC	<i>Attachment and Biobehavioral Catch up</i>
BS	base de sécurité
CATS	<i>Client Attachment to the Therapist Scale</i>
CFTMEA	Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent
COS	<i>Circle of Security</i>
DSM-III	<i>Diagnostic and Statistical Manual — Revision 3</i>
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual — Revision 4</i>
GP	grande prématurité
FCT	<i>Foster Care Team</i>
ICD	<i>International Classification of Diseases</i>
IMC	infirmité motrice cérébrale
MM	maladies mentales
MBT	<i>mentalization-based treatment</i>
MIO	modèle interne opérant
MTB	<i>Minding the baby</i>
MTFC-P	<i>Multidimensional Treatment Foster Care for Preschoolers</i>
NICHHD	National Institute of Child Health and Human Development
PDA	<i>Parent Diary Attachment</i>
PT-AAI	<i>Patient Therapist Adult Attachment Interview</i>
PTSD	état de stress post-traumatique
RAD	<i>Reactive Attachment Disorder</i>
TGP	très grande prématurité
TLP	trouble limite de la personnalité
VIPP	<i>Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting</i>

*Cet ouvrage est dédié à Myriam David et Geneviève Appel, pionnières
en France de la réflexion sur la carence de soins maternels et sur les
interactions précoces.*

Préface

Théorie de l'attachement

L'histoire des idées, en psychologie, est curieuse. Logiquement, on devrait se poser une question, tâtonner dans les théories, expérimenter et soudain, euréka, trouver l'idée révolutionnaire qui nous ferait progresser !

Ça ne se passe jamais comme ça. Lorsque j'étais adolescent, j'ai découvert en même temps Freud et Harlow. Au lycée, un professeur de lettres nous avait demandé de lire *Cinq Psychanalyses*, et j'avais été enthousiasmé par la claire description de ces mondes intimes. À la même époque, vers 1954, les premières expériences de Harlow avaient été publiées, je crois me rappeler, dans un « Que sais-je ? » ; j'avais pensé que les représentations cohérentes de la psychanalyse pouvaient être argumentées par les manipulations expérimentales de l'éthologie.

Autour de moi, aucun écho ! Le contexte culturel de l'époque exigeait que l'on choisisse son camp. Les grands succès des médicaments donnaient la vedette à la biologie, et certains parmi nous en faisaient un a priori théorique suffisant pour penser que la chimie expliquerait un jour tous les mystères de l'âme. Pendant ce temps, dans le même contexte culturel, quelques dizaines de psychanalystes, pas plus, constituaient un réseau amical, intellectuel, conflictuel et littéraire. Certains parmi nous en faisaient un a priori suffisant pour penser que ces représentations verbales suffisaient à expliquer tous les mystères de l'âme.

À la fin de la Seconde Guerre mondiale, la psychiatrie existait à peine, encore marquée par les théories de la dégénérescence. Cette vision de la maladie mentale expliquait pourquoi beaucoup de fous, enfermés dans les asiles, dormaient encore sur de la paille. La psychologie balbutiait en hésitant entre les réflexes conditionnés et l'électrophysiologie.

Dans ces courants qui dominaient la culture, deux petits groupes marginaux poursuivaient leur cheminement discret. Les psychanalystes français Jenny Aubry, Geneviève Appel, Myriam David, allaient à Londres, à la Tavistock Clinic, pour y suivre une formation en éthologie animale avec Robert Hinde et Niklas Tinbergen. En s'inspirant de cette attitude, René Spitz et Anna Freud avaient suivi l'évolution de groupes d'enfants traumatisés par les bombardements de Londres. Et, surtout, John Bowlby, alors président de la Société britannique de psychanalyse, recevait une misérable subvention de l'OMS pour décrire les effets biologiques et psycho-affectifs de la carence en soins maternels.

Vous avez bien lu : « biologiques et psycho-affectifs ». L'association de ces deux vocables ne correspondait pas du tout aux théories du contexte. Ils furent donc critiqués.

En 1964, Henri Ey organisait des rencontres confidentielles entre vétérinaires et psychiatres publiées sous le titre de *Psychiatrie animale*. La maladresse du titre n'empêcha pas Jacques Lacan d'adorer ce livre.

Soudain, en 1968, un changement culturel a mis en vedette la psychanalyse et lui a donné la parole dans les débats, les maisons d'édition et les universités. En 1973, l'éthologie recevait un prix Nobel de médecine qui lui ouvrait à son tour les débats, les maisons d'édition et les universités. En 1974, René Zazzo invitait des éthologues, des psychologues, des psychiatres et des psychanalystes à échanger des lettres autour de « l'attachement ». Le mot « attachement » sortait des souterrains de la recherche et entraînait bruyamment dans la culture.

Pour moi, ce colloque épistolaire a été un régal. Enfin, je retrouvai mes amours d'adolescent, Freud et Harlow ! Pourtant, elles étaient inégales, ces lettres ! Rémy Chauvin agressait « cette pauvre Mélanie » (Klein) qui affirmait qu'un nourrisson tétait pour incorporer le pénis de son père ! Serge Lebovici, voulant défendre Freud, évoquait le « suçotement auto-érotique ». Konrad Lorenz nous dissipait avec ses « comportements de liaison chez la crevette *Hymenocera* ». On critiqua le mot « amour » employé par Harlow pour décrire l'attachement chez les macaques. Daniel Widlöcher se méfiait de la disparition de l'inconscient. On se disputait, quoi, mais c'était passionnant parce que ça indiquait une nouvelle direction de penser. Il ne s'agissait plus de choisir son clan, la pharmacie ou le divan, mais au contraire d'intégrer des données hétérogènes.

On parla beaucoup de ce petit « colloque épistolaire » : la plupart des chercheurs étaient des praticiens et non des savants isolés dans les murs de leur laboratoire. Cela explique probablement la facilité qu'ils avaient pour intégrer des données disparates. Sur douze participants, il y avait huit médecins formés à la pensée systémique : dans le système respiratoire, l'oxygène gazeux franchit la barrière pulmonaire, est recueilli par les globules rouges qui flottent dans le plasma. Tous ces éléments sont hétérogènes, mais si l'on en supprimait un seul, le système entier cesserait de fonctionner car il est indivisible.

Un tel raisonnement, banal pour un médecin ou un psychologue formé aux systèmes familiaux, est difficile pour ceux qui ne se sentent à l'aise que dans les raisonnements linéaires où une seule cause provoque un seul effet.

Depuis les années 1980, la théorie de l'attachement connaît une expansion mondiale : les congrès, les laboratoires, les revues, les thèses, élaborent

en abondance ce mode d'approche des mondes intimes et intersubjectifs. Des groupes de recherches biologiques, psychologiques, sociologiques s'associent avec des chercheurs de terrain pour produire une nouvelle représentation du psychisme. Tous ces travaux sont intégrés dans un système où le lien affectif permet le développement biologique, la création de l'intersubjectivité et l'organisation des groupes familiaux et culturels. Comment se nouent les premiers nœuds du lien pendant la grossesse et les interactions précoces ? Comment s'attache-t-on à sa mère, à un substitut en cas d'adoption, à son père et même à sa fratrie, jusqu'alors sous-estimée ? Comment la structure linguistique d'un discours parental peut-elle organiser la niche sensorielle qui tutorise le développement d'un nouveau-né ? Comment l'adolescence, le couple et la vieillesse remanient-ils l'attachement ?

Tous ces travaux sont unifiés par une méthode d'observation, une sémiologie clinique et comportementale. On peut introduire des variations expérimentales, on peut réaliser des méthodes comparatives de psychopathologie ou de cultures différentes en suivant des cohortes, et surtout en évaluant les styles d'attachement, leurs modifications et leurs possibles thérapeutiques.

Dans la plupart de ces travaux, vous trouverez deux passeurs de connaissances : Nicole et Antoine Guédeney. Quel plaisir de présenter ce livre auquel participent les membres de leur groupe, tous investis dans ce rôle de transmission. On y trouve les bases les plus claires et les plus solides de cette nouvelle manière d'aborder l'attachement.

Docteur Boris Cyrulnik
Neuropsychiatre
Directeur d'enseignement
Université Toulon-Var

Introduction

Nicole Guédeney, Antoine Guédeney

Ce volume *L'attachement : approche clinique* est complémentaire d'un premier volume intitulé *L'attachement : approche théorique*. Ce découpage est bien le reflet du développement de la théorie de l'attachement. Le développement théorique initié par Bowlby et Mary Ainsworth, approfondi et complexifié par des théoriciens comme Marvin, Main, Sroufe, Kobak, s'est d'abord appliqué aux enfants et aux relations parents-enfants. Ce n'est qu'à la fin des années 1980, avec la parution du livre de Bowlby *A Secure Base* et de plusieurs ouvrages sur les applications cliniques de la théorie, que la théorie de l'attachement a commencé à être appliquée de plus en plus systématiquement à la compréhension, avec un nouvel éclairage, de situations cliniques.

La théorie de l'attachement, la première théorie psychologique à se placer dans une perspective éthologique et évolutionniste, apporte une nouvelle compréhension, en plusieurs strates, à la compréhension des phénomènes psychologiques cliniques et donc à leur approche.

La théorie de l'attachement, qui intègre actuellement, comme nous l'avons vu dans le premier volume, les avancées en neurosciences et en génétique, confirme, preuves scientifiques à l'appui, l'importance de la relation interpersonnelle, indispensable à l'épanouissement du fonctionnement humain. De même, elle valide l'importance de la relation et du contexte dans toute relation de soin, ajoutant aux notions classiques de transfert et de contre-transfert des théories psychanalytiques la notion de transfert interpersonnel. Nous espérons que le lecteur, après avoir découvert la richesse et la complexité de la théorie de l'attachement, réalisera comment ce savoir théorique peut lui permettre de revisiter sa pratique clinique et de développer une nouvelle créativité.

Ils'agit bien d'une approche psychodynamique interpersonnelle qui intègre les découvertes sur la psychologie du développement : on y trouve une nouvelle définition des processus inconscients et une nouvelle compréhension de comment ce qui se construit dans le passé de l'enfance influence toujours l'adulte. Les concepts d'attachement, de base de sécurité et de *caregiving* permettent en particulier de voir combien l'éclairage de la théorie de l'attachement peut être utile pour tout professionnel en situation de donner des soins, quels qu'ils soient. L'approche clinique informée par

l'attachement nous rappelle que tout phénomène psychique, chez l'être humain, doit systématiquement être analysé dans son éclairage contextuel (interpersonnel et niveau de stress) et développemental.

Les théories doivent être considérées comme des boîtes à outils qui aident le clinicien à « réparer » les douleurs de ceux qu'il a en charge. Cette boîte à outils de l'attachement s'ajoute à celles que le lecteur possède déjà : à lui de choisir, en fonction de sa pratique, celle dans laquelle il peut puiser, pour aider son patient ou la famille à trouver une solution ou un apaisement à leurs souffrances.

Ce volume traduit les grandes voies de développement actuel de l'approche clinique et thérapeutique dans la théorie de l'attachement. Un premier champ des applications cliniques est celui des situations impliquant séparation et ou rupture des liens et leurs conséquences sur l'enfant ou sur l'adulte comme sur les capacités du parent à prendre soin de son enfant. Un deuxième champ est celui de l'application de la théorie de l'attachement au domaine de la santé mentale et somatique ; enfin, un troisième champ est celui du développement en plein essor des approches thérapeutiques informées par l'attachement, et ceci, tout au long de la vie.

Nous espérons que ce deuxième volume apportera des réponses aux questions cliniques de nos lecteurs.

Nicole et Antoine Guédeney

1 **Garde non parentale des enfants (crèche ou nourrice) : séparation et nouveaux liens d'attachement**

Catherine Rabouam

La garde non parentale d'un enfant implique des séparations d'avec ses parents, fréquentes, régulières, souvent quotidiennes, et plus ou moins longues. La théorie de l'attachement peut aider à explorer ses effets sur le développement et la qualité de ses attachements à ses parents en tentant de répondre aux interrogations portant sur trois points principaux : les effets de la séparation imposée par la garde non parentale sur la sécurité des attachements de l'enfant ; l'attachement de l'enfant aux personnes qui s'occupent de lui lorsque le bébé séjourne régulièrement et plusieurs heures par jour, dans une crèche ou chez une nourrice ; et l'influence possible sur l'adaptation socio-émotionnelle ultérieure des enfants.

Influence de la garde non parentale sur la sécurité de l'attachement aux parents

À partir des années 1970, de plus en plus de femmes sont entrées dans la vie professionnelle, reprenant leur travail quelques mois, voire quelques semaines après la naissance de leur bébé. Les jeunes mères sont d'autant plus enclines à éprouver un profond sentiment de culpabilité qu'émerge alors dans les pays anglo-saxons (mais pas en France) un débat passionné sur les mères au travail et sur la garde de l'enfant pendant la journée (Karen, 1998). La théorie de l'attachement est alors au cœur du débat qui oppose notamment Scarr (1984), représentante des mouvements féministes et défendant l'activité professionnelle des jeunes mères, et Belsky (Belsky et Steinberg, 1978), qui souligne le risque d'émergence d'un attachement insécure chez les jeunes enfants très tôt séparés de leur mère pour être mis en crèche. Ce dernier conclut dans un premier temps qu'un mode de garde de grande qualité ne semble compromettre ni le lien du jeune enfant à ses parents ni

son développement. Il évoque néanmoins le risque de survenue de troubles émotionnels chez des bébés confiés très tôt et à plein temps à des structures collectives sans qualité. La qualité des soins prodigués semble alors le seul facteur déterminant : à cette époque, on pense que si la crèche est de bonne qualité, sa fréquentation, même durant de longues heures hebdomadaires, n'augmente pas les risques d'attachement insécure.

Belsky (1986) précisera par la suite que l'entrée précoce et la fréquentation intensive de la crèche ou de la nourrice constituent aussi une épreuve pour les enfants sécures, et entraînent un risque sur la sécurité de l'attachement, comme toute situation de séparation d'avec les parents. La précocité de l'entrée et l'intensité de la fréquentation sont associées, spécialement pour les lieux de garde collectifs, à un niveau plus élevé d'agressivité et de problèmes de comportements entre 2 ans et 11 ans, ceci une fois contrôlées les variables familiales et la qualité de l'accueil.

Pour Bowlby (1988), des séparations quotidiennes répétées d'avec la mère avant l'âge de trois ans ne sont pas souhaitables pour l'enfant, à moins qu'il ne soit confié à « une personne affectueuse et stable, se comportant avec lui comme une mère substitutive pendant plusieurs années », autrement dit à une nourrice s'occupant de lui durablement. Cette position, exagérément caricaturée par ceux qui s'y opposaient, et particulièrement des féministes, suscita beaucoup d'hostilité à son l'égard et à l'égard de la théorie de l'attachement. Sroufe, de son côté (1988, cité par Rutter, 1999) pointe le fait que les enfants qui sont gardés expérimentent la séparation ainsi que le retour de leur mère comme prédictibles. Il insiste sur l'importance de la disponibilité émotionnelle et de la proximité de la mère pour l'enfant dans ce contexte de séparations quotidiennes.

En 2001, Belsky présente les conclusions d'une étude de grande ampleur, conduite par le National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) à propos des effets des modes de garde non parentale précoce sur la sécurité de l'attachement. Ces effets ne seraient pas seulement liés à la qualité des soins donnés, mais également à la quantité de temps passé en garde non maternelle. Ces études montrent que si la garde de l'enfant en dehors de la famille dure plus de 10 heures hebdomadaires dès la première année de vie, et que la mère n'est pas particulièrement sensible, le risque d'attachement insécure, mesuré à la Situation étrange à 15 et 36 mois, augmente (Belsky, 2001). Les facteurs quantité de temps et précocité de la garde non parentale augmentent le risque d'attachement insécure de l'enfant à ses parents.

D'autres études montrent qu'un plus grand nombre d'heures de garde non parentale pour un enfant prédit moins de sensibilité maternelle (quand les enfants ont 6 mois) et moins d'engagement positif de l'enfant avec sa mère (Howes et Spieker, 2008). Ces résultats sont particulièrement importants

quand on sait que, du fait du travail des femmes en dehors de la maison, de plus en plus d'enfants sont gardés en crèche durant les trois premières années de leur vie, et que leur séjour y est de plus en plus long. Pourtant, en France, très peu d'études paraissent sur les effets de la garde non parentale sur le développement de l'enfant alors que 80 % des femmes françaises travaillent et que près de 60 % des enfants de moins de trois ans ont leurs deux parents qui travaillent (Guédeney et coll., 2004).

La manière très disparate dont les auteurs relatent les résultats de ces études (Belsky, 2001), comme l'importance de la controverse entre les féministes et les « attachementnistes » aux États-Unis dans les années 1980, montre que cette question reste brûlante. Elle a donné et donne encore lieu à des prises de position idéologiques ou politiquement correctes qui altèrent la portée scientifique de ces études rigoureuses. La question des répercussions de la garde non parentale sur le développement des enfants apparaît donc à la fois cruciale et très difficile. Il s'agit d'un modèle complexe, avec de nombreuses variables difficiles à contrôler (d'où les résultats parfois contradictoires des nombreuses études faites aux États-Unis). Pour évaluer les effets de la garde non parentale, on doit en effet tenir compte de multiples facteurs : la qualité de la relation du bébé à la mère, celle de la relation aux auxiliaires, de l'âge d'entrée à la crèche et du nombre d'heures de fréquentation de la crèche. Belsky (2001) conclut à partir des résultats récents de l'étude du NICHD que la garde parentale a un effet insécurisant sur l'attachement des enfants, quoique d'ampleur modérée, et ce d'autant plus que l'âge de début est précoce, la fréquentation supérieure à 20 h par semaine, et la qualité des soins insuffisante.

Dans un modèle explicatif de risques cumulatifs, l'insuffisance de la qualité des soins non parentaux apparaît comme un facteur de risque additionnel pour des enfants vulnérables ou venant de familles à risques. Mais un modèle compensatoire met en avant que ces enfants sont ceux qui ont le plus à gagner d'une garde parentale de haute qualité. Enfin, suivant le modèle dit « des ressources perdues », les enfants sans problèmes et correctement stimulés à la maison seraient ceux qui auraient le plus à perdre en fréquentant un lieu de garde non parental, particulièrement si celui-ci n'est pas de qualité optimale (Guédeney et coll., 2004). Une étude pilote récente menée dans une crèche française sur les liens entre sécurité de l'attachement, tempérament et problèmes de santé à l'entrée en crèche a montré d'une part que les enfants les plus malades à l'entrée en crèche sont des enfants difficiles avec attachements insécures ou en retrait ; mais aussi que les enfants sécures sont les plus sujets au retrait relationnel à l'entrée en crèche : ceci semble confirmer l'idée que les enfants sécures éprouvent une certaine souffrance à l'entrée en crèche (Guédeney et coll., 2004).

Il ressort aussi des études que les facteurs et les processus familiaux (conditions économiques, qualités du couple parental, mère non déprimée, soins parentaux sensibles aux besoins de l'enfant) ont un poids supérieur dans la prédiction du fonctionnement et du bien-être de l'enfant à celui des facteurs non parentaux, dont les caractéristiques de l'accueil non parental (Belsky, 2001). Belsky (2009) conclut que si les effets de la garde non parentale restent modestes en eux-mêmes, même s'ils ne sont pas insignifiants, ils concernent énormément d'enfants et que des petits effets et des facteurs de risques modérés peuvent s'additionner et avoir de grandes conséquences en termes de santé publique. Il insiste sur l'importance de donner aux parents le choix d'élever eux-mêmes leurs enfants ou pas et de les sensibiliser à rechercher des gardes non parentales de qualité, et à garantir leur disponibilité.

De nombreuses mères ont besoin, pour leur équilibre personnel autant que pour des raisons matérielles, de retravailler en dehors de la maison avant la fin de la première année de l'enfant. La satisfaction de la mère quant à la solution trouvée est un aussi un facteur important : lorsque les parents sont suffisamment à l'aise avec leur décision et si le bébé a une nourrice ou une auxiliaire de crèche qui lui permet de s'attacher à elle et lui procure un sentiment de sécurité, l'enfant peut développer un attachement sécurisé avec elle, tout en construisant de solides liens avec ses parents (Karen, 1998).

La mise en crèche ou en nourrice peut avoir des conséquences favorables au développement de l'enfant (modèle compensatoire) quand il vit dans une famille à risques multiples, où les parents sont très entravés dans leurs capacités de *caregiving* par de multiples facteurs négatifs. Il y a pour lui un risque accru d'attachements insécures, voire désorganisés, et la fréquentation d'une crèche de qualité ou d'une bonne nourrice peut être intéressante en ce qu'elle peut donner à l'enfant l'occasion de développer des attachements plus sécurisés : elle peut avoir une dimension protectrice. Un accueil de qualité se définit par des soins attentifs aux besoins tant matériels qu'émotionnels des enfants, qui répondent à leurs signaux verbaux et non verbaux, qui stimulent leur curiosité et leur désir d'apprendre sur le monde, de manière émotionnellement chaleureuse, soutenante et attentive (Belsky, 2009).

Constitution d'attachements avec les *caregivers* de substitution

Une condition importante pour protéger l'enfant du stress des séparations d'avec les parents, serait que l'enfant puisse nouer des attachements aux personnes qui s'occupent de lui quotidiennement. Richard Bowlby (2007) a particulièrement insisté sur la nécessité que l'enfant puisse avoir recours à une figure d'attachement secondaire quand il est séparé de ses parents, et que le risque de garde non parentale sans figure d'attachement secondaire

serait plus grand dans les crèches collectives que dans les gardes chez une nourrice, qui serait plus susceptible de devenir une figure d'attachement secondaire. Il développe un modèle de garde non parentale basé sur la promotion d'attachements secondaires sécurisés de l'enfant à ses *caregivers*.

Dans quelles conditions l'enfant peut-il nouer des attachements avec les *caregivers* alternatifs ? Les jeunes enfants semblent pouvoir développer une relation d'attachement avec leur nourrice de la même manière qu'avec leur mère (Howes et Spieker, 2008), et la nature de cette relation peut être décrite avec les mêmes outils que l'attachement à la mère, qui évaluent les comportements de base de sécurité (Ahnert et coll., 2006).

D'après l'étude un peu ancienne de Goossens (1990), l'attachement avec les professionnels n'apparaît pas plus insécurisé qu'avec les parents et les attachements avec les professionnels seraient indépendants de ceux avec les parents. Cependant, d'autres travaux (Ahnert, 2005) ont montré qu'il y a une corrélation modeste entre attachement aux deux parents et attachement à la nourrice : sans doute peut-on faire l'hypothèse que les parents choisissent une nourrice qui fonctionne plutôt comme eux. Mais on peut aussi penser que l'occasion de rencontrer une nourrice plus sécurisante que ses parents est une chance pour un enfant si ses attachements à ses parents sont très insécurisés, car cela permettra à l'enfant de modifier précocement ses représentations d'attachement en développement.

Facteurs favorisant le développement d'attachements sécurisés avec la nourrice ou les auxiliaires en crèche

Pour qu'un lien d'attachement ait des chances de se nouer entre un enfant et un adulte, il faut que le nombre de *caregivers* soit restreint, qu'ils soient engagés dans les soins de manière régulière, prévisible et cohérente, tant matériellement et qu'émotionnellement. Le facteur du ratio adulte/enfants dans les crèches a été étudié (Sagi et coll. 2002) : un rapport d'un adulte pour trois enfants favorise davantage la sécurité des attachements aux adultes qu'un ratio plus élevé. Un autre facteur favorisant est celui du temps passé ensemble : les professionnels avec qui les attachements se nouent sont ceux qui sont là la plupart du temps. Plus de temps avec les professionnels entraîne plus de sécurité avec eux (alors que l'âge de début n'a pas d'effet sur la sécurité de l'attachement aux professionnels) : ceci souligne la nécessité de modes de garde stables (Ahnert et coll., 2006). À propos de la question des différences entre les modes de garde, Ahnert et coll. (2006) ont montré dans leur méta-analyse que les attachements étaient plus sécurisés avec des nourrices à la maison qu'en collectivité, quand les enfants sont évalués longtemps après la mise en crèche, et que ce sont des filles. Alors que la sensibilité des

nourrices aux enfants prédit la sécurité de l'attachement (comme celle entre l'enfant et sa mère) seulement dans les petits groupes d'enfants, une forme de sensibilité particulière, plus centrée sur le groupe, qui serait caractéristique des modes de garde collectifs avec des professionnelles, est un facteur prédictif valable de l'attachement sécurisé de l'enfant à la professionnelle (Anhert et coll., 2006). Une étude récente (Pluess et Belsky, 2008) s'intéresse à la susceptibilité différente des enfants aux expériences de garde non parentale en fonction de leur fonctionnement émotionnel, ce qui pourrait expliquer les résultats pas toujours concordants des études sur les effets de la garde non parentale. Ces travaux montrent que les enfants au tempérament difficile (moins adaptables, très actifs, moins bien régulés) sont plus affectés positivement ou négativement par la qualité de la garde non parentale que les autres enfants : la qualité du mode de garde prédit le fonctionnement social de ces enfants difficiles, alors qu'elle n'a pas d'influence sur les enfants sans problèmes ; il est donc intéressant de proposer à un enfant au tempérament difficile un mode de garde de grande qualité, qui apportera plus de bénéfices pour son développement.

Conclusion

Rutter et coll. (2008) résument les idées à retenir sur les effets conjoints de la séparation du bébé de ses parents et de ses attachements aux personnes qui s'occupent de lui : si on sait qu'une solution de garde de mauvaise qualité présente des risques, la grande majorité des enfants bénéficiant d'une garde de bonne qualité, même collective s'en sortent bien ; les enfants difficiles ou venant de familles à risques peuvent bénéficier d'une garde non parentale si celle-ci est supérieure à celle de leur mère ; les facteurs âge de début et durée hebdomadaire comptent, mais la question du nombre d'heures et de la mise en crèche collective avant un an reste ouverte ; il est plus difficile de fournir des soins de très bonne qualité dans les systèmes collectifs, du fait du partage des tâches. Il conclut que la question de savoir si une garde parentale ou non parentale est préférable pour un enfant dépend de la qualité des deux...

Références

- Ahnert, L., Pinquart, M., & Lamb, M. E. (2006). Security of children's relationships with non parental care providers: a meta-analysis. *Child Development*, 74, 664–679.
- Ahnert, L. (2005). Parenting and alloparenting: The impact on attachment in humans. In C. S. Carter, L. Ahnert, K. E. Grossmann et coll. (dir.), *Attachment and bonding: A new synthesis* (p. 229–244). Cambridge, E.-U : MIT Press.
- Belsky, J. (2004). La quantité du temps de garde et le développement émotionnel du jeune enfant. *Devenir*, 16, 5–15.
- Belsky, J. (1986). Infant day care: A cause of concern? *Zero to three*, 6, 1–7.
- Belsky, J. (2001). Developmental risks (still) associated with early child care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 845–859.
- Belsky, J. (2009). Effects of child care on child development: Give parents real choice (intervention à l'Institute for the study of children, families and social issues, Birkbeck University of London) [PDF]. URL : http://www.mpsv.cz/files/clanky/6640/9_Jay_Belsky_EN.pdf.
- Belsky, J., & Steinberg, L. D. (1978). The effects of day care: A critical review. *Child Development*, 49, 929–949.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. Londres : Routledge.
- Bowlby, R. (2007). Babies and toddlers in non-parental day-care can avoid stress and anxiety if they develop a lasting secondary attachment bond with one carer who is consistently accessible to them. *Attachment & Human Development*, 9, 307–319.
- Goossens, F. A., & Van IJzendoorn, M. H. (1990). Quality of infants' attachments to professional caregivers. *Child Development*, 61, 832–837.
- Guédeney, A., Grasso, F., & Starakis, N. (2004). Le séjour en crèche des jeunes enfants : sécurité de l'attachement, tempérament et fréquence des maladies. *Psychiatrie de l'enfant*, 58, 259–312.
- Howes, C., & Spieker, S. (2008). Attachment relationships in the context of multiple caregivers. In J. Cassidy & P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2^e éd., p. 317–332). New York : Guilford Press.
- Karen, R. (1998). A rage in the nursery: The infant day-care wars. In R. Karen (Ed.), *Become attached* (pp. 312–344). New York: Oxford University Press.
- Pluess, M., & Belsky, J. (2008). Differential susceptibility to rearing experience: The case of childcare. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50 (4), 396–404.
- Rutter, M. (1999)
- Rutter, M., & O'Connor, T. G. (2008). Implications of attachment theory and research for child care policies. In J. Cassidy & P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2^e éd., p. 958–974). New York : Guilford Press.
- Sagi, A., Koren-Karie, N., Gini, M. et coll. (2002). Shedding further light on the effects of various types and quality of early child care on infant-mother attachment relationship. *Child Development*, 73, 1166–1186.
- Scarr, S. (1984). *Mother Care/Other Care*. New York: Basic Books.

Conflits parentaux et divorce : effets sur les enfants

Catherine Rabouam

Les conflits parentaux et le divorce entraînent une activation importante du système d'attachement des enfants et des parents : ils impliquent la mise à mal et parfois la rupture du lien affectif puissant qui unit les deux partenaires d'un couple ; ils peuvent avoir des conséquences sur les représentations de l'enfant quant à ses liens avec ses parents. Ce chapitre aborde la manière dont le conflit entre les parents, et éventuellement leur séparation, affecte directement et indirectement les attachements des enfants.

Effets des conflits parentaux sur les enfants

Un niveau de satisfaction élevé, peu de conflits et une bonne communication dans le couple sont associés à la sécurité des attachements des jeunes enfants (Howes et Markman, 1989). Les conflits conjugaux graves et violents augmentent le risque d'attachement insécure, voire désorganisé (Owen et Cox, 1997). Trois niveaux d'explication sont possibles.

Impact du conflit chronique sur le *caregiving*

Lorsque les parents sont en conflit de manière chronique, c'est une source de stress pour chacun d'eux : leurs capacités individuelles de *caregiving* risquent d'être plus ou moins mises à mal, du fait d'une concurrence entre leur motivation individuelle à se protéger et celle de protéger leurs enfants et de répondre à leurs besoins émotionnels (voir chapitre 5). Père et mère apportent chacun une contribution distincte dans la constitution des attachements des enfants, mais pour un *caregiving* efficace, les parents doivent assurer un *coparenting*. Cette notion est issue des travaux sur la thérapie familiale et implique que les parents soient dans une relation de coopération dans l'objectif de s'occuper des enfants. Un bon accord est caractérisé par un soutien mutuel des comportements de soin vis-à-vis des enfants, qui peut d'ailleurs contribuer à des attachements concordants de ceux-ci aux deux parents. (Caldera & Lindsey, 2006). Kobak et Mandelbaum (2003) parlent d'« alliance de *caregiving* » pour ce qui concerne plus spécifiquement

l'attachement. Quand la relation conjugale est satisfaisante, l'accord parental est favorisé, et le *coparenting* et l'alliance de *caregiving* sont plus efficaces. En cas de conflit prolongé entre les parents, ceux-ci peuvent éprouver plus de difficulté à maintenir un niveau de coopération et d'alliance efficace autour des enfants, ce qui risque d'insécuriser leurs attachements (Caldera & Lindsey, 2006).

Assister à des conflits violents entre les parents

Les conflits violents ont aussi des effets directs très négatifs sur les enfants quand ils en sont témoins, et augmentent le risque d'insécuriser leurs attachements, en particulier de les désorganiser (Kaplan & Pruett, 2000 ; Owen & Cox, 1997 ; Zeanah et coll., 1999). Même si les enfants ne sont pas menacés directement, leurs *caregivers* leur font vivre la peur de manière répétitive : peur pour leurs parents qu'ils perçoivent en danger, et peur de leurs parents, qui manifestent de la colère et de la violence ; les comportements d'attachement des enfants sont inéluctablement activés et exprimés de manière plus ou moins claire et directe selon leurs *patterns* d'attachement. Si le parent peut comprendre la détresse des enfants et y répondre, les conséquences restent limitées. Mais les enfants peuvent aussi ne pas avoir trouvé chez leurs parents de recours pour être rassurés, soit du fait de la perception des sentiments négatifs (colère, tristesse, peur...) chez le parent qui le font vivre comme indisponible, soit de leur insécurité antérieure, soit encore du fait de la préoccupation des parents. Ceux-ci, absorbés par le conflit, sont momentanément indisponibles aux besoins de protection de leurs enfants, ce qui aggrave le risque de désorganisation de leurs attachements (Solomon, 2003 ; voir *L'Attachement : approche théorique*, chapitre 9). Ceci peut pousser les enfants à adopter des comportements d'hypervigilance, et entraîner chez eux à plus long terme une inversion des rôles préoccupante (MacFie et coll., 2008).

Impact du conflit chronique et devenir de l'enfant

L'impact du divorce serait moins important en lui-même que celui du conflit parental prolongé dans le devenir des enfants (Kaplan et Pruett, 2000). Hetherington & Stanley-Hagan (2002) constatent que l'ajustement psychologique des enfants d'âge scolaire est le moins bon en cas de conflit parental grave, le meilleur quand il n'y a pas de conflit parental, et entre les deux pour les enfants de parents divorcés. Dans le groupe des mariages dits « intacts », mais avec expressions fréquentes et importantes de colère dans le couple, il y a des risques de problèmes d'attention, de dépression, de problèmes de comportement chez les enfants. Heinicke et coll. (1997) lient les « *patterns* conjugaux négatifs persistants » à une tendance chez les enfants jeunes à externaliser les conflits, et à avoir des comportements

antisociaux et incontrôlables. Ces enfants utilisent plus la violence pour résoudre leurs conflits, et ont une plus mauvaise estime d'eux-mêmes que ceux qui n'ont pas été témoins de la violence des parents.

Dans un tel contexte, la séparation des parents peut avoir des effets de soulagement pour toute la famille en faisant baisser les tensions. Mais cet effet de soulagement peut n'être que temporaire, et les conflits continuer autour de la garde des enfants...

Séparation

Les résultats des recherches sur les effets du divorce apparaissent d'abord très contradictoires ; les différences entre les enfants de parents divorcés et les autres sont rarement importantes, et les résultats ne sont pas très consistants. Mais les méthodologies sont multiples, les effets du divorce sur les enfants sont mesurés à plus ou moins long terme, et on ne prend pas forcément en compte la qualité des attachements des enfants préalablement à la séparation (Feeney & Monin, 2008).

Séparation et impact sur l'attachement de l'enfant

La séparation des parents elle-même, dans certaines conditions, peut avoir des effets négatifs sur la sécurité de l'attachement des enfants à leurs parents, voire parfois comporter des risques de troubles émotionnels, comportementaux et relationnels. Les modèles internes des enfants sont construits à partir de leurs expériences avec leurs figures d'attachements, liées d'abord à leur proximité, leur disponibilité, puis leur accessibilité. La séparation des parents affecte plus ou moins leur accessibilité dans la mesure où l'enfant est toujours séparé d'un parent quand il est avec l'autre (Feeney et Monin, 2008). Le divorce entraîne des ruptures dans la vie des enfants, avec des routines modifiées, des changements de résidence, un grand nombre de passages d'une maison à l'autre et d'un parent à l'autre. Le niveau économique de la famille peut aussi être dramatiquement menacé par la séparation (Kaplan et Pruett, 2000). Tous ces facteurs peuvent constituer des risques sur la sécurité des attachements, d'autant plus que les enfants sont plus jeunes.

Émotions de l'enfant et *caregiving* des parents séparés

Les enfants ressentent des émotions fortes lors de la séparation de ses parents : soulagement, quand ils sont témoins des conflits, mais aussi tristesse, colère et anxiété de séparation (Bretherton, 1997). Les enfants ont alors besoin de réponses adéquates de la part de leurs parents pour retrouver un sentiment de sécurité, notamment au moment des séparations et des

retrouvailles (Solomon et George, 1999a). Les parents peuvent d'autant mieux répondre que leur *caregiving* était sécurisant auparavant, mais le divorce a, parfois, un impact sur cette compétence. Après un soulagement immédiat, les parents se sentent parfois déprimés, jaloux, en colère, ou animés d'émotions très contradictoires, en fonction en partie de leurs styles d'attachement (Solomon, 2003), ce qui réduit leur disponibilité et leur sensibilité aux besoins des enfants (voir chapitre 5).

Facteurs modulant l'impact de la séparation sur l'attachement

Si l'activation du système d'attachement face à ces séparations imposées d'avec les figures d'attachement est inéluctable, les effets varient en fonction de l'âge et du développement cognitif des enfants. Un enfant de moins de deux ans a besoin de la proximité avec ses figures d'attachement pour retrouver et maintenir son sentiment de sécurité. Il peut réagir par des difficultés à se séparer, des troubles du sommeil, des régressions dans son développement. En grandissant, l'enfant acquiert davantage de possibilités de se représenter le lien, et son sentiment de sécurité repose davantage sur les notions de disponibilité et d'accessibilité des parents. Il a plus de capacités à supporter l'absence et l'attente, et davantage de capacités d'autorégulation.

Bretherton et Page (2004) ont montré que l'impact du divorce des parents sur le sentiment de sécurité de l'enfant est inéluctable, mais très variable selon la capacité des parents à continuer à assurer une alliance de *caregiving*, et ainsi à continuer à fournir à l'enfant une base de sécurité.

Feeney & Monin (2008) montrent que plusieurs facteurs médiatisent l'association entre divorce et sécurité d'attachement chez les jeunes enfants : la qualité du *caregiving*, l'influence du schéma de garde chez le père sur l'attachement mère-enfant, l'influence du niveau d'éducation de la mère et des revenus familiaux, et aussi les capacités intellectuelles de l'enfant. L'arrivée de beaux-parents joue aussi un rôle important : les enfants doivent accepter définitivement que leurs parents sont séparés et s'adapter ; de nouveaux liens d'attachement peuvent s'établir, à condition que l'autre parent ne les empêche pas (Kaplan et Pruett, 2000).

La séparation des parents est actuellement considérée comme une transition ou une perturbation qui mettent les enfants dans une situation de risque pour un certain temps (Kaplan et Pruett, 2000). Bretherton et Page (2004) rappellent que la plupart des enfants de parents divorcés deviennent des adultes compétents, surtout quand existent des facteurs de protection ; mais qu'il ne faut pas minimiser la détresse de ces enfants à court et long terme, et la prendre en compte (« la résilience n'est pas l'invulnérabilité », p. 571). Les enfants sécurisés à la Situation étrange à douze mois ont plus de risques d'avoir un état d'esprit insécure à l'AAI (*Adult Attachment Interview*) à dix-huit ans si entre-temps

est survenu le divorce des parents (Feeney & Monin, 2008). Les effets de la séparation des parents, qui est un événement de vie stressant, sont surtout liés à la manière plus ou moins sensible avec laquelle les parents aménagent les séparations et les réunions pour les enfants de manière à leur éviter trop de détresse et d'anxiété (Solomon et George, 1999a). Il existe un impact du divorce à plus long terme avec une surreprésentation de l'insécurité chez les adolescents et les jeunes adultes issus de couples divorcés, avec là encore, de nombreux facteurs qui peuvent médiatiser cette association entre divorce et insécurité de l'attachement à l'âge adulte (Feeney & Monin, 2008) : le remariage des parents, les perceptions sur les raisons du divorce (notamment l'idée qu'on n'est pas responsable de la séparation) et le genre : les femmes seraient plus sensibles à l'expérience du divorce de leurs parents que les hommes, particulièrement si elles étaient jeunes au moment du divorce (Crowell et coll., 2009)

D'une génération à l'autre

Crowell & coll. (2009) ont étudié l'éventuelle transmission intergénérationnelle du divorce : il n'y a pas de lien direct entre divorce des parents et divorce des enfants plus tard, mais un lien entre divorce des parents et sécurité de l'attachement des enfants, et entre sécurité des enfants et divorce ultérieur ; les enfants de parents divorcés restés sécurisés divorcent peu durant les six premières années de mariage. Ces résultats encouragent à développer des facteurs de protection de la sécurité des attachements des enfants dans les situations de séparation des parents, notamment autour de l'organisation de la garde des enfants.

Apports de la théorie de l'attachement sur les décisions concernant la résidence de l'enfant

Ce que la théorie de l'attachement apporte comme informations pour aider à la prise de décisions

Byrne et coll. (2005) recommandent de se servir de la théorie de l'attachement comme d'un canevas conceptuel pour l'évaluation, plutôt que d'appliquer directement les mesures de l'attachement qui ont été construites pour la recherche. Celles-ci peuvent tout de même contribuer à savoir quelle est la figure d'attachement principale de l'enfant, identifier les forces et les faiblesses du *caregiving* de chacun des parents, et informer les différentes options alternatives de garde de l'enfant.

Notion de figure d'attachement principal

Pour que le sentiment de sécurité de l'enfant ne soit pas trop menacé, il faut que chacun des parents reste accessible à l'enfant, et ce, d'autant plus

concrètement et physiquement que l'enfant est plus jeune. Si la séparation a lieu au cours de la constitution des attachements aux parents, c'est-à-dire au cours de la première année de vie de l'enfant, le lien physique à la figure d'attachement principale (souvent la mère), et les routines de vie doivent être absolument préservés. La figure d'attachement secondaire (souvent le père) devrait voir son bébé très souvent, mais sans pour autant mettre en péril la qualité de l'attachement avec la figure d'attachement principale. Si l'on se place dans cette perspective de protection des attachements de l'enfant, ceci rend très difficile pour les parents de vivre très éloignés l'un de l'autre dans les premières années de la vie de leurs enfants. Quand l'enfant grandit et que ses moyens cognitifs et langagiers lui permettent de se représenter ses liens avec ses parents de manière plus solide et durable (au-delà de trois ans), on peut envisager un allongement des séparations d'avec la figure d'attachement principale. L'âge de l'enfant est une variable capitale pour l'établissement de schémas de garde qui protègent et promeuvent la sécurité de ses attachements, et qui doivent évoluer en fonction des différents temps de la constitution des attachements et du développement des enfants.

Liens avec la figure d'attachement secondaire

Les liens d'attachement avec le parent qui n'a pas la garde doivent être préservés. La « disparition » d'une figure d'attachement impliquerait une perte très dommageable pour le développement de l'enfant. Les apports de chaque parent au sentiment de sécurité (voir *L'Attachement : approche théorique, chapitre 3*) sont spécifiques, et le rôle de chacun est unique et irremplaçable dans la vie de l'enfant. Il ne s'agit pas seulement, pour le parent qui n'a pas la garde, de « voir » son enfant lors des visites, mais de développer ou de maintenir des attachements sécurisants malgré les séparations répétées. Du côté des pères, il y a souvent le sentiment de ne pas avoir suffisamment d'occasions de développer une relation pleine de sens avec leurs petits. L'intervention devrait porter, dans ce cas, plus sur une guidance qui facilite la relation que sur les aménagements concrets autour du partage du temps (Solomon & George, 1999b). Il semble que la coopération du père, dans les moments de séparations et de retrouvailles, si elle est acceptée par la mère, soit un facteur très important pour aider les mères à augmenter leur sensibilité, et donc à favoriser la sécurité de l'attachement chez l'enfant (Solomon et George, 1999b).

Alternance retrouvailles/séparation liée aux modes de garde : le soutien à l'enfant

À propos des week-ends chez le père, Solomon et George (1999a) ont conclu d'une étude sur les familles où les parents se sont séparés avant les trois ans de l'enfant que les nuits répétées chez le père n'auraient d'effet ni positif ni négatif sur la qualité de l'attachement ; mais que dans

certaines conditions, elles peuvent faire peser un risque sur la sécurité de l'attachement à la mère. La différence ne réside pas selon elles seulement au plan des aménagements concrets des nuits chez le père (nombre, régularité, âge de début...), mais dans l'importance du soutien psychologique fourni à l'enfant par la mère autour de ces séparations mère-enfant, et le fait qu'il y a moins de conflits ou d'évitement radical entre parents à communiquer.

Si, autour des moments de séparation et de retrouvailles, c'est à dire lorsque le système d'attachement de l'enfant est réveillé, la mère peut ne pas se sentir trop désespérée elle-même, prendre en compte le besoin de soutien de son enfant, se sentir elle-même capable de l'aider, rassurer l'enfant stressé, ne pas avoir peur d'être elle-même rejetée, cela a des chances d'aider l'enfant à conserver un attachement sécurisé avec elle. Le plus important pour l'enfant semble la manière dont les parents soutiennent émotionnellement les enfants lors des séparations, et des retrouvailles. Ceci implique qu'ils puissent laisser de côté leur conflit pour protéger leur enfant, c'est-à-dire que leur système de *caregiving* l'emporte sur leurs motivations personnelles, ce qui est parfois très difficile. Ceci devrait être la cible des interventions de médiation, d'évaluation et d'intervention auprès de ces familles, afin d'augmenter la sensibilité de celles-ci, et d'aider à l'élaboration des sentiments des parents l'un envers l'autre, pour permettre l'exercice de ce *co-caregiving* (Solomon et George, 1999a).

Conclusion

La théorie de l'attachement revisite l'impact du divorce sur les enfants. De multiples facteurs modulent les répercussions du conflit conjugal et du divorce sur les enfants, qui donnent autant de possibilités d'intervention pour prévenir la désorganisation des attachements, voire les troubles durables de l'attachement chez les enfants.

Références

- Bretherton, I. (1997). Attachment networks in postdivorce families: The maternal perspective. In L. Atkinson & K. J. Zucker (dir.), *Attachment and psychopathology* (p. 97-134). New York : Guilford Press.
- Bretherton, I., & Page, T. F. (2004). Shared or conflicting working models? Relationships in postdivorce families seen through the eyes of mothers and their pre-school children. *Development and Psychopathology*, 16, 551-575.
- Byrne, J. G., O'Connor, T. G., Marvin, R. S. et coll. (2005). Practitioner review: The contribution of attachment theory to child custody assessments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 115-127.
- Caldera, Y. M., & Lindsey, E. W. (2006). Coparenting, mother-infant interaction, and infant-parent attachment relationships in two-parent families. *Journal of Family Psychology*, 20, 275-283.

- Crowell, J. A., Treboux, D., & Brickmeyer, S. (2009). Parental divorce and adult children's attachment representations and marital status. *Attachment and Human Development, 11*, 87–101.
- Feeney, B. C., & Monin, J. K. (2008). An attachment-theoretical perspective on divorce. In J. Cassidy & P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2^e éd., p. 934–957). New York : Guilford Press.
- Heinicke, C. M., Guthrie, D., & Ruth, G. (1997). Marital adaptation, divorce, and parent-infant development: A prospective study. *Infant Mental Health Journal, 18*, 282–299.
- Hetherington, E. M., & Stanley-Hagan, M. (2002). Parenting in divorced and remarried families. In E. H. Bornstein (dir.), *Handbook of Parenting, vol. 3: Being and becoming a parent* (2^e éd., p. 287–315). Mahwah, E.-U. : Lawrence Erlbaum.
- Howes, P., & Markman, H. (1989). Marital quality and child functioning: A longitudinal investigation. *Child Development, 60*, 1044–1051.
- Kaplan, M. D., & Pruett, K. D. (2000). Divorce and custody: Developmental implications. In C. H. Zeanah (dir.), *Handbook of infant mental health* (2^e éd., p. 533–547). New York : Guilford Press.
- Kobak, R. R., & Mandelbaum, T. (2003). Caring for the caregiver: An attachment approach to assessment and treatment of child problems. In S. M. Johnson and V. E. Whiffen (dir.), *Attachment processes in couple and family therapy* (p. 144–164). New York : Guilford Press.
- MacFie, J., Houts, R. M., Pressel, A. M. et coll. (2008). Pathways from infant exposure to marital conflict to parent-toddler role reversal. *Infant Mental Health Journal, 4*, 297–319.
- Owen, M. T., & Cox, M. J. (1997). Marital conflict and the development of infant-parent attachment relationships. *Journal of Family Psychology, 11*, 152–164.
- Solomon, J. (2003). The caregiving system in separated and divorcing parents. *Zero to three Journal, 3*, 33–37.
- Solomon, J., & George, C. (1999a). The development of attachment in separated and divorced families. *Attachment and Human Development, 1*, 2–33.
- Solomon, J., & George, C. (1999b). The caregiving system in mothers of infants: A comparison of divorced and married mothers. *Attachment and Human Development, 1*, 171–190.
- Zeanah, C. H., Danis, B., Hirschberg, L. et coll. (1999). Disorganized attachment associated with partner violence: a research note. *Infant Mental Health Journal, 20*, 77–86.

3 L'enfant malade ou hospitalisé

Laurence Evrat, Romain Dugravier,
Violaine Bekhechi, Ludivine Dubois de Bodinat

La maladie et l'hospitalisation sont deux contextes paradigmatiques de l'activation du système d'attachement. La maladie, source de fatigue, de douleurs, d'inquiétudes diverses, est une menace pour le corps ; l'hospitalisation confronte l'enfant à un environnement nouveau, avec des coutumes nouvelles, au contact de multiples étrangers prodiguant des soins plus ou moins invasifs et à qui il est nécessaire de faire confiance. La maladie, la séparation, l'hospitalisation n'ont cependant pas le même impact selon l'âge de l'enfant, qui est surtout vulnérable entre six mois et trois ou quatre ans. La théorie de l'attachement permet de mieux comprendre les besoins cruciaux d'un enfant lors de ces situations particulièrement stressantes.

Rappel historique

Comme le soulignent [Van Der Horst et Van Der Veer \(2009\)](#), rappeler les pratiques en cours à la fin des années 1940 aide à se représenter l'évolution des attitudes des professionnels dans le domaine du soin fourni aux enfants hospitalisés.

Dogme de la séparation

À cette époque, lorsqu'un enfant est hospitalisé, il est tout à fait habituel de restreindre les visites parentales (une heure par jour maximum), qui énerveraient les enfants et perturberaient l'équipe médicale, et d'éviter au maximum le contact des enfants avec les soignants afin de minimiser la transmission des infections. Le milieu médical dans sa majorité pense aussi que ce ne sont pas les enfants qui ont besoin de visites, mais les mères, exagérément anxieuses. Pour y remédier, le corps soignant proposait aux mères de jeter un rapide coup d'œil à leur enfant endormi et de rencontrer l'équipe médicale. Dès 1940, Bowlby a l'intuition que ces hospitalisations prolongées sans visites des parents augmentent le risque d'évolution vers les troubles antisociaux. Dans ce contexte, certains médecins soulignent la

souffrance des jeunes enfants hospitalisés privés du contact régulier avec leurs parents. Ils encouragent alors les infirmières de leur service à prendre les enfants fréquemment pour les câliner et introduisent le principe d'une infirmière dédiée à chaque enfant. Ces recherches initiales permettent enfin d'envisager la séparation de l'enfant d'avec son parent comme potentiellement nuisible, de favoriser des visites plus régulières des parents et de donner l'occasion à l'enfant de nouer temporairement de nouveaux liens avec une personne de substitution. Un pédiatre anglais, Spence, propose la mise en place de suites spéciales mère-enfant à l'hôpital, les infirmières apprenant ainsi aux mères à s'occuper des enfants, tout en ayant davantage de temps à consacrer à leurs autres tâches.

Changement des mentalités après la Seconde Guerre mondiale

Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, René Spitz travaille auprès d'enfants séparés de leur mère et montre que ceux-ci, bien que correctement nourris et soignés, se dégradent progressivement. John Bowlby, dans son rapport intitulé *Soins maternels et santé mentale*, publié par l'OMS en 1951 (in Bowlby, 1990), après consultation de nombreux experts dans toute l'Europe (voir *L'Attachement : approche théorique*, chapitre 1) ainsi qu'aux États-Unis, procède à un inventaire des différents modes d'accueil dans de nombreuses institutions qui ne tiennent guère compte des besoins affectifs des jeunes enfants. Il fait un certain nombre de recommandations dans le cadre d'une hospitalisation : la mère doit rester sur place pour un enfant de moins de trois ans ; les visites doivent être fréquentes et si possible journalières pour les enfants âgés de trois à six ans ; une infirmière doit être affectée à chaque enfant ; il est nécessaire de préparer les enfants pour leur séjour à l'hôpital. Il travaille avec les Robertson pour étudier les conséquences des séparations sur de jeunes enfants hospitalisés.

Hospitalisations mère-enfant

À la suite de ces différents travaux, le gouvernement britannique en vient à considérer les effets de l'hospitalisation sur les jeunes enfants, et le parlement constitue une commission parlementaire présidée par sir Harry Platt. Son rapport, intitulé *The Welfare of Sick Children in Hospital* (Platt, 1959) et fortement influencé par les films des Robertson (1952, 1958), recommande des soins plus humains pour les enfants dans les hôpitaux en reprenant les recommandations de visites non restrictives, la possibilité pour les parents de dormir auprès de leur enfant s'il est âgé de moins de cinq ans et la mise en place d'installations de jeu pour l'enfant. Ce rapport est reconnu dans le monde entier. À partir de cette date, le ministère de la Santé soutient les

changements qui doivent s'instaurer dans les politiques hospitalières. Mais ces recommandations sont encore peu respectées par les médecins et infirmières, comme le montrent les sondages de l'époque.

Ce débat concernant les modes d'accueil des jeunes enfants hospitalisés aura duré plus de quarante ans, et ce n'est qu'à partir des années 1970-1980 que ces pratiques se sont généralisées, permettant de reconsidérer les pratiques institutionnelles de l'époque qui se concentraient sur les soins somatiques au détriment des besoins émotionnels de l'enfant. En témoigne la généralisation, et par exemple l'inscription dans la loi française, de la pratique des hospitalisations mère-enfant pour les enfants jeunes.

Hospitalisation et processus d'attachement chez le jeune enfant

Réactions émotionnelles du jeune enfant à l'hospitalisation

Elles ont été décrites grâce au travail des Robertson (voir *l'Attachement : approche théorique*, chapitre 1). Ceux-ci s'appuient sur la vidéo pour soutenir leurs thèses. Bowlby et Robertson (Bowlby, 1973) travaillent ensemble et décrivent les réactions successives d'un jeune enfant à la séparation d'avec son parent. Ils identifient ainsi, pour la première fois, en 1952, trois phases distinctes : la protestation, le désespoir et enfin le détachement. Le deuxième film de Robertson (1958), qui montre comment Sally, une petite fille, gère son séjour à l'hôpital sans anxiété grâce à la présence de sa mère, reçoit un accueil plus enthousiaste.

Ces diverses observations soulignent la souffrance des jeunes enfants séparés de leurs parents lors d'une hospitalisation, sans visites ou présence des *caregivers* suffisantes et sans interactions suffisantes avec le personnel. Avant six mois, l'hospitalisation brève n'engendre aucune réaction visible, ce qui ne signifie pas pour autant que le nourrisson ne ressent pas de détresse émotionnelle. Les enfants de plus de six mois manifestent plus de réactions. Ils expriment leur tristesse dans un premier temps par des pleurs intenses, puis au bout de quelques semaines, ils « gèlent » leurs affects et semblent indifférents aux retrouvailles avec leur figure d'attachement. Les enfants de plus de sept mois usent de signaux d'attachement intenses et manifestent une forte angoisse en présence d'étrangers. Quel que soit leur âge, tous les enfants ont un rythme de sommeil perturbé. Chez le tout-petit, comme chez l'enfant plus grand, l'indisponibilité du *caregiver* favorise l'anxiété, la colère et la tristesse, puis un désengagement émotionnel.

Besoins d'attachement de l'enfant hospitalisé et présence de la figure d'attachement

Lorsque l'enfant doit affronter la maladie ou l'hospitalisation, il tente de faire appel à sa figure d'attachement comme havre de sécurité. Pour assurer ce rôle protecteur, la figure d'attachement principale doit à la fois être présente physiquement et émotionnellement disponible : cette situation particulièrement stressante pour l'enfant accentue son besoin de proximité d'avec sa figure d'attachement (au mieux principale, ou subsidiaire) : proximité physique (besoin de contacts) et proximité visuelle (besoin qu'elle soit à portée de vue), et ce d'autant plus que l'enfant est jeune (avant trois ou quatre ans).

Lorsque des soins en milieu hospitalier sont nécessaires et occasionnent une séparation avec la figure d'attachement, l'enfant est confronté à une rupture avec le milieu sécurisant représenté par le cadre de vie habituel et la perte de sa figure d'attachement. De plus, l'indisponibilité émotionnelle éventuelle de la figure d'attachement confrontée à cette menace que représente l'hospitalisation de son enfant ne peut qu'accroître l'inconfort et l'anxiété de l'enfant.

C'est avant l'âge de cinq ou six ans que les hospitalisations sont les plus susceptibles d'entraîner des troubles psychologiques dans les mois qui suivent, si la figure d'attachement principale de l'enfant n'est pas accessible physiquement pendant de longues périodes et notamment les nuits, lors de l'hospitalisation. Moins les mères viennent rendre visite à leur enfant hospitalisé, plus ceux-ci souffrent de la séparation ; même en cas d'hospitalisation brève, il est très important que le parent reste aux côtés de l'enfant, et particulièrement lorsque celui-ci est jeune (Robinson et coll., 1996). Les réactions négatives face à la séparation induite par l'hospitalisation (anxiété de séparation, anxiété au moment de l'endormissement, désordres alimentaires, énurésie nocturne) diminuent dès lors que les parents sont autorisés à rendre visite à leur enfant sur de plus longues durées.

Attachement de l'enfant hospitalisé et visites des parents

Robinson et coll. (1996) ont observé que la seule variable prédictive de la fréquence des visites maternelles lors d'une hospitalisation était la qualité de l'attachement de l'enfant envers la mère. Les mères d'enfants insécures leur rendaient visite moins fréquemment. Elles interpréteraient le comportement évitant de leur enfant, manifesté par un détachement, comme étant un signe que leur enfant n'a pas besoin d'elle et qu'il se satisfait d'être en présence d'étrangers tels que le personnel hospitalier. On peut aussi se demander si ce n'est pas la qualité des relations mère-enfant préalable à

l'hospitalisation qui a contribué au développement d'un *pattern* insécure chez l'enfant, qui se traduit par la quantité des visites maternelles. Un taux de visite plus faible pourrait, en tout cas, être le reflet d'une plus faible sensibilité de la mère à la détresse de son enfant.

Comportement face à la maladie ou l'hospitalisation en fonction du style d'attachement

Autant les comportements face à la maladie en fonction du style d'attachement ont été largement étudiés chez l'adulte, autant ils ont été peu étudiés chez l'enfant. Ce contexte active les stratégies conditionnelles de l'enfant qui s'exprimeront sous forme de comportements et d'attentes. La qualité de l'attachement de l'enfant influence en particulier son comportement pour faire face à la maladie. Les travaux de Feeney (2000), surtout, ont particulièrement bien décrit les réactions des enfants hospitalisés selon leur style d'attachement.

Les enfants *séconds*, bien que stressés par la maladie, expriment leurs affects (anxiété, colère, peur) sans pour autant aliéner la relation au donneur de soin. Ces enfants peuvent donc supporter plus aisément l'état inconfortable de la maladie et bénéficier du support qui leur est proposé. Lors d'une hospitalisation, ils manifestent leur détresse lors de la séparation et recherchent ensuite activement le contact avec leur figure d'attachement au moment des retrouvailles pour se rassurer. Les enfants *anxieux ambivalents* ont une forte expression émotionnelle, puisqu'ils expriment de la détresse dans leur recherche de proximité combinée avec une colère de résistance. Ils ont donc une faible capacité à réguler leurs affects.

Les enfants *inséconds évitants* vont au contraire avoir une faible expression émotionnelle correspondant à une surrégulation de leurs affects. Les enfants avec un attachement *désorganisé* ne montrent aucun *pattern* cohérent. (Feeney, 2000)

Impact de la maladie sur le processus d'attachement

Les conséquences de la douleur, des maladies graves chroniques et des événements associés (l'hospitalisation, les procédures des soins, les tests douloureux...) affectent la relation parent-enfant. Il est en particulier difficile de maintenir des visites régulières sur le long terme. Le risque de constitution d'un attachement insécure semble donc accru, surtout lorsque les réactions des parents face à la maladie dont, notamment, l'anxiété maternelle perturbent leur *caregiving* (Goldberg et coll., 1995 ; Minde, 1999 ; Feeney, 2000). On retrouve ainsi une augmentation significative des indicateurs

d'attachement non sécurés (*patterns* ou scores de sécurité) sur des échantillons d'enfants atteints de différentes maladies somatiques : fibrose kystique et maladie cardiaque congénitale, asthme chronique précoce (Goldberg et coll., 1995 ; Cassibba et coll., 2004). Ces derniers ont particulièrement étudié le *caregiving* maternel dans l'asthme : les problèmes respiratoires de l'enfant provoqueraient chez les mères une attitude surprotectrice ou, à l'inverse, un comportement négligent si elles ont elles-mêmes été asthmatiques dans l'enfance et que la maladie représente à leurs yeux quelque chose d'insupportable. Une autre population est très étudiée : il s'agit des enfants prématurés (de poids inférieur à 1 500 grammes). Il semble qu'il n'y ait pas de différence significative dans la distribution des *patterns* d'attachement étudiés avec la Situation étrange lorsque l'enfant a entre douze et dix-huit mois (Sajaniemi et coll., 2001 ; Brisch et coll., 2003). Par contre, il existe une surreprésentation des enfants insécures, et en particulier de ceux présentant un attachement désorganisé, lorsque coexistent à la prématurité des facteurs contextuels (stress, précarité socio-économique) ou personnels maternels qui sapent le *caregiving* et la sensibilité maternelle (Wille, 1991 ; Borghini et coll., 2006).

Quelle aide proposer aux enfants hospitalisés et à leurs parents ?

Prendre en compte l'attachement de l'enfant

Toute maladie somatique ou toute hospitalisation en pédiatrie active inéluctablement le système d'attachement de l'enfant : détresse, douleur, milieu inconnu, éloignement des figures d'attachement...

Créer des conditions de sécurité pour l'enfant

Pour un enfant de moins de trois ans, la présence physique permanente de la figure d'attachement principale ou d'une figure d'attachement auxiliaire est recommandée. Pour les enfants plus grands, des visites régulières de la part des parents au cours de la journée aident l'enfant à mieux supporter le stress de l'hospitalisation. Des personnes relais, comme le personnel médical, clairement identifiées, avec le principe de soignant référent, peuvent suppléer aux besoins d'attention et de soutien des enfants. Le doudou, lorsque la mère n'est pas disponible, peut aussi aider l'enfant à se rassurer. Pour l'hospitalisation de courte durée, il est préconisé de proposer une hospitalisation conjointe mère (figure d'attachement) - enfant : la possibilité pour l'un des parents de dormir sur place avec l'enfant diminue le risque de retentissement de l'hospitalisation sur la relation d'attachement.

Repérer les stratégies de protection de l'enfant quant à l'attachement

La possibilité de repérer les enfants insécures permettrait aux professionnels de mieux les intégrer dans les dispositifs de soins en s'adaptant à leurs interactions et en aidant les parents à comprendre les réactions de leurs enfants et les besoins réels d'attachement sous-jacents aux comportements exprimés.

On pourrait ainsi, pour les enfants anxieux, informer les parents sur la nécessité de créer pour l'enfant un environnement particulièrement calme et sécurisant minimisant les situations stressantes. Pour les enfants insécures évitants, les professionnels de santé et les parents devraient être informés de leurs particularités relationnelles (distance émotionnelle comme stratégie protectrice) et de l'importance d'aller au-devant de leurs besoins, sachant qu'il est vain d'attendre une demande spécifique. Ils devraient être particulièrement attentifs aux enfants qui ne présentent aucun signe apparent de souffrance. Enfin, ils devraient pouvoir adapter leur façon de faire avec les parents et les enfants aux niveaux de dépendance et d'anxiété de ceux-ci. (Feeney, 2000.)

Créer une alliance comme base de sécurité avec l'enfant

Les enfants hospitalisés ainsi que leurs familles mettent en place une relation continue et complexe avec les soignants au cours de visites médicales régulières. Les enfants, ainsi que les adolescents chroniquement malades, continuent à compter sur leurs parents pour les aider à mettre en place des stratégies qui leur permettent de gérer la maladie (Ely et coll., 2005).

Il est important aussi, pour ces enfants, de leur permettre de suivre leur traitement de manière autonome et indépendante, afin qu'ils adhèrent mieux aux soins (Feeney, 2000). La qualité de cette alliance est prédictive de l'adhésion au traitement médical, de l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie de la famille et de ces enfants. Le développement d'une alliance de travail entre les enfants malades chroniques et leurs soignants semble au premier plan : il s'agit de la co-construction avec l'enfant d'un lien positif et confiant, associé à un accord sur les objectifs et les moyens pour y parvenir. Il s'agit en quelque sorte, comme on le verra dans le chapitre 16, de la construction d'une base de sécurité avec un réel partenariat.

Soutien du corps médical auprès de la famille

On pourrait le résumer comme la capacité de résoudre ce dilemme : comment impliquer davantage les parents à rester aux côtés de leur enfant hospitalisé ou subissant des examens ou des interventions, sous une forme qui permette de supporter cette implication ? Il y a besoin d'une évaluation

familiale et la nécessité d'une assistance à la fois auprès des familles et auprès du corps médical afin d'établir des conditions favorables qui évitent des ruptures ou des discontinuités des liens d'attachement de ces enfants malades (Minde, 1999).

Fournir aux parents une base de sécurité

Les parents peuvent, eux aussi, être très vulnérables au stress que provoque l'hospitalisation et avoir besoin de soutien pour assurer leurs tâches de parents. Face à la détresse émotionnelle de leur enfant (notamment lors des procédures médicales traumatisantes), certains parents sont en difficulté pour répondre avec sensibilité aux besoins de l'enfant et notamment pour l'apaiser. Soutenir ces parents, accorder de l'attention à leurs propres besoins émotionnels au cours de l'hospitalisation, les rassure et contribue au bien-être de leur enfant.

Le personnel hospitalier peut développer des stratégies d'aide aux parents qui leur permettent de rester à proximité de leur enfant lors des procédures médicales douloureuses et stressantes. Par exemple, avoir un soignant unique, référent, sur lequel les parents puissent s'appuyer lors de l'hospitalisation et qui les guide afin qu'ils soient eux-mêmes disponibles pour soutenir leur enfant semble très efficace (Koenig, 2003).

De même qu'il est important de construire une alliance avec l'enfant, il l'est aussi d'en construire une avec les *caregivers*. Les parents souhaitent communiquer avec les professionnels de manière plus empathique, plus respectueuse, et que ces derniers témoignent davantage d'intérêt pour leur situation. Ils ont également besoin que s'établisse une relation de bienveillance à l'égard de leur enfant, une relation bâtie sur l'empathie, la compréhension et le soutien de l'enfant (voir chapitre 5).

Faciliter la présence des parents à l'hôpital

Il est maintenant couramment admis dans les hôpitaux que les parents puissent rendre visite à leur enfant malade et cela de manière illimitée. Peu de parents profitent de cette opportunité en évoquant différents motifs : familiaux, professionnels, culturels...

Le personnel médical doit donc dans un premier temps comprendre les réactions et les attitudes des parents face à l'idée de rester à l'hôpital avec leur enfant, puis les encourager autant que possible à dormir sur place dans les unités pédiatriques ou à rendre fréquemment visite à leur enfant. Les modalités de séjour des parents doivent être confortables, matériellement adaptées (Guédeney et coll., 1986). Si la présence des parents s'espace, elle doit alerter les soignants sur une possible « mise en danger » du parent face à ce séjour à l'hôpital et évaluer la nature de ce « danger » pour les parents afin de proposer le soutien adéquat.

Conclusion

Bowlby et Robertson ont été parmi ceux qui ont le plus contribué à modifier les pratiques concernant les enfants malades et hospitalisés. La théorie de l'attachement apporte un éclairage incontournable aux pratiques des professionnels et à la compréhension des réactions des enfants et de leurs parents ; des pratiques de soins à la fois sensibles et personnalisées au sein des services de pédiatrie dans les hôpitaux peuvent préserver l'enfant atteint de maladie chronique sévère de troubles de l'attachement qui risquent d'aggraver le pronostic.

Références

- Borghini, A., Pierrehumbert, B., Miljkowitch, R. et coll. (2006). Mothers' attachment representations of their premature infant at 6 and 18 months after birth. *Infant mental health Journal*, 27, 494–508.
- Bowlby, J. (1951). Soins maternels et santé mentale. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 3, 355–534.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, vol. 2: Separation: anxiety and anger*. New York: Basic Books. Trad. franç. Bruno de Panafieu (1978). *Attachement et perte, tome 3 : La séparation : angoisse et colère*. Paris, PUF.
- Bowlby, J. (1990). *Child care and the growth of love* (2^e édition). Londres: Penguin Books. (réédition de *Maternal care and mental health*, WHO, 1953, avec deux chapitres de M. Ainsworth).
- Brisch, K. H., Bechinger, D., Betzler, S. et coll. (2003). Early preventive attachment-oriented psychotherapeutic intervention program with parents of a very low birthweight premature infant: Results of attachment and neurological development. *Attachment and Human Development*, 5 (2), 120–135.
- Cassibba, R., Van IJzendoorn, L. H., Bruno, S. et coll. (2004). Attachment of mothers and children with recurrent asthmatic bronchitis. *Journal of Asthma*, 41, 419–431.
- Ely, B., Alexander, L. B., & Reed, M. (2005). The working alliance in pediatric chronic disease management : A pilot study of instrument reliability and feasibility. *Journal of Pediatric Nursing*, 20, 190–200.
- Feeney, J. A. (2000). Implications of attachment style for patterns of health and illness. *Child Care, Health and development*, 26, 277–288.
- Goldberg, S., Gotowiec, A., & Simmons, R. J. (1995). Infant-mother attachment and behavior problems in healthy and chronically ill preschoolers. *Development and Psychopathology*, 7, 267–282.
- Guédény, N., Mouren, M. C., & Dugas, M. (1986). À propos des hospitalisations mère-enfant : L'hospitalisation mère-enfant dans un service de psychopathologie de l'enfant. *Psychiatrie de l'enfant*, XXIX, 469–531.
- Koenig, K., Chesla, C. A., & Kennedy, C. M. (2003). Parents' perspectives of asthma crisis hospital management in infants and toddlers: An interpretative view through the lens of attachment theory. *Journal of Pediatric Nursing*, 18, 233–243.
- Minde, K. (1999). Mediating attachment patterns during a serious medical illness. *Infant Mental Health Journal*, 20, 105–122.

- Platt, H. (1959). *The Welfare of Sick Children in Hospital*. Londres, rapport parlementaire.
- Robertson, J. (1952). *A two-year-old goes to the hospital* [film]
<http://www.Robertsonfilms.info>.
- Robertson, J. (1958) *Going to the hospital with mother* [film]
<http://www.Robertsonfilms.info>.
- Robinson, J. R., Rankin, J. L., & Drotar, D. (1996). Quality of attachment as a predictor of maternal visitation to young hospitalised children. *Journal of Pediatric Psychology*, 2, 401–417.
- Sajaniemi, N., Mäkelä, J., Salokorpi, T., Von Wendt, L. et coll. (2001). Cognitive performance and attachment patterns at four years of age in extremely low birth weight infants after early intervention. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10, 122–129.
- Spitz, R. (1968). *De la naissance à la parole*. Paris : PUF.
- Van Der Horst, F., & Van Der Veer, R. (2009). Changing attitudes towards the care of children in hospital : a new assessment of the influence of the work of Bowlby and Robertson in the U. K., 1940-1970. *Attachment and Human Development*, 11, 119–142.
- Wille, D. E. (1991). Relation of preterm birth with quality of infant-mother attachment at one year. *Infant Behavior and Development*, 14, 227–240.

4 Perte et deuil chez le jeune enfant et chez l'adulte

Martine Moralès-Huet, Anne-Sophie Mintz

J. Bowlby fut préoccupé par les conséquences psychologiques de la perte d'une figure d'attachement ou d'un être cher durant toute sa carrière. Dès 1946, il publie son étude sur *Quarante-quatre jeunes voleurs, leur personnalité et leur vie de famille*, où il développe l'idée que la perte précoce d'une figure d'attachement est un facteur de risque pouvant prédisposer à des troubles du comportement antisociaux à l'adolescence. Plus tard, il consacre le troisième tome de son ouvrage *Attachement et Perte* (1980) à la description détaillée des manifestations du deuil chez l'enfant et chez l'adulte.

Perte d'un parent chez le jeune enfant

Rappel historique

Les premières études des enfants confrontés à la perte d'un parent remontent à plus d'une soixantaine d'années (Freud et Burlingham ; Spitz ; Bowlby ; Robertson). Mais la littérature sur les deuils précoces est succincte et a été marquée par des désaccords théoriques, certains auteurs soutenant que les enfants en dessous de l'âge de cinq ans ne peuvent pas vraiment connaître la douleur du deuil. S'appuyant sur des données éthologiques et sur l'observation et le traitement de jeunes enfants, Bowlby (1960) et Robertson furent parmi les premiers à montrer que la douleur et le deuil peuvent exister chez les très jeunes enfants, même en l'absence de la maturité cognitive et émotionnelle dont disposent les enfants plus âgés et les adultes. Tous deux décrivirent les trois phases successives de la protestation, de la tristesse et du détachement, observables chez de jeunes enfants séparés de leur mère. Ces études portaient sur les réactions des jeunes enfants à des séparations prolongées dues à la guerre, à une hospitalisation ou à d'autres événements particuliers. Leur pertinence s'est trouvée confirmée par des études plus récentes concernant des enfants dont le parent est mort dans différentes circonstances et aussi des enfants ayant été témoins de cette mort (Osofsky et coll., 1995 ; Lieberman et coll., 2003 ; Hinshaw-Fuselier et coll., 2004). Ces études mettent en avant que la perte d'un parent constitue une expérience traumatique particulière chez le jeune enfant.

Impact de la mort d'un parent sur le jeune enfant

Notion de traumatisme

Avant l'âge de six ans, l'enfant se représente la mort comme une séparation. Vers cinq ou six ans, il commence à pouvoir se représenter la mort comme universelle et irréversible mais, étant encore dans la pensée magique, l'enfant en deuil a une double attitude : il sait que sa mère est morte, mais il lui parle et ne cesse d'attendre son retour (Lieberman et coll., 2003). Bowlby (1980) fut le premier à avoir parlé du « traumatisme de la perte » pour décrire les effets de la mort d'un parent quand elle survient pendant les cinq premières années de la vie, avant que l'enfant n'ait pu développer un sens de lui-même suffisamment indépendant de la protection du parent. Pour un jeune enfant, la mort d'un parent est toujours prématurée, causée par un accident, un épisode de violence, un suicide ou une maladie subite, plutôt que par des facteurs liés à l'âge et au vieillissement. La théorie de l'attachement insiste sur les effets désorganisés et traumatiques de cette perte chez les très jeunes enfants, qui ne peuvent pas encore comprendre la signification de la mort (Lieberman et coll., 2003).

Facteurs modulant la sévérité du traumatisme : du côté des circonstances de la mort

Lieberman et Van Horn (2004) proposent de conceptualiser la sévérité de ce traumatisme sur un continuum allant de l'expérience traumatique la moins grave à la plus sévère, en fonction de l'effet conjugué de facteurs de risque et de facteurs de protection : la teneur émotionnelle et la qualité de l'attachement au parent décédé ; les circonstances et les causes de la mort ; le fait que l'enfant en a été ou non le témoin ; son âge et son développement cognitif et émotionnel pour faire face à cet événement de vie (plus il est jeune, moins il a la capacité de se représenter la perte et de verbaliser ses émotions) ; les réactions de l'entourage, en particulier l'impact de cette mort sur le parent restant, sa propre capacité à faire face au deuil et à soutenir l'enfant, et la qualité de l'attachement de l'enfant à ce parent.

Du côté des expériences les moins perturbantes, il peut s'agir de la mort d'un parent consécutive à une maladie de longue durée et identifiée, lorsque cela aura permis à l'enfant et à la famille de s'y préparer et lorsque celui-ci aura été soutenu dans cette épreuve. Les expériences les plus traumatiques sont celles où se trouvent cumulés plusieurs facteurs de risque ou événements tragiques : mort soudaine et violente du parent, dont l'enfant a été témoin, alors qu'il était jusque-là pour une grande part dépendant des soins prodigués par ce parent et que du fait de son très jeune âge il n'a pas encore la maturité cognitive lui permettant de comprendre ce qui vient de se produire.

Du côté de l'enfant et de son entourage

Outre les circonstances externes de la perte, les réactions de l'enfant dépendent de ses caractéristiques, de son développement et de ses capacités de régulation émotionnelle, et de la qualité de son attachement au parent survivant. Les enfants qui avaient jusque-là un attachement sécure à ce dernier vont pouvoir se rapprocher de lui et s'appuyer sur lui. Ceux qui avaient un attachement insécure ambivalent agressent fréquemment le parent endeuillé, et ceux qui avaient un attachement insécure évitant se protègent en restant distants et silencieux, enfermés dans leur souffrance.

Enfin, les réactions de l'enfant vont être influencées par les effets de la mort du parent sur son entourage immédiat et par les changements provoqués de ce fait dans la vie familiale. Dans les cas difficiles, ces changements peuvent constituer des facteurs de stress supplémentaires, voire des traumatismes secondaires dans la vie de l'enfant. En particulier, la sécurité de l'attachement au parent restant peut être remise en cause par la dépression de ce dernier, qui n'a plus la même disponibilité émotionnelle pour l'enfant. Dans l'évaluation du trouble chez l'enfant tout comme dans l'approche thérapeutique envisagée, il est important de prendre en compte ces facteurs de stress « secondaires », car ils ont un impact négatif supplémentaire sur son état émotionnel (Lieberman et coll., 2003).

Processus de deuil et réactions habituelles d'un jeune enfant à la mort d'un parent

Description clinique

Quand un jeune enfant perd l'une de ses principales figures d'attachement, il perd le lien intime et les échanges quotidiens autour desquels s'organisaient jusque-là son développement et le sens de lui-même et des autres. Cette perte engendre une douleur durable et peut entraîner, s'il n'est pas assez soutenu, des risques pathologiques ultérieurs dans l'enfance, à l'adolescence ou à l'âge adulte (Bowlby, 1980). Le processus de deuil implique de reconnaître la réalité de la perte, d'abandonner l'espoir de voir revenir le parent disparu et d'être capable de se tourner vers une autre figure d'attachement en espérant avoir de nouveaux liens d'amour et de sécurité avec elle. Ces réactions de l'enfant sont influencées par le comportement du parent restant et sa capacité à faire lui-même un travail de deuil et à permettre à ce dernier d'exprimer ce qu'il ressent.

Les réactions du jeune enfant séparé de ses parents ont été décrites par Robertson et Bowlby avec la séquence bien connue de la *protestation*, suivie d'une période de *désespoir* et de tristesse, puis par une période d'*apparente indifférence*. En réalité, l'enfant n'est pas « détaché », mais il a renoncé à recourir à des comportements de recherche qui ont été mis en échec (Shaver

et Fraley, 2008). Dans le cas d'une perte définitive, ces réactions réapparaissent de façon cyclique pendant une période prolongée, avec des différences individuelles dans leur expression, leur durée et leur intensité. Les manifestations de ce deuil sont fluctuantes, mais généralement réveillées par des objets rappelant le parent disparu ou à des moments de transition dans la routine de la vie quotidienne. Lieberman et coll. (2003) observent aussi une *intensification d'angoisses développementales « normales »*, notamment des angoisses de séparation, et la peur de perdre le parent restant, ce qui peut se traduire par un agrippement excessif à ce dernier.

Certains enfants souffrent d'une *anxiété généralisée*. Ils ont peur maintenant de s'engager dans certaines activités ou présentent des symptômes somatiques, comme des troubles de l'appétit. Comme si ce qui était arrivé au parent décédé pouvait leur arriver. Aussi est-il essentiel de dire à un jeune enfant, qui appréhende les événements à travers la pensée magique, que la mort n'est pas contagieuse et que lui et son entourage sont en bonne santé. Ces troubles anxieux témoignent de son besoin d'être rassuré sur le fait qu'il ne va pas mourir, qu'on ne va pas le laisser seul et que ceux présents pour s'occuper de lui seront là pour assurer son bien-être et sa sécurité.

La *colère* est une autre réaction fréquente à la perte, souvent dirigée contre ceux qui remplacent le parent disparu. On sait que les colères ont tendance à diminuer à partir de l'âge de trois ou quatre ans. Les enfants de cet âge confrontés au deuil peuvent subitement manifester une grande intolérance à la frustration avec des accès de cris et de pleurs difficiles à apaiser. Les *comportements régressifs*, comme la réapparition d'un langage « bébé » ou la résurgence de difficultés au plan de l'apprentissage de la propreté, sont aussi fréquemment observés. Ces troubles réactionnels sont souvent sous-tendus par une idéalisation du parent mort et un ressentiment à l'égard du parent restant, perçu comme incapable d'être la réplique de celui-là. Une autre pensée omniprésente est celle de se croire responsable de la mort du parent, comme si la colère ou les sentiments ambivalents à son endroit avaient provoqué sa disparition. Il faut enfin évoquer le *déni*, qui permet de ne pas ressentir la douleur de l'absence.

Deuil de l'enfant dans les classifications diagnostiques : modélisation

Dans une *démarche diagnostique*, il n'est pas toujours facile de distinguer l'impact du traumatisme lié aux circonstances de la mort et l'impact de la perte en elle-même. Après la perte de sa figure d'attachement, l'enfant peut présenter un trouble de l'humeur caractérisé par une *réaction de deuil prolongée* (Zero to Three Revised, 2005). Celle-ci est marquée par des comportements de protestation et des réactions de désespoir face à l'impossibilité de retrouver le parent, un retrait émotionnel, la tristesse, un manque d'intérêt

pour les activités de cet âge, des troubles de l'appétit et du sommeil, et une vive sensibilité à des situations impliquant une séparation ou des retrouvailles. La *réaction traumatique au stress* est caractérisée par une mise en scène compulsive de l'événement traumatique, des cauchemars répétés, de sévères troubles de l'endormissement, des moments de dissociation et l'apparition de symptômes n'existant pas auparavant, comme des comportements agressifs ou sexualisés.

Les descriptions cliniques de Lieberman ont été modélisées par [Hinshaw-Fuselier et coll. \(2004\)](#), qui définissent les critères permettant un diagnostic différentiel entre le *trouble lié à la rupture du lien d'attachement* et le trouble post-traumatique. Le premier inclut les comportements caractéristiques du syndrome triphasique décrit par Bowlby et Robertson et les comportements décrits plus haut (recherche du parent disparu, retrait émotionnel). Ce diagnostic implique que ces troubles cliniques soient apparus au moment de la perte de la figure d'attachement et entravent la capacité du jeune enfant à être en relation de manière adaptée avec son environnement. La perte d'intérêt pour les activités de son âge, une gamme restreinte de manifestations émotionnelles, des difficultés de concentration et un sommeil perturbé peuvent être présents dans un tableau clinique comme dans l'autre, les critères distinctifs caractérisant le *syndrome de stress post-traumatique* étant la peur, l'hypervigilance et une intense anxiété de l'enfant plutôt que le retrait émotionnel.

Comment aider le jeune enfant qui vient de perdre un parent

Lieberman propose une approche spécifique des jeunes enfants confrontés au deuil. Elle insiste sur leur besoin d'avoir des informations et d'être rassurés sur leur devenir. Tous les enfants, y compris ceux qui ne savent pas encore parler, ont besoin d'avoir une explication sur la mort du parent, qui tienne compte de leurs capacités à comprendre les mots et à utiliser le langage. C'est l'adulte le mieux placé qui annoncera cette perte à l'enfant et qui le réconfortera, en l'assurant qu'il y a d'autres personnes qui l'aiment, que lui est là et prendra désormais soin de lui.

Parmi les recommandations données à la famille comme aux cliniciens, Lieberman souligne la nécessité de répéter très tôt à l'enfant qu'il n'est pas responsable de la mort du parent, que ce dernier ne voulait ni mourir ni l'abandonner, qu'il ne pourra plus jamais être avec lui et que le parent disparu ne reviendra pas. Ces explications posent problème quand le parent s'est suicidé. Le parent restant peut ne pas vouloir en parler et attendre que l'enfant soit plus âgé, dans une attitude de mensonge ou de déni. Ces enfants supposés ne pas savoir ce qu'ils savent et ne pas éprouver ce qu'ils

éprouvent risquent de développer des troubles au long cours, comme des phénomènes d'amnésie, une perception distordue de la réalité, une méfiance chronique envers les autres, une profonde défiance à l'égard de leurs propres perceptions et ressentis, et une inhibition de la curiosité intellectuelle (ne pas chercher à savoir) (Bowlby, 1988). Cependant, dire la vérité sur la mort d'un parent ne signifie pas en révéler tous les détails même les plus douloureux, ce qui pourrait entraîner un traumatisme secondaire. Il vaut mieux donner progressivement à l'enfant certaines informations, en tenant compte de son développement et de ses difficultés du moment.

Deuil chez l'adulte

Le conjoint est souvent une figure d'attachement importante. Son décès va entraîner une forte réaction émotionnelle qui va dépendre en grande partie pour un sujet « du chemin par lequel son système d'attachement s'est organisé pendant l'enfance » (Bowlby, 1980). C'est à partir des données décrites par Bowlby que les recherches les plus récentes ouvrent de nouvelles perspectives en venant enrichir ses travaux.

Deuil normal

Travaux de Bowlby

En 1980, il décrit le déroulement du deuil en quatre phases : engourdissement, protestation, désespoir, détachement.

Phase d'engourdissement

La première ou *phase d'engourdissement* est la réaction à la mort du conjoint et s'étend de l'annonce à quelques jours ou semaines après celle-ci. La majorité des personnes endeuillées se sentent abasourdis et incapables à divers degrés d'accepter cette nouvelle. En fonction des styles d'attachement, diverses réactions peuvent se produire : poursuivre sa vie à l'identique en se sentant simplement inquiet et tendu, présenter une symptomatologie variée comme des attaques de panique, des insomnies, être extrêmement en colère ou d'autres manifestations. Cet événement est tellement douloureux à accepter qu'il semble pouvoir être cognitivement incompréhensible dans un premier temps.

Phase de protestation

La deuxième ou *phase de protestation* débute quelques jours ou semaines après le décès. Elle est liée à la perte du lien avec la figure d'attachement et faite, surtout au début, d'une alternance de deux états : reconnaissance que la mort s'est produite, ce qui entraîne une douleur, une tristesse, un alanguissement sans espoir, et incrédulité se manifestant par l'espoir que

ce vécu va avoir une fin et le besoin de rechercher la personne décédée. Le style d'attachement du sujet va moduler l'intensité de ses réactions. Parallèlement à l'expression de tous ces affects négatifs peuvent se manifester une grande agitation, une insomnie et un état de préoccupation psychique intense, toutes les pensées tournées vers le défunt pouvant entraîner une impression de sa présence effective, comme s'il n'avait pas disparu. La colère est centrale durant cette phase et s'exprime vers différentes personnes : le défunt à qui le survivant reproche de l'avoir abandonné, l'équipe médicale qui est accusée de ne pas avoir sauvé la personne perdue, les instances religieuses, voire Dieu qui a envoyé une malédiction. Pour Bowlby, cette colère est normale et fait partie intégrante des réactions à une séparation subie. La recherche de la personne perdue fait également partie du deuil tout comme par moments la sensation qu'elle est revenue, qu'elle est là. Tout cela n'est pas pathologique. Ce phénomène est compréhensible dans une perspective éthologique de recherche de proximité avec le défunt et également dans une perspective évolutionniste du gain d'avoir une figure d'attachement proche de soi, y compris pour un adulte.

Phase de désespoir

La troisième, la *phase de désespoir*, est celle de l'acceptation de la perte. L'anxiété, le déni et la colère font progressivement place à la tristesse, au désespoir. Pour Bowlby il est nécessaire, pour que le deuil ait une issue favorable, que la personne endeuillée se confronte à ces affects négatifs. Alors, elle pourra graduellement accepter la perte comme définitive et examiner le réaménagement nécessaire de sa vie. Pour de nombreux adultes, cette période est marquée divers troubles, et la présence de l'entourage proche peut apporter du soutien, mais cette présence n'apportera pas le même réconfort que celui ressenti en présence du conjoint défunt (Bowlby, 1980).

Phase de détachement

La quatrième phase est la *phase de détachement*, appelée actuellement *phase de réorganisation*. Elle est marquée par une alternance entre des moments de désespoir profond et une acceptation de la situation. Bowlby a pris en compte la capacité des adultes à parler de leurs expériences douloureuses et à les traiter cognitivement et émotionnellement. Grâce à ces capacités, le sujet peut réorganiser son modèle interne opérant, ce qui ne nécessite pas un détachement complet mais un réaménagement des représentations de lui-même et de la personne perdue. Cela permet de se redéfinir comme personne seule. Ces notions sont reprises actuellement dans la perspective de la continuité des liens avec les figures d'attachement perdues. Cette « remise à jour » n'implique pas un total détachement. L'ensemble de ces phases nécessite deux à trois ans avant qu'un sujet ne puisse retrouver un fonctionnement psychique satisfaisant.

Critique des travaux de Bowlby

Nouvelles modélisations

Depuis les travaux de Bowlby, les recherches sur le deuil se poursuivent (Parkes, 1991). Parmi elles, les théories cognitives de gestion du stress ont permis à Stroebe et coll. (2005) de développer un modèle de compréhension des stratégies cognitives mises en place au décours d'un deuil. Ils modélisent ainsi le « travail de deuil », notion très utilisée par les différentes théories mais pas toujours clairement explicitée. Ils postulent que toute personne en deuil est exposée à deux catégories de stress, celui lié à la perte de l'être aimé et celui lié à la reconstruction de sa propre identité, et qu'elle oscille en permanence entre deux pôles, confrontation et évitement de ces stress. Cette régulation de la confrontation à la perte a une fonction adaptative face au deuil.

Selon les types d'attachement, cette oscillation ne sera pas identique. La théorie de l'attachement met l'accent sur l'importance de la confrontation aux affects négatifs, mais ces mécanismes cognitifs montrent le rôle adaptatif qu'ont les affects positifs dans la reconstruction, et l'importance pour un sujet de pouvoir « osciller ». Cette approche permet de modéliser les deuils pathologiques.

Autres critiques des travaux de Bowlby

Description des stades du déroulement d'un deuil

Il ressort actuellement que la majorité des personnes endeuillées « se déplacent au travers des différents stades de façon non rigide ». Deux études (Fraleigh et Shaver, 1999 ; Shaver et Trancedy, 2001) confirment qu'elles passent par divers états émotionnels proches de ceux décrits par Bowlby, mais remettent en cause l'ordre rigide de leur succession : l'oscillation dépend entre autres du style d'attachement et des tâches auxquelles la personne endeuillée doit faire face. Maciejewski et coll. (2007) explorent les sentiments d'incrédulité, de nostalgie, de colère, de dépression et d'acceptation et trouvent ainsi les évolutions suivantes : l'acceptation accompagnée de nostalgie et de chagrin semble dominer plus que l'incrédulité la période entre un et vingt-quatre mois après le deuil. L'incrédulité décroît entre le post-décès immédiat et un mois après celui-ci, le chagrin et la nostalgie atteignent un pic quatre mois après le décès, la colère cinq mois après et la dépression six mois après.

Critique de la fin d'un deuil

Klass (1996) et d'autres ont critiqué la nécessité de la « rupture » des liens affectifs avec la personne décédée à la fin du deuil, ce que Bowlby (1980) avait revisité en passant du stade de détachement au stade de réorganisation. Certaines personnes gardent très présente à l'esprit le défunt, ce qui alimente la perspective de la « théorie de la continuité des liens ». Comme le montre

Field (2006), certains auteurs n'ayant pas tenu compte des « deuils pathologiques », une prudence dans l'interprétation de ces données s'impose. Il faut analyser le contenu des représentations concernant le sujet décédé : s'agit-il de représentations positives qui les soutiennent dans une certaine dépendance « sécuritaire » au défunt, ou de représentations négatives qui sont délétères pour l'évolution du deuil ? Stroebe et Schut (2005) concluent : « Il est impossible de dire si la continuité des liens est généralement bénéfique ou délétère dans l'aménagement d'un deuil. » Des études doivent être poursuivies dans cette exploration.

Deuils « pathologiques »

Généralités

Bonanno et coll. (2005) montrent que la majorité des personnes endeuillées ressentent des émotions négatives, des désordres physiologiques et des problèmes de santé à des degrés modérés, mais réagissent en acceptant cette épreuve et en pouvant y faire face. Selon Parkes (2006), les réactions à la perte chez les adultes peuvent se décrire comme une variable allant de l'absence de réaction à la détresse chronique, les extrêmes décrivant les deuils pathologiques. Ces réactions sont liées à de multiples facteurs, dont les modèles internalisés depuis l'enfance et qui guident les attentes relationnelles, les émotions et les comportements en situation de stress. Le décès du conjoint active le système d'attachement et donc « réveille » ces stratégies (voir chapitre 13). Les autres facteurs actifs dans la qualité du déroulement d'un deuil sont l'âge, le sexe, la qualité de la relation avec la personne décédée, sachant que cette dimension est elle-même liée au style d'attachement, le caractère soudain ou prévisible de la disparition, la nature de la maladie ayant entraîné la mort, les croyances religieuses, les facteurs culturels.

Selon les styles d'attachement

Sujets à l'attachement sécuritaire

Ils s'adaptent le mieux à cette situation en ressentant la détresse, mais en n'étant pas envahis en permanence par cette dernière. Shaver et Tancredy (2001) montrent que les sujets sécuritaires sont davantage capables d'osciller de façon flexible entre l'orientation vers les affects de perte et les affects de reconstruction. Ils peuvent penser au défunt, garder et aménager leur lien avec lui tout en reconstruisant leur vie sans cette personne. Mais la confrontation à un deuil traumatique peut perturber la qualité de cette adaptation (Shaver et Tancredy, 2001 ; Stroebe et Schut, 1999).

Sujets à l'attachement insécuritaire

Ils ont plus de difficulté à réguler leurs émotions négatives, ce qui entrave l'ajustement émotionnel nécessaire face au deuil.

Attachement anxieux ambivalent et deuil chronique

Ces sujets ressentent une expérience intense d'anxiété, de colère et de tristesse, ont des attentes persistantes vis-à-vis de leur partenaire, n'acceptent pas la perte et ont d'importantes difficultés à reconstruire une nouvelle vie. Ils sont intensément envahis par des souvenirs de leur partenaire décédé et ont des difficultés à se réorganiser. De plus, la perte vient confirmer leur croyance générale pessimiste sur leur vie. Ils ne présentent pas ou peu d'oscillation entre les différentes stratégies décrites précédemment et ne sont presque orientés que vers la perte. Ils développent plus souvent une pathologie dépressive et « ruminent » les émotions négatives concernant le défunt (Boelen et coll., 2006 ; Neimeyer et coll., 2002).

Attachement évitant et absence de deuil conscient

Ces sujets inhibent leur anxiété et leur tristesse, n'accordent pas d'importance à la perte et tentent de garder le contrôle des pensées sur le défunt en les excluant de leur conscience. Bowlby appelait cela « l'absence de deuil conscient ». Il est difficile de dire si cette absence apparente de tristesse résulte d'une suppression défensive réussie des affects de tristesse et de colère, ou est une réelle absence de ces émotions. Edelstein et Shaver (2004) et Mikulincer et coll. (2004) montrent que les sujets évitants oublient les informations sur la perte, quand ils écoutent un texte lu, et que leurs défenses sont efficaces pour évacuer les souvenirs et pensées concernant la perte ou la séparation. Ils peuvent néanmoins être très perturbés par la réapparition de pensées supprimées et leurs défenses peuvent être débordées en situation de forte sollicitation. Ces sujets orientent leurs stratégies cognitives quasi exclusivement vers la restauration, évitant les émotions négatives liées à la perte et montrant ainsi peu de signes de deuil.

Sujets avec un attachement désorganisé

Ils sont incapables de s'ajuster de façon cohérente face à un deuil, sont anxieux et apeurés par leurs ressentis et ne peuvent pas affronter ces vécus émotionnels. Ils sont particulièrement exposés au développement d'une pathologie psychiatrique (dépression, PTSD). Ce sont les « pertes non résolues » caractérisées par une incapacité à comprendre et à accepter la perte (Bonanno et coll., 2007).

Conclusion

Les travaux de Bowlby ont révolutionné la compréhension du deuil. Ses successeurs ont enrichi ses théorisations, permettant une approche plus fine et plus complexe de la perte d'une figure d'attachement à tous les âges. Cette perspective donnée par la théorie de l'attachement est utile et pertinente pour évaluer les effets psychologiques de cette perte et guider le clinicien

dans l'élaboration du projet thérapeutique qu'il pourra proposer aux enfants et aux adultes qui traversent cette épreuve, si cela lui paraît nécessaire.

Références

- Boelen, P. A., Van Den Bout, M. A., & Van Den Bout, J. (2006). A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 13, 109–128.
- Bonanno, G., Moskowitz, J. T., Papa, A. et coll. (2005). Resilience to loss in bereaved spouses, bereaved parents, and bereaved gay men. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 827–843.
- Bonanno, G., Neria, Y., Mancini, A. et coll. (2007). Is there more to complicated grief than depression and posttraumatic stress disorder ? A test of incremental validity. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 342–351.
- Bowlby, J. (1946). *Forty-four juvenile thieves: Their characters and home-life*. Londres : Baillière, Tindall & Cox.
- Bowlby, J. (1960). Grief and mourning in infancy and early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 9–52.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, vol. 3: Loss: sadness and depression*. New York : Basic Books. Trad. franç. (1984). *Attachement et perte, tome 3 : La perte : tristesse et dépression*. Paris : PUF.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. Londres : Routledge.
- Edelstein, R. S., & Shaver, P. R. (2004). Avoidant attachment : Exploration of an oxy-moron. In D. Mashek & A. Aron (dir.), *Handbook of closeness and intimacy* (p. 397–412). Mahwah, New-Jersey : Erlbaum.
- Field, N. P. (2006). Continuing bonds in adaptation to bereavement : Introduction. *Death Studies*, 30, 709–714.
- Fraley, R. C. & Shaver, P. R. (1999). Loss and bereavement : Attachment theory and recent controversies concerning “grief work” and the nature of detachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications* (p. 735–759). New York : Guilford Press.
- Hinshaw-Fuselier, S., Heller S. S., Parton V. T., et coll. (2004). Trauma and attachment: The case for disrupted attachment disorder. In J. D. Osofsky (dir.), *Young children and trauma: Intervention and treatment* (p. 47–68). New York, Londres : Guilford Press.
- Klass, D., Silverman, P. R., & Nickman, S. L. (1996). *Continuing bonds : New understanding of grief*. Washington : Taylor & Francis.
- Lieberman, A. F., Compton, N., Van Horn, P., & coll. (2003). *Losing a parent to death in the early years: Guidelines for the treatment of traumatic bereavement in infancy and early childhood*. Ville : Zero to three : National Center for Infants, Toddlers, & Families. Trad. franç. (2009), *La Mort d'un parent dans la petite enfance*. Paris : Elsevier Masson.
- Lieberman A. F. & Van Horn P. (2004). Assessment and treatment of young children exposed to traumatic events. In J. D. Osofsky (dir.), *Young children and trauma: Intervention and treatment* (p. 111–118). New York, Londres : Guilford Press.

- Maciejewski, P. K., Zhang, B., Block, S. D. et coll. (2007). An empirical examination of stage theory of grief. *Journal of American Medical Association*, 297, 716–723.
- Mikulincer, M., Dolev, T., & Shaver, P. R. (2004). Attachment-related strategies during thought-suppression: Ironic rebounds and vulnerable self-representations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 940–956.
- Neimeyer, R. A., Prigerson, H. G., & Davies, B. (2002). Mourning and meaning. *American Behavioral Scientist*, 46, 235–241.
- Osofsky, J. D., Cohen, G., & Drell, M. (1995). The effects of trauma on young children : A case of two-year-old twins. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 595–607.
- Parkes, C. M. (1991). Attachment, bonding and psychiatric problems after bereavement in adult life. In C. Murray, J. S. Parkes, J. Stevenson-Hinde, et coll. (dir.), *Attachment across the life cycle* (p. 268–292). Londres : Routledge.
- Parkes, C. M. (2006). *Love and loss: The roots of grief and its complications*. New York : Taylor & Francis.
- Shaver, P. R., & Fraley, R. C. (2008). Attachment, loss and grief. Bowlby's views and current controversies. In J. Cassidy & P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2^e éd., p. 48–77). New York : Guilford Press.
- Shaver, P. R. & Trancedy, C. M. (2001). Emotion, attachment and bereavement : A conceptual commentary. In M. S. Stroebe, W. Stroebe, R. O. Hanson et coll. (dir.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (p. 63–88). Washington : Amer. Psychological Association.
- Stroebe, M., & Shut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197–224.
- Stroebe, M., Shut, H., & Stroebe, W. (2005). Attachment in coping with bereavement: A theoretical integration. *Review of General Psychology*, 9, 48–66.
- Zero To Three Revised (1994, 2005). Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. Washington : NCCIP. Trad. franç. A. Guédeney (1998). Classification diagnostique de zéro à trois ans. Lausanne : Médecine et hygiène.

Les atteintes « traumatiques » du *caregiving*

Violaine Bekhechi, Catherine Rabouam, Nicole Guédeney

Pour un parent, être séparé de son enfant alors que celui-ci est en situation de détresse ou se retrouver dans un contexte qui lui donne le sentiment d'être impuissant à protéger son enfant sont des situations d'atteinte traumatique de leur système de *caregiving*. Solomon et George (2000) parlent même d'attaques (*assaults*) du *caregiving*. Nous aborderons dans ce chapitre la question de la grande prématurité, celle de la révélation d'un diagnostic grave ou d'un handicap, celle de la mort précoce d'un enfant et enfin l'impact des divorces conflictuels ou des situations de violence sur le *caregiving* maternel.

Prématurité et *caregiving*

On connaît l'impact de la prématurité (on parle de grande prématurité – GP – quand le poids de naissance est inférieur à 1 500 g, et de très grande prématurité – TGP – lorsqu'il est inférieur à 1 000 g) sur le processus des soins parentaux, particulièrement à risque dans la première année. La prématurité est un facteur de risque de maltraitance, qui est bien l'échec du *caregiving* (Minde, 2000).

Mise à mal du *caregiving*

Atteinte du *bonding*

La séparation mère-enfant, dès l'accouchement, induite par l'hospitalisation du prématuré constitue un facteur de risque pour la formation du lien maternel en empêchant l'établissement des contacts mère-enfant immédiats et soutenus après la naissance. Comme nous l'avons vu (*L'Attachement : approche théorique*, chapitre 3), ceux-ci favorisent le *bonding*. La notion d'être responsable de ce bébé-là et l'éprouvé de sentiments chaleureux pour lui est un puissant facilitateur du *caregiving*. Ne pas avoir l'impression pour un parent d'être irremplaçable pour l'enfant qu'il va avoir en charge met la dyade en risques pour le développement d'un *caregiving*

sécurisant, car le sentiment de compétence de la mère à protéger son enfant est lui aussi diminué : les mères de TGP ont souvent, dans les premières semaines après la naissance, le sentiment d'avoir échoué à protéger l'enfant et de lui être inutile (Brooten et coll., 1988). Feldman et coll. (1999) insistent sur l'impact de la GP sur les deux composantes du *bonding* (anxiété et comportements de protection et de vérification, engagement relationnel et système récompense-plaisir), qui ne fonctionnent plus en synergie. Deux cas de figure semblent particulièrement fréquents pour les mères avec des bébés TGP hospitalisés et dont le pronostic vital est menacé : soit une diminution des deux composantes, soit une augmentation de l'anxiété sans activation de la dimension de plaisir (Feldman et coll., 1999). Borghini et coll. (2006) précisent dans ce cas que l'expérience de séparation et d'éloignement du GP, alors que le parent sait son enfant en situation de détresse, crée une activation intense du *caregiving* sans désactivation possible.

De plus, les caractéristiques morphologiques des grands prématurés (attractivité moindre, absence de câlinité, hypersensibilité, manque de consolabilité) risquent de ne pas déclencher aussi efficacement le *caregiving* maternel et stimulent peu le système de plaisir-récompense maternel (Carter, 2005).

Représentations maternelles du *caregiving*

Il y a encore très peu d'études publiées sur ce sujet, mais il semble que les mères de GP ou de TGP ont plus de risques d'avoir des représentations non sécurisées de leur rôle maternel. Deux types de représentations sont en effet possibles : celles d'un *caregiving* désengagé ou au contraire celles d'une attitude plus protectrice coexistant avec le sentiment d'être submergée et d'être débordée par la relation trop intense (Borghini et coll., 2006).

Impact des problèmes associés à une naissance prématurée

Les GP ou TGP ont des difficultés pour traiter l'information, ce qui les rend hypoactifs ou hyporéactifs et entraîne une fréquente désorganisation. Lire de manière adéquate les signaux du grand prématuré se révèle plus difficile pour leurs parents, qui ont tendance à les surstimuler puis à se retirer devant leur désorganisation. Les problèmes neurologiques surajoutés à la grande prématurité ont un impact *per se* sur le développement du *caregiving* maternel (Brisch et coll., 2003).

Les troubles psychiatriques maternels comme l'état de stress post-traumatique (PTSD), les états dépressifs ou anxieux, les traumatismes irrésolus liés aux accidents périnataux antérieurs éventuels sont très fréquents chez les mères de très grands prématurés et retentissent sur la capacité maternelle à donner toute son attention au bébé prématuré et à se concentrer sur la construction d'une relation (Brisch et coll., 2003).

Compétition attachement-caregiving lors d'une naissance prématurée

Les conditions de stress associées à une naissance prématurée (non-familiarité du contexte hospitalier, stress de la parturition, menace physique et incertitude sur la vie de l'enfant) exposent les mères aux émotions négatives d'impuissance, de perte de contrôle et d'incompétence, d'alarme, et activent donc leur propre système d'attachement. En cas d'insécurité de l'attachement, on a déjà vu qu'il y a un risque accru de compétition pour la mère, entre la désactivation urgente de l'attachement et l'exercice du *caregiving* (voir *l'Attachement : approche théorique*, chapitre 3 : par exemple, certaines mères réagissent par le retrait et viennent peu voir le bébé, tandis que d'autres insistent pour être près de leur bébé et obtenir une place dans unités kangourou (Flacking et coll., 2006). Hurst (2001) montre combien les mères de GP semblent adapter leurs comportements de *caregiving* à la spécificité de la situation et arriver, malgré tout, à protéger leur bébé durant l'hospitalisation. Par exemple, dans l'intérêt de l'enfant et à défaut de pouvoir s'en occuper directement, certaines essaient d'établir un partenariat avec les soignants afin d'être sûres que ces derniers le feront correctement. Les mères pensent souvent que le fait d'être bien vue du personnel constitue une garantie de sécurité pour le bébé. D'autres sont très demandeuses d'informations sur la prématurité, sur les problèmes spécifiques de leur bébé, sur ses traitements et sur son pronostic, afin de pouvoir évaluer correctement les besoins du bébé et repérer les situations menaçant sa sécurité.

Nous avons déjà vu (*l'Attachement : approche théorique*, chapitre 3) que les stress contextuels au moment d'une naissance peuvent miner le *caregiving* d'une mère ou la confronter à des dilemmes insolubles. Rappelons ceux qui auront le plus d'impact pour une mère d'enfant prématuré hospitalisé et qui réclame sa présence : alliance parentale de mauvaise qualité, autres personnes à protéger où dont elle doit s'occuper (ascendants, partenaire, fratrie surtout s'il y a des enfants jeunes, et ceux du bébé), stress au travail, précarité socio-économique (George et Solomon, 2008).

Implications thérapeutiques

La théorie de l'attachement apporte la justification théorique au développement des pratiques en néonatalogie destinées à favoriser le lien mère-enfant : contacts prolongés peau à peau, méthode kangourou, allaitement maternel. L'implication des parents dans le soin aux bébés nécessite de prendre en compte leur capacité à le faire sans se sentir trop en danger et de s'y adapter. Connaître le fonctionnement du *caregiving* et de ses relations avec l'attachement peut permettre de mieux comprendre la signification de réactions parentales autrement incompréhensibles et donc, pour les professionnels de néonatalogie, de savoir mieux y répondre (Feldman et coll., 1999).

Impact des maladies chroniques ou du handicap de l'enfant sur le système de *caregiving* parental

Impact de l'annonce du diagnostic sur le *caregiving*

Résolution du traumatisme

Lorsqu'un parent est confronté au fait que son enfant a un problème médical grave ou un handicap, il doit mener un véritable combat pour intégrer les sentiments et les croyances liées à ce problème : on peut parler de véritable traumatisme pour le *caregiving* (Marvin et Pianta, 1996). Les parents qui viennent d'apprendre la nouvelle ont des réactions similaires à celles des personnes ayant perdu un proche : choc et déni, chaos émotionnel avec mélange de colère, de culpabilité, de désillusion, puis acceptation de l'évènement douloureux. La résolution du traumatisme laisse les parents plus disponibles pour une représentation précise et adéquate des capacités de l'enfant ; ils ont des attentes élevées, mais qui restent réalistes et une certaine lucidité à propos de l'incertitude de l'avenir. Les parents se décrivent eux-mêmes de manière mesurée et peuvent évoquer les aspects positifs et négatifs de leur expérience. Ils ont cessé de mener une quête active à la recherche d'une cause explicative, quête qui risque de distraire leur attention de la réalité présente. Ils peuvent alors être disponibles pour l'enfant et s'adapter à ses nouveaux besoins (Pianta et coll., 1996).

Non-résolution et risques pour le *caregiving*

Par contre, en cas de non-résolution du traumatisme, les parents restent indisponibles pour les tâches de *caregiving*, dans le moment présent. Les pensées et les sentiments de chagrin et de déni des parents à propos de la condition médicale de leur enfant, ainsi que les stratégies utilisées par le *caregiver* pour faire face au traumatisme, perturbent leur capacité à servir de base de sécurité. Les perceptions peuvent être distordues, filtrées, ignorées ou amplifiées et ne permettent pas des réponses sensibles, flexibles et équilibrées (Barnett et coll., 1999b ; Pianta et coll., 1999). Certains facteurs liés à l'attachement propre du parent, comme la qualité non soutenante du réseau social actuel et les antécédents de perte(s) ou de traumatisme(s) dans l'enfance, semblent avoir un impact sur le risque de non-résolution du traumatisme lié au diagnostic (Pianta et coll., 1996).

Impact du handicap de l'enfant sur le *caregiving*

Besoins et signaux de l'enfant atteint

Le handicap de l'enfant ou sa maladie peut retentir sur la capacité de l'enfant à envoyer les signaux qui activent de manière adéquate le *caregiving* des parents. Les besoins particuliers de l'enfant peuvent déborder les capacités de *caregiving* « normalement sensible » du parent (Barnett et coll., 1999b). Des conditions neurologiques comme l'infirmité motrice cérébrale (IMC) ou des malformations de la face (fente palatine) peuvent interférer avec l'expressivité émotionnelle et verbale de l'enfant et rendre difficile l'interprétation des signaux de ce dernier par ses parents (Clements et Barnett, 2002). Les handicaps comme la trisomie entraînent des retards ou des déficits dans les modes de communication et dans les comportements liés à l'attachement : ces enfants envoient des signaux émotionnels beaucoup moins précis et difficiles à discriminer au sein de ses manifestations générales (Atkinson et coll., 1999 ; Ganiban et coll., 2000).

Nature des handicaps et impact sur le *caregiving*

L'impact de l'apparence physique semble la variable la plus importante sur la sensibilité parentale : plus l'anomalie physique est apparente (malformation faciale), meilleure semble la qualité du *caregiving* ; les handicaps qui font ressentir l'enfant comme plus vulnérable stimulent davantage le *caregiving* parental (Clements et Barnett, 2002). Les maladies neurologiques (cognitives et motrices) peuvent ne pas donner la même impression immédiate de vulnérabilité ; au contraire, particulièrement en cas de retard mental, elles peuvent évoquer une telle vulnérabilité qu'elles paralysent le *caregiving* : le parent peut penser que prendre soin de son enfant ne servira finalement à rien.

Il semble donc y avoir un risque plus accentué, pour les parents dont les enfants souffrent d'anomalies congénitales, de répondre de manière moins sensible et adéquate à leur enfant (Endriga et coll., 1998).

Nature du handicap et qualité du *caregiving*

Il semble y avoir, dans les cas d'infirmité motrice cérébrale, un intérêt privilégié du parent sur les conditions physiques et sur les actions de protection plutôt que sur les émotions de l'enfant. Pour les parents d'enfants épileptiques, le côté imprévisible des crises, la crainte de déclencher une crise ou de ne pas savoir différencier une colère d'une crise et la difficulté à lire les signaux et à sélectionner la réponse adéquate rendent leur *caregiving*

particulièrement difficile. Enfin, les caractéristiques du problème somatique (évolutivité ou stabilité, intensité légère ou sévère, évolution plus ou moins prévisible) peuvent saper le sentiment du parent de pouvoir atteindre ses objectifs de protection (Pianta et coll., 1999 ; Barnett et coll., 1999a).

Impact de la mort d'un enfant sur le système de *caregiving* parental

Mort d'un enfant

C'est Bowlby qui, en 1980, décrit pour la première fois la réaction des parents à la perte d'un enfant (de moins de dix ans). Il décrit un processus en trois phases. La « phase d'engourdissement » suit l'annonce du diagnostic : les parents semblent détachés de la réalité et se sentent déconnectés de cette réalité, tout en pouvant commencer à ressentir de la colère vis-à-vis du porteur de la mauvaise nouvelle. Lui succède la « phase d'incrédulité », marquée par les tentatives du parent pour transformer le dénouement. L'incrédulité peut porter sur le diagnostic ou sur l'issue fatale. Cette incrédulité peut protéger le parent d'une douleur trop intense ; trop prononcée, elle augmente le risque que le parent ne puisse accepter les soins ou intégrer progressivement la réalité de la nouvelle. Cette incrédulité peut s'accompagner de réactions de colères, de recherche effrénée de renseignements ou d'avis médicaux ou encore de soins excessifs à son enfant, ou aux autres enfants pour divertir son attention de celui qui va mourir, de la culpabilité d'avoir pu contribuer d'une manière ou d'une autre au retard du diagnostic ou à l'apparition de la maladie, et d'une tendance à négliger toute autre activité. C'est une phase où les relations de couple peuvent être mises à mal, les parents n'évoluant pas au même rythme dans l'intégration de la nouvelle ou ne présentant pas les mêmes stratégies de protection dans cette situation d'hyperactivation de leur propre attachement. Un certain détachement émotionnel peut être observé lorsque la maladie dure plusieurs mois, permettant une atténuation de la réaction de chagrin. Bowlby parle de deuil anticipatoire qui permet au parent d'accepter avec plus de résignation la phase terminale et la mort de l'enfant. Parfois cette incrédulité persiste au-delà de la mort de l'enfant. Les phases de désorganisation et de réorganisation surviennent après la mort de l'enfant. Bowlby souligne l'impact sur le couple, le risque d'apparition de troubles dépressifs et l'impact sur la fratrie. Il y a enfin le désir souvent exprimé d'avoir un autre enfant après la mort de celui-ci. Le style d'attachement des parents représente un des éléments prédisant la résolution ou non du deuil chez les parents (Wijngaards-de Meij et coll., 2007).

Morts néonatales ou fausses couches

Deuil et résolution

Dès 1980, Bowlby souligne que les mères d'enfants morts-nés ou morts en période néonatale vivent les mêmes étapes de deuil et sont exposées aux mêmes risques pour la future grossesse. Il faut au moins une année pour résoudre ce deuil (Heller et Zeanah, 1999). Ces deuils périnataux, souvent banalisés par les professionnels, ont certaines spécificités. La mort périnatale interrompt brutalement les anticipations joyeuses de la naissance. Non seulement elle viole les attentes de la mère, mais elle affecte également sa propre efficacité reproductive et sa capacité de parent. La mère peut se retrouver isolée : les gens qui l'entourent, et qui pourraient être soutenant au regard de cette perte, la considèrent souvent comme moins importante et moins significative que les autres pertes.

La possibilité de résolution du deuil consécutif à une perte périnatale est plus difficile, car la mère a peu de souvenirs disponibles, voire aucun, pour évoquer ce fœtus ou bébé mort et faciliter ainsi le processus de deuil (Heller et Zeanah, 1999). L'état d'esprit irrésolu en lien avec le décès d'un bébé lors d'une grossesse antérieure correspondrait à un mécanisme défensif visant à protéger la mère de la nécessité de reconnaître la perte (Hughes et coll., 2004). Plusieurs facteurs semblent augmenter ce risque de non-résolution du deuil néonatal : la durée de la grossesse avant la perte ; avoir tenu son bébé mort dans les bras (Bakermans-Kranenburg et coll., 1999 ; Hughes et coll., 2004) ; une nouvelle grossesse (dite précoce) moins d'un an après la mort périnatale peut entraver la résolution du processus de deuil et l'expression du chagrin ; une mère peut trouver difficile de s'attacher à un nouveau bébé et simultanément de se détacher du bébé perdu. Certaines mères ont besoin de rejeter leur sentiment de responsabilité et d'engagement dans la protection de ce futur bébé pendant la grossesse et après la naissance, par peur de le perdre et de revivre la même douleur que lors de la perte périnatale (O'Leary, 2003).

Deuil néonatal et *caregiving* désorganisant

Le risque de troubles psychiatriques de type état de stress post-traumatique ou de troubles anxio-dépressifs, qui peuvent jouer sur la relation avec l'enfant à naître, semble accru pendant la grossesse suivante, surtout si elle est précoce (Turton et coll., 2004). Il existerait un risque accru de désorganisation quant à l'attachement pour la mère, qui a d'autant plus d'impact sur la qualité de la relation avec le bébé qui vient de naître que la mère a par ailleurs un état d'esprit insécure (Bakermans-Kranenburg et coll., 1999).

Le *caregiving* sur l'enfant risque plus d'être hyperprotecteur et anxieux : on parle d'« enfant de remplacement », souvent pris dans la crainte de la mère de le perdre, ou d'« enfant vulnérable », qui implique des problèmes de séparation, d'hyperprotection, d'hypervigilance et de préoccupation extrême chez la mère. On remarque particulièrement la constellation « mère impuissante et demandant de l'attention » et « enfant placé dans une inversion du rôle parental ». Il existe une augmentation significative du risque d'attachement désorganisé chez l'enfant suivant vis-à-vis de sa mère lorsque celle-ci a perdu un bébé lors d'une grossesse précédente (Heller et Zeanah, 1999 ; Hughes et coll., 2006). Bakermans-Kranenburg et coll. (1999) suggèrent donc d'ajouter à l'AAI (*Adult Attachment Interview*), qui n'explore pas les pertes récentes comme les fausses couches, une question sur ce type de perte, pour évaluer la résolution ou non de cette perte surtout lorsque la passation concerne des femmes en état de procréer.

Conflit « conjugal » grave et attaque du *caregiving* des parents

Attaque du *co-parenting*

On sait que le niveau d'entente de l'« équipe » parentale sur les tâches de ce qu'on appelle le *co-parenting*, c'est-à-dire la capacité des parents d'exercer leurs tâches parentales de manière différenciée mais synergique, ainsi que le niveau de satisfaction dans la relation de couple jouent sur le *caregiving* parental : en particulier, la sensibilité des parents aux besoins émotionnels de leurs enfants est renforcée (George et Solomon, 2008). Le fait qu'il existe une association significative entre conflit conjugal, atteinte du *co-parenting* et le risque d'attachement désorganisé chez l'enfant vis-à-vis de sa mère en particulier suggère bien que les conflits conjugaux jouent sur la qualité du *caregiving*, en particulier maternel (Solomon et George, 1999).

Conflits conjugaux : compétition entre besoins d'attachement et tâches de *caregiving* pour les parents

Lorsque des conflits graves et durables surviennent entre les parents, la tristesse et la colère ressentis par chacun d'eux activent leur propre système d'attachement, activation qui peut alors entrer en compétition avec leur capacité à répondre de manière adéquate et prévisible aux besoins de sécurité des enfants : les parents sont pris dans un conflit de motivations, entre celle de garder une alliance en tant que parents pour protéger leurs enfants, et celle de se préserver eux même. Un conflit grave entraîne la perte

du partenaire comme figure d'attachement (s'il en était une) pour chacun des parents, qui peuvent se sentir plus impuissants à protéger leurs enfants, avec la tentation de rechercher plus ou moins consciemment leur soutien, au risque d'une inversion des rôles (Feeney et Monin, 2008 ; MacFie et coll., 2008).

Après la séparation, un parent peut se sentir réconforté (dans l'image qu'il a de lui-même comme bon parent) par les difficultés de l'autre parent. Les moments de séparation et de retrouvailles sont particulièrement révélateurs de la manière dont le parent peut perdre le point de vue de l'enfant, en interprétant les manifestations de chagrin ou celles de retrait ou de colère au moment des retrouvailles comme les témoins de l'échec de l'autre parent à obtenir des démonstrations d'affection de la part de l'enfant. Il y a là encore compétition entre la motivation à protéger son enfant et celle de se sentir le parent le plus aimé (qui contribue à diminuer la détresse du parent). L'attitude extrême est bien sûr le dénigrement de l'autre parent : le *caregiving* devient alors compétitif et non plus coopératif (contribuant ainsi à la désorganisation de l'attachement de l'enfant) (Solomon, 2003).

L'entrave sur le *caregiving* sera d'autant plus importante que les parents n'ont pas d'autres figures soutenantes et que leur propre histoire d'attachement est insécure, voire désorganisée.

Séparations conflictuelles et les interruptions répétées du *caregiving* pour les parents

Lors d'une séparation maritale, et ce d'autant plus qu'elle est très conflictuelle, le système de *caregiving* d'un parent peut être hyperactivé. Du fait de leur perception de la souffrance des enfants exposés à la séparation conjugale, la frustration imposée aux parents par les modes de garde et de visite de l'enfant, liés aux décisions judiciaires et qui entraînent son éloignement régulier, parfois pour de longues périodes, peuvent activer fortement le *caregiving* du parent éloigné de l'enfant, surtout en cas de séparation fortement conflictuelle ; les parents risquent alors de perdre de vue l'intérêt et les besoins d'attachement, et de l'enfant, et de leur ex-partenaire, et de ne pas permettre des solutions qui pourraient désactiver au moins partiellement le *caregiving* du parent éloigné de l'enfant à ce moment-là. Le *caregiving* peut aussi être bien moins efficace du fait des modalités de garde qui réalisent, de manière inéluctable, pour chaque parent, une sorte de « saucissonnage » de leur *caregiving*, qui n'est pas sans risques pour l'enfant jeune ou exposé à une séparation conflictuelle. Le divorce conflictuel met donc à rude épreuve le système de *caregiving* de chacun des parents, et demande un travail difficile et douloureux de réorganisation psychique de chaque parent pour aboutir à un *co-caregiving* efficace (Solomon, 2003).

Mères exposées à des atteintes traumatiques (violences, terrorisme, viols, guerre...)

Peu d'études ont encore été publiées sur le sujet malgré son importance, dans les pays en guerre par exemple. *Almqvist and Broberg (2003)*, dans une étude qualitative sur les mères violées au Kosovo, décrivent comment les symptômes post-traumatiques peuvent conduire les mères à se retirer presque totalement de leur rôle de *caregiving*, voire à abandonner le soin de leurs enfants à d'autres. Les représentations internes maternelles de l'enfant peuvent être distordues : ce dernier est vécu comme un enfant blessé ou mort, ou bien comme un dangereux bourreau potentiel ou encore comme un tourmenteur. Les mères peuvent se vivre elles-mêmes comme n'ayant rien à donner ou pire, comme dangereuses pour leur enfant : les représentations de soi avec son enfant comme celles d'une mère prenant soin et fournissant les soins maternels sont altérées ; en particulier, il y a perte de la nécessaire illusion toute-puissante de pouvoir protéger l'enfant quoiqu'il puisse arriver. Ces mères risquent de présenter un *caregiving* désorganisant : abdiquant et effrayé/effrayant, en tout cas insensible de manière trop durable aux signaux de l'enfant (*Schechter et coll., 2005*).

Conclusion

Les atteintes traumatiques du *caregiving* commencent à être mieux étudiées. Leur survenue dans des contextes de la vie ordinaire (naissance, divorce) ne doit pas en faire minimiser l'impact sur la relation parent-enfant. Leur repérage systématique permet aux professionnels de mieux comprendre les comportements observés chez les parents et de proposer une aide adéquate, informée par la théorie de l'attachement et celle du traumatisme, afin de prévenir leurs effets sur le type d'attachement de l'enfant.

Références

- Almqvist, K., & Broberg, A. G. (2003). Young children traumatized by organized violence together with their mothers: The critical effects of damaged internal representations. *Attachment & Human Development*, 5, 367–380.
- Atkinson, L., Vivienne, C., Scott, B., et coll. (1999). Maternal sensitivity, child functional level, and attachment in down syndrome. In J. I. Vondra & D. Barnett (dir.), *Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64 (258), 45–66.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Schuengel, C., & Van IJzendoorn, M. (1999). Unresolved loss due to miscarriage : an addition to the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development*, 2, 157–170.

- Barnett, D., Butler, C. M., & Vondra, J. I. (1999a). Atypical patterns of early attachment: Discussion and future directions. In J. I. Vondra & D. Barnett (dir.), *Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64 (258), 172–192.
- Barnett, D., Ganiban, J., & Cicchetti, D. (1999b). Maltreatment, negative expressivity, and the development of Type D attachments from 12 to 24 months of age. In J. I. Vondra & D. Barnett (dir.), *Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64 (258), 97–118.
- Borghini, A., Pierrehumbert, B., Miljkowitch, R. et coll. (2006). Mothers' attachment representations of their premature infant at 6 and 18 months after birth. *Infant mental health Journal*, 27, 494–508.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, vol. 3: Loss: sadness and depression*. New York : Basic Books. Trad. franç. (1984). *Attachement et perte, tome 3 : La perte : tristesse et dépression*. Paris : PUF.
- Brisch, K. H., Bechinger, D., Betzler, S. et coll. (2003). Early preventive attachment-oriented psychotherapeutic intervention program with parents of a very low birthweight premature infant: Results of attachment and neurological development. *Attachment and Human Development*, 5 (2), 120–135.
- Brooten, E. (1988). The care model as an influence on public policies: A study of very low birth weight infants. *NLH Publ*, 15 (2251) : 97-110.
- Carter, C. S. (2005). Biological perspectives on social attachment and bonding. In C. S. Carter, L. Ahnert, K. E. Grossmann, et coll. (dir.) *Attachment and bonding: A new synthesis* (p. 85–100). Cambridge, E.-U., & Londres : MIT Press et Dalhem University Press.
- Clements, M., & Barnett, D. (2002). Parenting and attachment among toddlers with congenital anomalies: Examining the strange situation and attachment Q-Sort. *Infant Mental Health Journal*, 23, 625–642.
- Endriga, M. C., Speltz, M. L., Maris, C. L. et coll. (1998). Feeding and attachment in infants with and without orofacial clefts. *Infant Behavior and Development*, 21, 699–712.
- Feeney, B. C., & Monin, J. K. (2008). An attachment-theoretical perspective on divorce. In J. Cassidy & P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2^e éd., p. 934–957). New York : Guilford Press.
- Feldman, R., Weller, A., Leckman, J. F. et coll. (1999). The nature of the mother's tie to her infant: Maternal bonding under conditions of proximity, separation and potential loss. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 929–939.
- Flacking, R., Ewald, U., & Helberg, K. (2006). Trustful bonds: A key to “becoming a mother” and to reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit. *Social Science & Medicine*, 62, 70–80.
- Ganiban, J., Barnett, D., & Cicchetti, D. (2000). Negative reactivity and attachment: Down syndrome's contribution to the attachment-temperament debate. *Development and Psychopathology*, 12, 1–21.
- George, C., & Solomon, J. (2008). The caregiving behavioral system: A behavioural system approach to parenting. In J. Cassidy & P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2^e éd., p. 833–856). New York : Guilford Press.

- Heller, S. S., & Zeanah, C. H. (1999). Attachment Disturbances in Infants Born Subsequent to Perinatal Loss : A pilot Study. *Infant Mental Health Journal*, 20, 188–199.
- Hughes, P., Turton, P., & Hopper, E. (2004). Factors associated with the unresolved classification of the Adult Attachment Interview in women who have suffered stillbirth. *Development and Psychopathology*, 16, 215–230.
- Hughes, P., Turton, P., McGauley, G. H. et coll. (2006). Factors that predict infant disorganization in mothers classified as U in pregnancy. *Attachment & Human Development*, 8, 113–122.
- Hurst, I. (2001). Vigilant watching over: Mothers' actions to safeguard their premature babies in the newborn intensive care nursery. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 15, 39–57.
- MacFie, J., Houts, R. M., Pressel, A. M. et coll. (2008). Pathways from infant exposure to marital conflict to parent-toddler role reversal. *Infant Mental Health Journal*, 4, 297–319.
- Marvin, R. S., & Pianta, R. C. (1996). Mothers' reactions to their child's diagnosis: Relations with security. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 436–445.
- Minde, K. (2000). Prematurity and serious medical conditions in infancy. In C. H. Zeanah (dir.), *Handbook of infant mental health* (2^e éd., p. 176–194). New York : Guilford Press.
- O'Leary, J. (2003). Grief and its impact on prenatal attachment in the subsequent pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 7, 7–18.
- Pianta, R. C., Marvin, R. S., & Britner, P. A. (1996). Mothers' resolution of their children's diagnoses: Organized patterns of caregiving representations. *Infant Mental Health Journal*, 17, 239–256.
- Pianta, R. C., Marvin, R. S., & Morog, M. C. (1999). Resolving the past and present: Relations with attachment organisation. In J. Solomon & C. George (dir.), *Attachment disorganization* (p. 379–398). New York : The Guilford Press.
- Schechter, D. S., Coots, T., Trabka, K. A. et coll. (2005). Maternal mental representations of the child in an inner-city clinical sample: Violence-related posttraumatic stress and reflective functioning. *Attachment & Human Development*, 7 (3), 313–331.
- Solomon, J. (2003). The caregiving system in separated and divorcing parents. *Zero to three Journal*, 3, 33–37.
- Solomon, J., & George, C. (1999). The caregiving system in mothers of infants: A comparison of divorcing and married mothers. *Attachment and Human Development*, 1, 171–190.
- Solomon, J., & George, C. (2000). Toward an integrated theory of caregiving. In J. Osofsky & H. Fitzgerald (dir.), *WAIMH handbook of infant mental health* (p. 323–368). New York : John Wiley & Sons.
- Turton, P., Hugues, P., Fonagy, P. et coll. (2004). An investigation into the possible overlap between PTSD and unresolved responses following stillbirth: An absence of linkage with only unresolved status predicting infant disorganization. *Attachment and Human Development*, 6, 241–253.
- Wijngaards-de Meij, L., Stroebe, M., & Schut, H. (2007). Patterns of attachment and parents' adjustment to the death of their child. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33, 537–548.

6 Maladie mentale et *caregiving* maternel

Ludivine Dubois de Bodinat, Romain Dugravier

Du fait de la désinstitutionnalisation des soins pour les patients souffrant de maladies mentales (MM) dans les années 1960, la prise en charge est passée d'un mode hospitalier à un mode de consultation ambulatoire au sein de la communauté. Une des conséquences inattendues de ce changement a été l'augmentation importante du nombre de femmes atteintes de maladies mentales chroniques donnant naissance à des enfants (Burr et coll., 1979). Bien que le fait d'être parent soit souvent difficile pour les mères souffrant de MM sévères, ces mères conservent en général le désir d'avoir des enfants et de s'en occuper (Caton et coll., 1998). Certaines peuvent avoir un désir profond de grossesse, à distinguer du désir d'enfant, avec un décalage entre leur rêve d'enfant et leurs difficultés à se représenter l'enfant réel et ses besoins. Un certain nombre de ces femmes ont de sérieux problèmes pour être parents et ne peuvent pas apporter de soins cohérents sur le long terme à leurs enfants (Apfel et Handel, 1993).

Nous nous intéressons ici aux mères plutôt qu'aux parents, car la littérature montre que les enfants ont plus de chance d'être élevés par une mère avec MM que par un père avec MM (Oyserman et coll., 2000). Néanmoins on ne peut négliger l'impact potentiel de la MM paternelle.

Nous évoquerons d'abord les conséquences de la MM maternelle sur l'enfant, puis les conséquences de la maladie mentale sur le *caregiving* maternel et les mécanismes en cause. Ensuite nous étudierons les conséquences spécifiques de certaines pathologies psychiatriques, en particulier la dépression maternelle, dont les effets sur le *caregiving* ont été étudiés de manière approfondie.

Attachement et *caregiving* dans les dyades enfant-mère MM : généralités

État de l'attachement chez les enfants de mères MM

Les études portant sur l'attachement des enfants de mère MM mettent en évidence des taux élevés d'attachements inséculs et en particulier des taux

élevés de désorganisation, qui peuvent atteindre 60 % si l'on a de plus une précarité socio-économique (D'Angelo, 1986 ; De Mulder et Radke-Yarrow, 1991 ; Lyons-Ruth et coll., 1990).

L'insécurité d'attachement de l'enfant semble liée à l'altération des capacités de *caregiving* maternel, souvent réduites chez les mères ayant des troubles mentaux importants (Lyons-Ruth et Block, 1996).

Maladie mentale et *caregiving*

Retentissement de la maladie mentale

Sensibilité et risque de maltraitance

Les MM sont associées à une indisponibilité, une discontinuité, voire une incohérence dans les comportements, variable selon le type de pathologie et la sévérité du trouble. Ces symptômes ont un impact sur la manière dont le parent va pouvoir percevoir et interpréter les signaux de détresse de l'enfant, le protéger et en prendre soin. Ainsi, les problèmes de santé mentale maternelle sont associés avec un manque de confiance dans sa capacité à être parent, une discipline trop lâche ou trop sévère (Oyserman et coll., 2005).

Les facteurs de risque de maltraitance chez les enfants de mère MM sont des symptômes psychiatriques actifs, la toxicomanie active, un traumatisme dans l'enfance de la mère, le stress lié au fait d'être parent, la propension à la violence.

Facteurs qui jouent sur le retentissement

Généralités

Les effets de la maladie mentale sur le *caregiving* ne sont pas identiques selon les individus. Les facteurs qui influencent la manière dont une mère MM prend soin de son enfant sont ses connaissances sur les soins de l'enfant et le développement, ses expériences avec ses *caregivers* dans sa petite enfance (Main et Hesse, 1990), son âge, le nombre d'enfants dont elle prend soin, la relation avec son époux ou son partenaire, les ressources économiques, la conscience de ses troubles et de leur impact sur le fait d'être parent, la sensibilité, la capacité à lire les signaux de l'enfant, les représentations maternelles de l'enfant et de la relation, la réponse aux traitements et le soutien social qu'elle reçoit dans son rôle de parent (Fendrich et coll., 1990).

Caractéristiques évolutives de la maladie mentale

La sévérité et la chronicité de la pathologie mentale chez une mère semblent avoir plus d'influence sur le *caregiving* que des diagnostics psychiatriques spécifiques (Teti et coll., 1995). De même, l'âge développemental

de l'enfant au moment de l'épisode chez la mère est un élément pronostic important. La première année de vie semble une période particulièrement cruciale, car c'est à travers l'interaction avec leur *caregiver* que les enfants développent leur attachement, leur sens du soi. Les séparations dans la petite enfance dues à la MM semblent aussi un des éléments majeurs du pronostic, quel que soit la pathologie mentale (Oyserman et coll., 2000).

Retentissement social de la maladie mentale

Les maladies mentales ont des conséquences générales sur l'insertion sociale et professionnelle des patientes : difficultés à garder un emploi stable, rupture familiale, séparation des couples, situation économique précaire. Ces difficultés socio-économiques engendrent une instabilité et une fragilité qui affaiblissent les capacités de *caregiving* et diminuent les possibilités de soutien du *caregiving* par le partenaire, l'entourage, la société. Si la MM maternelle a un impact non négligeable sur l'enfant, c'est la conjonction de facteurs tels que MM maternelle, précarité, isolement qui est déterminante pour son devenir.

Mécanismes d'interaction entre maladie mentale et *caregiving*

Comme nous l'avons vu (*l'Attachement : approche théorique*, chapitre 3), on doit prendre en compte les MIO (modèles internes opérants) d'attachement et les MIO de *caregiving*. On retrouve plus de mères insécures parmi les mères MM que les mères sans MM (voir chapitre 12), avec un risque de fonction réflexive moins efficiente ; la pathologie des mères pourrait avoir un impact sur leurs MIO d'attachement par le biais des distorsions cognitives causées par la MM (Dozier et coll., 2008).

La MM a une incidence directe sur le *caregiving* via la sensibilité maternelle et la fonction réflexive maternelle. Elle entraîne une diminution de la sensibilité, avec une perception atténuée ou déformée des signaux de l'enfant, et une diminution des capacités de régulation émotionnelle. Les mères MM ont moins de capacité à s'interroger sur leurs propres états mentaux et ceux de leurs enfants, selon Jacobsen et Miller (1999). Ces derniers trouvent que les mères MM des enfants ayant des *patterns* d'attachement organisés (sécures ou insécures) les décrivent de manière équilibrée, ont moins de perceptions inadaptées de l'enfant et ont plus conscience de leur pathologie et des effets que cela peut avoir sur leur *caregiving*. Elles montrent un *caregiving* adapté ou minimum, une certaine sensibilité. Les mères MM des enfants non attachés ont moins de support social concernant leur *parenting*, d'où un sentiment d'impuissance et d'isolement en tant que *caregiver*. Elles font des descriptions très pauvres et schématiques de leurs enfants, et ne semblent pas connaître leurs besoins en tant qu'individu. Ces enfants sont peu investis. Celles des enfants désorganisés en font une description idéalisée, avec un investissement émotionnel important.

C'est la conjonction de la MM et de représentations préalables d'attachement insécure des mères qui aura le plus de conséquences sur le *caregiving* et donc sur le développement de l'enfant.

Impact sur le *caregiving* des différentes maladies mentales

Dépression

Interactions de *caregiving*

Quel que soit l'âge de l'enfant, les mères déprimées s'engagent moins dans les pratiques qui demandent une interaction active, telle que jouer, montrer un livre, parler à leur enfant, suivre des routines, et faire des câlins (Paulson et coll., 2006). Par contre, les pratiques concernant la sécurité et l'alimentation ne diffèrent pas entre les mères déprimées et non déprimées (McLearn et coll., 2006). Ainsi, ces mères s'engagent dans des interactions moins riches avec leurs enfants, mais préservent généralement l'essentiel en termes de protection et de soins. Les symptômes de la dépression tels que la tristesse, la fatigue, l'irritabilité, le retrait social et émotionnel, peuvent contribuer à l'indisponibilité psychique des parents déprimés et à leurs difficultés pour interagir sensiblement avec leurs enfants (Cummings et Cicchetti, 1990). Ainsi, plus les symptômes dépressifs sont chroniques et graves (mères plus intrusives et plus hostiles), moins les mères sont sensibles, quel que soit l'âge de l'enfant (Lok et McMahon, 2006).

Par ailleurs, les mères déprimées ont plus de risque de décrire une discipline moins cohérente avec un plus haut niveau d'hostilité et une moins grande confiance dans leur capacité à être parent (Lovejoy et coll., 2000 ; Kavanaugh et coll., 2006).

Représentations de *caregiving*

Un épisode dépressif majeur chez une mère peut promouvoir la croyance qu'elle n'est pas une bonne mère, qu'il y a quelque chose qui ne va pas chez l'enfant (souvent accompagné de l'idée que c'est la faute de la mère) ou l'idée que l'enfant serait mieux sans elle (Kissane et Ball, 1988). Les représentations de *caregiving* des mères déprimées ont tendance à être caractérisées par une capacité diminuée à exprimer des affects positifs (plaisir), et par une augmentation de l'expression de souffrance émotionnelle concernant leur relation et leur rôle de *caregiving*. Les schémas de soi d'une personne déprimée incluent typiquement des thèmes dépressifs d'impuissance, d'échec, de perte et d'autodévalorisation, ainsi que des biais dans les perceptions, les interprétations et les souvenirs des expériences personnelles, qui influencent

leur interprétation des événements passés et présents : la dépression favorise un biais négatif dans la perception maternelle des comportements de l'enfant (Sheppard et Teasdale, 2004 ; Richters, 1992).

Attachement maternel et impact de la dépression sur le *caregiving* maternel

Par ailleurs, la sensibilité maternelle influence la relation entre la dépression maternelle et le devenir négatif chez l'enfant : les enfants exposés à la dépression maternelle ont un devenir meilleur quand ils ont une mère sensible (Cummings et Cicchetti, 1990).

Trapolini et coll. (2008) mettent en évidence que l'association entre dépression maternelle chronique et sensibilité maternelle réduite est en partie influencée par la fonction réflexive maternelle. Les mères déprimées en postnatal avaient significativement moins de chances d'avoir un état d'esprit sécure concernant l'attachement. Ainsi, la capacité réduite à prendre en compte la perspective de leur parent est cohérente avec leurs limitations ultérieures à comprendre la perspective de leur enfant. L'état d'esprit relatif à l'attachement des mères à l'AAI modère l'impact de la dépression sur le *caregiving* et sur la sécurité d'attachement de leurs enfants (McMahon et coll., 2006). Si la dépression a un impact sur le *caregiving*, une proportion non négligeable de mères déprimées est néanmoins capable de fournir un environnement sensible et soutenant à leurs enfants (NIHCD Early Child Care Research Network, 1999). Il semble que seuls les épisodes dépressifs durables et d'intensité forte peuvent avoir en soi un impact sur le *caregiving* maternel suffisant pour entraîner un risque d'attachement désorganisé (Toth et coll., 2006).

Schizophrénie

Les parents schizophrènes ou avec un trouble psychotique peuvent avoir plus de difficultés à discerner les signaux non verbaux (reconnaître des affects à partir des expressions verbales), à favoriser les interactions avec moins de comportement d'initiation de l'échange (moins de jeux, de stimulation) (Seeman, 1996). Certains peuvent avoir un comportement imprévisible, inapproprié et/ou agressif avec leur enfant, en raison de la fluctuation des symptômes psychotiques. Des hallucinations ou idées délirantes portant sur l'enfant peuvent contribuer à ces comportements. Les traitements antipsychotiques peuvent affecter le *caregiving* en réduisant l'expression affective et en diminuant la capacité de se réveiller en réponse aux cris d'un bébé (Jacobsen et Miller, 2001).

Wan et coll. (2008) ont étudié le contenu et le style du discours chez les mères schizophrènes. Le manque de discours centré sur l'enfant est le reflet d'une sensibilité maternelle diminuée, qui s'expliquerait par une faiblesse de théorie de l'esprit et des affects.

Syndrome de stress post-traumatique (PTSD)

En raison d'une comorbidité importante avec les troubles anxieux et dépressifs, l'impact du PTSD en lui-même est difficile à évaluer. Le PTSD semble cependant associé à des comportements maternels intrusifs, voire hostiles (Cohen et coll., 2008), ou sinon incohérents et non-protecteurs (Schechter et coll., 2005). Les reviviscences traumatiques, les flash-back, la lutte anxieuse contre les souvenirs traumatiques sont autant de symptômes qui provoquent des discontinuités importantes dans les interactions avec les enfants, avec une alternance de disponibilité psychique et d'absence assez imprévisible. De plus, les comportements des enfants peuvent être des éléments de rappel du traumatisme, qui déclenchent alors des réactions inexplicables, voire effrayantes du parent (voir chapitre 5).

Chez les mères souffrant de PTSD, les représentations mentales de l'enfant sont déformées, en particulier de manière hostile ou avec inversion des rôles. Pour Schechter et coll. (2005), la dérégulation maternelle des affects négatifs dans le sillage d'un traumatisme passé fausse les représentations mentales de l'enfant dans le présent. Chez ces mères, la présence d'une fonction réflexive de bonne qualité est un facteur de protection, permettant des représentations plus équilibrées de l'enfant. Néanmoins, la relation entre PTSD et fonction réflexive est plus complexe : un *caregiver* peut avoir une bonne fonction réflexive en général, mais aussi des symptômes de PTSD importants dans certaines situations spécifiques, qui vont alors interférer avec ses capacités de fonction réflexive.

Personnalité *borderline*

Des symptômes spécifiques de ce trouble sont susceptibles d'affecter les capacités des mères *borderline* à entrer en relation avec leur enfant : instabilité de l'humeur, impulsivité, difficulté à contrôler la colère. Elles vont avoir des difficultés particulières pour développer un concept de soi en tant que parent et le sentiment de leur capacité à nourrir et protéger un enfant. De plus, les mères *borderline* ressentent une anxiété continue dans toutes les relations, caractérisée par une peur de s'investir avec les autres et par un besoin intense de toutes les relations interpersonnelles (Newman, 2008). Par ailleurs, une majorité de ces mères a subi des abus ou une négligence, elles ont donc peu de chance d'avoir connu des modèles appropriés sur lesquels baser leurs propres comportements interactifs. Les rares études portant sur les enfants de mère *borderline* relèvent une instabilité importante de l'environnement familial (Weiss et coll., 1996).

Les mères *borderline* sont moins disponibles émotionnellement, moins satisfaites dans leur rôle de mère, plus stressées et ont moins confiance en elles-mêmes en tant que parents que les mères de la population générale

(Newman et coll., 2007). Elles sont aussi moins sensibles, moins capables de structurer le jeu et plus hostiles dans les interactions.

Conclusion

Les MM ont un impact important sur le *caregiving* surtout si elles sont sévères et chroniques, si elles sont associées à d'autres facteurs de risque tels que précarité, isolement, état d'esprit insécure.

Étant donné les conséquences de la MM parentale sur le *caregiving* et sur le devenir des enfants, il est nécessaire de prendre en charge ces patients en tant que personne, et en tant que parent, sans oublier le bien-être émotionnel de l'enfant. Dans certaines situations à haut risque, se pose la question du placement de l'enfant avec le dilemme suivant : les enfants de mère MM sont dans une situation potentiellement à risque avec leur mère, mais également en cas de placement (Jacobsen et Miller, 2001). Pour soutenir le *caregiving* de ces parents vulnérables, on peut mettre en place des interventions sur les besoins et le développement de l'enfant, ou centrées sur l'interaction parent-enfant (voir chapitres 14 et 15), mais elles doivent être adaptées à la pathologie mentale. Il est aussi nécessaire de prendre en compte les facteurs de précarité et d'isolement associés : un réseau de soutien peut aider la mère à gérer sa pathologie mentale, tout en offrant des *caregivers* alternatifs à ses enfants si besoin.

Références

- Apfel, R. J., & Handel, M. H. (1993). *Madness and loss of motherhood: Sexuality, reproduction, and long-term mental illness*. Washington DC: American Psychiatric Association Press.
- Burr, W. A., Falek, A., Strauss, L. T. et coll. (1979). Fertility in psychiatric outpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, 30, 527-531.
- Caton, C. L. M., Cournos, F., Felix, A. et coll. (1998). Childhood experiences and current adjustment of offspring of indigent patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 49, 86-90.
- Cohen, L. R., Hien, D. A., & Batchelder, S. (2008). The impact of cumulative maternal trauma and diagnosis on parenting behavior. *Child Maltreatment*, 13, 27-38.
- Cummings, E. M., & Cicchetti, D. (1990). Towards a transactional model of relations between attachment and depression. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*. Chicago: Chicago University Press.
- D'Angelo, E. J. (1986). Security of attachment in infants with schizophrenic, depressed, and unaffected mothers. *Journal of Genetic Psychology*, 147, 421-422.
- De Mulder, E. K., & Radke-Yarrow, M. (1991). Attachment with affectively ill and well-mothers: Concurrent behavioral correlates. *Development and Psychopathology*, 3, 227-242.
- Dozier, M., Stovall-McClough, K. C., & Albus, K. (2008). Attachment and psychopathology in adulthood. In J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2^e éd., pp. 718-744.). New York: Guilford Press.

- Fendrich, M., Warner, V., & Weissman, M. M. (1990). Family risk factors, parental depression, and psychopathology of offspring. *Developmental Psychology*, 26, 40–50.
- Jacobsen, T., & Miller, L. J. (1999). Attachment quality in young children of mentally ill mothers. In J. Solomon, & C. C. George (Eds.), *Attachment Disorganization* (pp. 347–377). New York: Guilford Press.
- Jacobsen, T., & Miller, L. J. (2001). Mentally ill mothers who have killed: Three cases addressing the issue of future parenting capability. *Psychiatric Services*, 49, 650–657.
- Kavanaugh, M., Halterman, J. S., Montes, G. et coll. (2006). Maternal depressive symptoms are adversely associated with prevention practices and parenting behaviors for preschool children. *Ambulatory Pediatrics*, 6, 32–37.
- Kissane, D., & Ball, J. R. B. (1988). Postnatal depression and psychosis: A mother and baby unit in a general hospital. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 28, 208–212.
- Lok, S., & McMahon, C. (2006). Mother's thoughts about their children: Links between maternal mind-mindness and emotional availability. *British Journal of Developmental Psychology*, 24, 477–488.
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E. et coll. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20, 561–592.
- Lyons-Ruth, K., & Block, D. (1996). The disturbed caregiving system: Relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17, 257–275.
- Lyons-Ruth, K., Connell, D. B., Grunebaum, H. et coll. (1990). Infants at social risk: Maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. *Child Development*, 61, 85–98.
- McLearn, K. T., Minkovitz, C. S., Strobino, D. M. et coll. (2006). Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months post partum and early parenting practices. *Archive of Pediatric and Adolescent Medicine*, 160, 279–284.
- McMahon, C., Barnett, B., Kawalenko, N. et coll. (2006). Maternal attachment state of mind moderates the impact of postnatal depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 660–669.
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parent's unresolved traumatic experiences are related to infant desorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism ? In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 161–182). Chicago: University of Chicago Press.
- Newman, L. K. (2008). Trauma and ghosts in the nursery : parenting and borderline personality disorder. In A. S. William, & V. Cowling (Eds.), *Infants of parents with mental illness: Developmental, clinical, cultural and personal perspectives* (pp. 212–227). Bowen Hills, Australie: Australian Academic Press.
- Newman, L. K., Stevenson, C. S., Bergman, L. R. et coll. (2007). Borderline personality disorder, mother-infant interactions and parenting perceptions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 598–605.
- NIHCD Early Child Care Research Network (1999). Chronicity of maternal depression symptoms, maternal sensitivity, and child functioning at 36 months. *Developmental Psychology*, 35, 1297–1310.

- Oyserman, D., Bybee, D., Mowbray, C. T. et coll. (2005). When mothers have serious mental health problems: Parenting as a proximal mediator. *Journal of Adolescence*, 28, 443–463.
- Oyserman, D., Mowbray, C. T., Meares, P. A. et coll. (2000). Parenting among mothers with a serious mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(3), 296–315.
- Paulson, J. F., Dauber, S., & Leiferman, J. A. (2006). Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics*, 118, 659–668.
- Richters, J. E. (1992). Depressed mothers as informants about their children: A critical review of the evidence of distortion. *Psychological Bulletin*, 112, 485–499.
- Schechter, D. S., Coots, T., Trabka, K. A. et coll. (2005). Maternal mental representations of the child in an inner-city clinical sample: Violence-related posttraumatic stress and reflective functioning. *Attachment & Human Development*, 7(3), 313–331.
- Seeman, M. V. (1996). The mother with schizophrenia. In M. Goepfert, J. Webster, & M. V. Seeman (Eds.), *Parental psychiatric disorder: Distressed parents and their families* (pp. 190–200). Cambridge, R-U: Cambridge University Press.
- Sheppard, L. C., & Teasdale, J. D. (2004). How does dysfunctional thinking decrease during recovery from major depression ? *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 64–71.
- Teti, D., Galfand, D. M., Messinger, D. S. et coll. (1995). Maternal depression and the quality of early attachment: An examination of infants, preschoolers, and their mothers. *Developmental Psychology*, 31, 364–376.
- Toth, S. L., Rogosch, F. A., & Manly, J. T. (2006). The efficacy of toddler-parent psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of mothers with major depressive disorder : A randomized preventive trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1006–1016.
- Trapolini, T., Ungerer, J. A., & McMahon, C. A. (2008). Maternal depression: relations with maternal caregiving representations and emotional availability during the preschool years. *Attachment and Human Development*, 10, 74–90.
- Wan, M. W., Penketh, V., Salmon, M. P. et coll. (2008). Content and style of speech from mothers with schizophrenia towards their infants. *Psychiatry Research*, 159, 109–114.
- Weiss, M., Zerkowicz, P., Feldman, R. et coll. (1996). Psychopathology in offspring of mothers with borderline personality disorder: A pilot study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 285–290.

La question de l'attachement dans l'adoption

Nicole Guédeney, Romain Dugravier

L'adoption réalise de manière quasi expérimentale une rupture des liens de l'enfant avec ceux qui l'ont élevé en même temps qu'elle permet la création de nouveaux liens avec ceux qui l'adoptent et qui prennent la nouvelle responsabilité de l'élever. La théorie de l'attachement s'intéresse aux besoins d'attachement dits « spéciaux » de ces enfants, besoins qui demandent des réponses particulières de la part des parents adoptifs. Nous aborderons dans ce chapitre les connaissances actuelles sur l'attachement chez les enfants adoptés, l'évaluation chez l'enfant adopté, les procédures d'agrément informées par l'attachement, l'aide aux parents adoptifs et le processus de formation de l'attachement chez les enfants adoptés.

Attachement et adoption

État de l'attachement chez les enfants adoptables

Les deux seules études publiées sur le sujet, l'une sur de très jeunes enfants grecs élevés en Metera (institution en vue de l'adoption où l'on privilégie des relations privilégiées avec un *caregiver* spécifique), l'autre sur de jeunes enfants roumains élevés en orphelinat (avec un environnement relationnel de piètre qualité) semblent montrer une surreprésentation des attachements désorganisés (Vorria et coll., 2003 ; Smyke et coll., 2002). Il y a d'autant plus de risque de trouver un trouble de l'attachement que le ratio adulte/enfants est élevé. Par exemple, deux tiers des enfants roumains étudiés présentent un trouble réactionnel de l'attachement (RAD) de type désinhibé avec sociabilité indiscriminée. Chez les enfants qui présentent des *patterns* d'attachement plus discernables, seuls 3 % ont des *patterns* comparables à ceux des enfants élevés en famille d'accueil (Zeanah et coll., 2002).

Études sur l'état de l'attachement chez les enfants après une adoption internationale

Types d'attachement

Les études donnent des résultats variables selon l'âge d'adoption et le pays d'origine des enfants. Pour les enfants adoptés avant douze mois, il semble que la distribution de l'attachement soit comparable à la population générale avec, cependant, un risque de surreprésentation de l'attachement désorganisé pour les enfants adoptés entre six mois et douze mois (Stams et coll., 2002 ; Juffer et coll., 2005 ; Van Londen et coll., 2007).

Par contre, le risque de trouver un attachement non sécurisé augmente d'autant plus que l'adoption est tardive. Deux grands groupes d'études longitudinales qui portent sur des enfants roumains adoptés tardivement (entre trois et cinq ans), ont beaucoup apporté à la description de l'attachement dans l'adoption internationale tardive. Ce sont les études de l'équipe de Chisholm au Canada (Chisholm et coll., 1995, 1998 ; Marcovitch et coll., 1997) et celles de l'équipe de O'Connor et de Rutter en Angleterre (O'Connor et coll., 1999, 2000 ; Rutter et coll., 2007). Nous résumerons les caractéristiques et les résultats de ces deux études. Les enfants sont évalués environ une année après leur adoption, puis à des intervalles réguliers. Quelles que soient les modalités de mesure de l'attachement (catégories ou scores de sécurité), on retrouve une sous-représentation des attachements sécurisés et une surreprésentation des attachements désorganisés avec des comportements contrôlants. La présence d'une déprivation (institutionnalisation) et sa durée sont spécifiquement associées avec la présence d'un *pattern* d'attachement dit atypique qui reflète la désorganisation.

Lors de l'évaluation à quatre ans après l'adoption, les résultats sont différents selon la source de l'information : lorsque celle-ci est le parent, il n'y a pas de différence significative du taux de sécurité chez les enfants adoptés. En revanche, l'évaluation objective montre une surreprésentation significative des *patterns* insécures (plus des deux tiers des enfants adoptés) et également une surreprésentation des *patterns* d'attachement insécure atypiques, ce que trouvait également l'étude de Rushton et coll. (2003) sur des enfants d'origine non roumaine, adoptés tardivement.

Sociabilité indiscriminée

Description

La sociabilité indiscriminée se caractérise par un manque de différenciation dans la réponse sociale aux adultes, trop de facilité à aller avec n'importe quel étranger, une absence de vérification auprès du parent dans des situations angoissantes, des interactions avec trop de contacts physiques

inappropriés, un manque de retenue, trop de familiarité et de violations des codes sociaux et trop de commentaires spontanés. Elle semble spécifique des situations d'adoption après douze mois. Pour la majorité des cas, elle persiste durablement alors même que l'enfant peut développer un *pattern* d'attachement sécure : sept ans et demi après leur adoption dans leur famille, un peu moins d'un tiers des enfants présentent toujours une sociabilité indiscriminée, même si elle est moins marquée qu'à la première évaluation (Chisholm et coll., 1995 ; Rutter et coll., 2007). Les risques de sociabilité indiscriminée sont d'autant plus élevés que la durée de l'institutionnalisation est longue (avec une période seuil de six mois) et que la qualité de l'institution est mauvaise (Rutter et coll., 2009).

Signification

La signification de cette sociabilité indiscriminée est encore mal connue, d'autant qu'elle persiste même après de bonnes conditions environnementales : elle ne semble donc pas seulement une adaptation aux conditions d'institutionnalisation. Plusieurs hypothèses sont évoquées. Il y aurait un lien entre désorganisation de l'attachement et sociabilité indiscriminée (O'Connor et coll., 2003). Cette sociabilité indiscriminée traduirait un déficit dans la perception des indices sociaux et dans l'appréciation des limites sociales (Roy et coll., 2004). Zeanah (2000) évoque une troisième hypothèse : dans des conditions normales, l'attachement sélectif pourrait inhiber le comportement affiliatif social. Dans les circonstances d'institutionnalisation, cette inhibition ne joue pas et l'enfant présente la même motivation à interagir et s'engager socialement avec les autres que celle observée chez les enfants de moins de neuf à douze mois. Enfin pour Rutter et coll. (2009), l'indiscrimination est un trouble clinique en soi, prédictif d'un risque psychopathologique accru.

Devenir de l'attachement dans les adoptions nationales

Il n'y a que deux études publiées portant sur l'adoption nationale et l'attachement : celle de Vorria et coll. (2006), en Grèce, porte sur des enfants adoptés entre neuf mois et vingt mois et évalués un peu plus de deux ans après l'adoption. Cette étude met en évidence que construire un attachement, passé les douze premiers mois de vie, prend du temps (il y a toujours une majorité d'enfants insécures) et peut être plus difficile si l'adoption occasionne la perte d'un attachement de qualité préexistant. L'étude de Verissimo et Salvaterra (2006), au Portugal, sur des enfants adoptés précocement, à l'âge moyen de neuf mois, et évalués après trente mois, trouve par contre une distribution comparable à celle des enfants non adoptés.

Que retenir de ces différentes études ?

La méta analyse de Van IJzendoorn et Juffer (2006) souligne l'effet de récupération qu'apporte l'adoption sur l'état de l'attachement des enfants adoptés. Il y a beaucoup moins de désorganisation et beaucoup plus de *patterns* sécures chez les enfants adoptés que chez ceux restés en institution. L'adoption est donc la forme la plus efficace d'intervention sur les troubles de l'attachement, comme le soulignent O'Connor et Zeanah (2003). Par contre, par rapport à la sécurité de l'attachement, les dyades parents - enfants adoptés réussissent moins bien que les dyades parents - enfants non adoptés, même vingt mois après l'adoption. L'adoption internationale sous-tend des défis plus complexes que l'adoption nationale, du fait de l'âge plus tardif d'adoption et des conditions d'institutionnalisation précédant l'adoption. Les besoins d'attachement particuliers de ces enfants adoptés dans le cadre de l'adoption internationale tardive peuvent mettre leurs parents adoptifs en difficulté.

Quel apport à la théorie de l'attachement ?

Facteurs jouant sur l'attachement

Ces études sur l'attachement dans l'adoption internationale confirment que toute étude portant sur l'attachement dans des populations différentes de la population générale doit systématiquement prendre en compte deux dimensions : celle de la sécurité/insécurité et celle de la désorganisation.

Ces études donnent des résultats qui concernent des groupes et non pas des individus : elles justifient d'analyser les facteurs contribuant à la variabilité individuelle afin d'enrichir notre compréhension des mécanismes en jeu dans la constitution de l'attachement (Haugaart et Hazan, 2003). Les pistes actuelles de recherche sont multiples : la qualité des expériences avant et après l'adoption, les caractéristiques de l'enfant, comme le tempérament, les appariements famille-enfant (génétique, tempérament, état d'esprit), le style d'éducation parentale des parents adoptifs, les interactions avec la fratrie, la taille de la famille adoptive nucléaire et élargie, le soutien familial et les caractéristiques environnementales plus larges (Dozier et Rutter, 2008).

Nouvelles données sur la constitution de l'attachement

Les études sur l'adoption internationale interrogent la théorie « classique » de l'attachement. Quelle est la pertinence des outils habituels pour mesurer l'attachement chez ceux qui justement n'ont pu former d'attachement avec une figure stable ? Peut-on individualiser des *patterns* d'attachement avec un *caregiver* favori ? Comment évaluer la désorganisation ? Dans de tels

contextes institutionnels, devient pertinente la notion de force de l'attachement, c'est-à-dire le degré auquel l'enfant est attaché à une personne spécifique. Rappelons que cette notion n'est par contre pas pertinente lorsque l'enfant est élevé en présence de personnes continues : seule la qualité de l'attachement compte alors puisqu'on ne peut pas ne pas s'attacher à ceux qui nous élèvent (Zeanah et Smyke, 2008).

Évaluation chez l'enfant adopté : ce qui ressortit à l'attachement et ce qui n'en ressortit pas

Adoption et attachement : les notions d'adoption précoce et adoption tardive

D'un point de vue théorique, l'attachement différencie les adoptions selon l'âge de l'enfant adopté : a-t-il ou non eu le temps de constituer un lien d'attachement ? La méta-analyse de Van IJzendoorn et Juffer (2006) confirme l'âge de douze mois comme valeur de seuil pour la qualité de la récupération, tant de l'attachement aux parents (désorganisation vs organisation) que des relations aux pairs.

Les adoptions dites « précoces » sont donc celles qui s'effectuent avant douze mois. Elles concernent des enfants qui n'ont pas encore constitué de figure d'attachement proprement dite avant l'adoption. Ce sont donc les parents adoptifs qui les constitueront. La qualité des parents adoptifs jouera un rôle majeur dans la constitution des *patterns* d'attachement de l'enfant. Les éventuelles problématiques d'attachement seront liées aux interactions au sein de la famille adoptive.

Les adoptions tardives concernent des enfants de plus de douze mois. Reconstituer l'histoire d'attachement de l'enfant devient alors essentiel. Les enfants de l'adoption internationale ont forcément une histoire d'attachement traumatique, dont les risques et l'expression sont décrits dans le chapitre 18 (Schoffield et Beek, 2006).

Évaluation des enfants adoptés ; adoption internationale et facteurs de risque associés

Complexité de l'évaluation

Si l'on connaît assez bien actuellement les besoins généraux des enfants adoptés tardivement, on ne sait pas ce qu'il en est pour chaque enfant en particulier (Chambers, 2005). L'évaluation d'un enfant adopté doit déterminer, d'une part, ce qui est lié à une problématique d'attachement et à son

risque évolutif ou à ses besoins spécifiques et, d'autre part, ce qui est lié aux facteurs de risque associés à l'adoption, à leurs risques évolutifs propres et à leurs besoins thérapeutiques spécifiques.

Les facteurs de risques pré- et postnatals immédiats sont bien connus et existent dans les deux types d'adoption : prématurité, maladies familiales somatiques ou psychiatriques, pathologies maternelles pendant la grossesse (drogue, alcool, dénutrition), conditions d'élevage initial des bébés – liées aux conditions socio-économiques et culturelles du pays d'origine (Miller, 2005). Des facteurs de risques expérimentés avant l'adoption peuvent expliquer certaines difficultés émotionnelles de l'enfant adopté avant douze mois alors qu'il semble élevé dans des conditions particulièrement sécurisantes par ses parents adoptifs (O'Connor et coll., 2000).

Pour les enfants adoptés tardivement, les facteurs de risques sont ceux des institutionnalisations prolongées : 50 % des enfants de l'adoption internationale tardive ont plus de quatre facteurs de risque parmi ceux-ci : exposition prénatale aux drogues ou à l'alcool, malnutrition maternelle pendant la grossesse, prématurité, institutionnalisation de plus de six mois, négligence affective sociale ou physique, abus (Chambers, 2005). L'histoire d'attachement sera d'autant plus prégnante que l'enfant a été adopté tardivement ; elle n'explique cependant jamais à elle seule toutes les difficultés observées dans le devenir de certains enfants adoptés, en particulier les troubles du comportement (Rutter et coll., 2009). De nombreux praticiens alertent en particulier sur l'usage abusif du diagnostic de troubles de l'attachement préalable à l'adoption, qui ne prend pas en compte la qualité des interactions avec la famille adoptive, peut-être non adaptée aux besoins d'attachement spéciaux de cet enfant (Chaffin et coll., 2006).

Modalités de l'évaluation

Une évaluation multifactorielle, portant sur les facteurs liés à l'enfant et à son histoire ainsi qu'à l'histoire interpersonnelle construite avec ses parents adoptifs, permet une compréhension des difficultés dans toute leur complexité. Un calendrier d'évaluation développementale est actuellement proposé (Schofield et Beek, 2006) : évaluation dans les premières semaines de l'arrivée, évaluation à six mois de l'évolution de l'attachement et de la récupération du retard de développement. En l'absence d'évolution des liens d'attachement, une évaluation approfondie, par des professionnels formés aux questions de l'institutionnalisation, est nécessaire afin de démêler ce qui est de l'ordre des troubles liés à l'attachement, de ce qui est lié aux facteurs de risque associés et à la qualité des interactions entre enfant adopté et famille adoptive (Dozier et Rutter, 2008).

Apport de la théorie de l'attachement pour informer les procédures d'agrément pour les parents adoptifs

Vécu des parents adoptifs

Lieberman (2003) insiste sur l'importance du vécu douloureux des parents adoptifs vus en consultation. La situation d'adoption active leurs propres histoires d'attachement et, en particulier, leur histoire potentiellement irrésolue de chagrin et de perte liée à l'histoire de leur stérilité. La procédure d'agrément informée par la théorie de l'attachement essaie de repérer les parents qui risquent d'être en difficulté pour répondre aux besoins spéciaux d'attachement de leur futur enfant afin de les aider plus efficacement. Elle est associée à l'information des futurs parents sur les besoins très spécifiques d'attachement des enfants de l'adoption tardive.

Programmes d'évaluation

L'évaluation de l'attachement des parents est d'autant plus cruciale qu'il existe une transmission transgénérationnelle de l'attachement dans les dyades non « biologiques » (Steele et coll., 2003). En Angleterre, dans le cadre du Children Act et de son application à l'adoption, il est recommandé d'évaluer, chez tout futur adoptant, la capacité à obtenir un soutien social et la capacité à demander de l'aide ainsi que la qualité de soutien dans la relation conjugale, ces trois indicateurs renseignant sur la qualité du système d'attachement des parents (Bifulco, 2003 ; 2008). Tout élément évoquant une possible insécurité de l'attachement chez les parents devrait conduire à proposer une aide avant l'arrivée de l'enfant adopté.

Information aux parents

La nécessaire information des parents repose sur l'idée que les enfants issus de l'adoption internationale ont des besoins spéciaux et que les tâches de *caregiving* requièrent des compétences et des capacités spécifiques. Cette aide ne peut être efficace que si elle est proposée au sein d'une relation nouée entre le professionnel et les parents adoptifs avant l'adoption et qui joue le rôle d'une base de sécurité. Cette information a plusieurs objectifs : préparer les parents à accueillir leur enfant ; leur fournir un savoir pour comprendre l'expérience de l'enfant et quelles stratégies ils peuvent utiliser pour y faire face. Pour des enfants adoptés tardivement, il faut un *caregiving* extrêmement sensible, qui ressemble quasiment à des soins intensifs (Dozier et coll., 2005).

Constituer un attachement avec les adoptants

Rencontre

Les modalités de rencontre avec l'enfant adopté sont une question essentielle, à laquelle tous les parents qui vont adopter devraient être sensibilisés et préparés, en particulier en cas d'adoption internationale tardive (Schulte et Springer, 2005). Les bases de l'attachement pour un enfant se construisent dans les soins physiques de routine et les interactions de la vie quotidienne réservées aux parents et cela, dès les premiers contacts. Chambers (2005) recommande une durée minimale du congé parental de quatre à six mois pour faciliter l'instauration d'un attachement spécifique aux figures privilégiées que sont les parents adoptifs. Toutes les routines du sommeil, du bain et de la toilette, des repas, exonération ou élimination sont aussi des moments privilégiés. Les interactions de jeu ou de plaisir qui facilitent l'attachement sont privilégiées et facilitent les premières interactions. La transition vers des modes de garde comme les crèches ou la nourrice ou vers l'école est un moment crucial (Chambers, 2005).

Construction du lien d'attachement : les narratifs

Du côté des enfants adoptés

Les enfants issus de l'adoption internationale ont des problèmes d'attachement qui vont de légers à sévères, mais il est exceptionnel qu'ils ne constituent pas d'attachement dans la famille qui les accueille (Chambers, 2005).

L'évolution des narratifs des enfants adoptés tardivement aide à comprendre le processus de construction de l'attachement avec leur nouvelle famille (Hodges et coll., 2003). Lors d'une première évaluation proche de l'adoption, les narratifs sont caractérisés par des manœuvres d'évitement, un contenu terrorisant ou négatif avec désorganisation. Deux tendances sont observées, qui évoquent l'attachement désorganisé : thèmes terrorisants et colère explosive, et répression et inhibition du jeu et des contenus. Les représentations des parents et des relations parent-enfant sont négatives. Une année plus tard, on observe une diminution significative des manœuvres d'évitement, des narratifs traduisant plus de maîtrise et plus d'adaptation à la réalité. Il persiste des réponses émotionnelles désorganisantes, mais qui entravent moins leur fonctionnement. Il y a des changements positifs des représentations des parents sans transformation radicale des modèles internes opérants : de nouvelles représentations plus positives des figures d'attachement se développent, mais ne transforment pas automatiquement les représentations déjà établies.

Influence du style d'attachement des mères adoptives

Steele et coll. (2003) montrent que les mères dont l'état d'esprit à l'AAI était insécure ont plus de risques que leur enfant présente un score élevé de thèmes agressifs que celles qui avaient un AAI autonome. Les enfants adoptés dont les mères adoptives restent dans un état irrésolu quant au trauma ont des scores plus élevés sur les indices d'inversion du rôle parental, et d'agressivité, et des scores plus bas sur les indices de maîtrise réaliste de la situation et d'aide par les pairs ou la fratrie. Les enfants adoptés par ces mères semblent moins capables d'utiliser une stratégie organisée pour faire face aux conflits.

Adoption et intervention sur l'attachement

Nous ne décrivons ici que les programmes construits pour aider les parents adoptifs à répondre aux besoins d'attachement dans les premiers temps de l'adoption. Ils sont tous basés sur les mêmes principes : interventions précoces, dans les premières semaines, brèves, focalisées sur l'augmentation de la sensibilité des parents adoptifs aux signaux et aux besoins d'attachement, avec utilisation de la vidéo et information grâce à différents supports. Les Pays-Bas proposent, par exemple, une intervention brève focalisée, quasi gratuite, à toutes les nouvelles familles adoptives, assurée par le Centre pour les services d'adoption (qui est aussi responsable de la préparation obligatoire avant l'adoption), et ceci, quels que soient les problèmes ou l'âge d'arrivée de l'enfant (Juffer et coll., 2007). Le programme d'intervention de Dozier et coll. (2005), le *Biobehavioral Catch Up* (voir chapitre 18) a été adapté à la situation de l'adoption. Steele et coll. (2007) ont développé un programme d'aide aux parents et au professionnel en charge de la famille pour l'adoption associant famille et professionnels de l'adoption. Le programme du Cercle de sécurité (Hoffman et coll., 2006 ; voir chapitre 16) est aussi proposé dans les adoptions pour faciliter la réponse des parents aux besoins d'attachement de leur enfant adopté.

Conclusion

La situation d'adoption est une des situations cliniques les plus susceptibles de bénéficier de l'apport de la théorie de l'attachement ; les études sur l'attachement dans l'adoption, en particulier internationale tardive, interrogent des concepts théoriques élaborés principalement à partir d'enfants élevés dans leurs familles biologiques.

Références

- Bifulco, A. (2003). *Attachment Style Interview for adoption/fostering*. Londres: Lifespan Research Group, Royal Holloway, University of London.
- Chaffin, M., Hanson, R., Saunders, B. E. et coll. (2006). Report of the APSAC task force on attachment therapy: Reactive attachment disorder and attachment problems. *Child Maltreatment*, 11, 76–89.
- Chambers, J. (2005). Preadoption opportunities for pediatric providers. *Pediatric Clinic*, 52, 1247–1269.
- Chisholm, K. (1998). A three year follow up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child Development*, 69, 1092–1106.
- Chisholm, K., Carter, M. C., Ames, E. W. et coll. (1995). Attachment security and indiscriminately friendly behaviour in children adopted from Romanian orphanages. *Development and Psychopathology*, 7, 283–294.
- Dozier, M., Lindhiem, O., & Ackerman, P. (2005). Attachment and biobehavioral catch up: An intervention targeting empirically identified needs of foster infants. In L. J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson, et coll. (dir.), *Enhancing early attachment: Theory, research, intervention and policy* (p. 178–194). New York : Guilford Press.
- Dozier, M., Rutter, M. (2008). Challenges to the development of attachment relationships faced by young children in foster and adoptive care. In J. Cassidy & P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2^e éd., p. 698–617). New York : Guilford Press.
- Haugaard, J. J., & Hazan, C. (2003). Adoption as a natural experiment. *Development and Psychopathology*, 15, 909–926.
- Hodges, J., Steele, M., Hillman, S. et coll. (2003). Changes in attachment representations over the first year of adoptive placement, narratives of maltreated children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8, 347–363.
- Hoffman, K. T., Marvin, R. S., Cooper, G. et coll. (2006). Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications. The circle of security intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1017–1026.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H., (2007). Supporting adoptive families with video feed back intervention. In F. Juffer, M. J. Bakermans-Kranenburg & M. H. Van IJzendoorn (dir.), *Promoting positive parenting: An attachment based intervention* (p. 139–153). New York : Lawrence Erlbaum Ass.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (2005). The importance of parenting in the development of disorganized attachment, evidence from a preventive intervention study in adoptive families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 263–274.
- Lieberman, A. F. (2003). The treatment of attachment disorder in infancy and early childhood, reflections from clinical intervention with later adopted foster care children. *Attachment and Human Development*, 5, 279–282.
- Marcovitch, S., Goldberg, S., Gold, A. et coll. (1997). Determinant of behavioral problems in Romanian children adopted in Ontario. *International Journal of Behavioural Development*, 20, 17–31.
- Miller, L. C. (2005). Immediate behavioral and developmental considerations for internationally adopted children transitioning to families. *Pediatric Clinics of North America*, 52, 1311–1330.

- O'Connor, T. G., Bredenkamp, D., & Rutter, M. (1999). Attachment disturbances and disorders in children exposed to early severe deprivation. *Infant Mental Health Journal*, 20 (1), 10–29.
- O'Connor, T. G., Marvin, R. S., Rutter, M. et coll. (2003). Child parent attachment following early institutional deprivation. *Development and Psychopathology*, 15, 19–38.
- O'Connor, T. G., & Rutter, M. (2000). Attachment disorder behavior following early severe deprivation: Extension and longitudinal follow-up. *Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 703–712.
- O'Connor, T. G., & Zeanah, C. H. (2003). Attachment disorders, assessment strategies and treatment approaches. *Attachment & Human Development*, 5, 223–244.
- Roy, P., Rutter, M., & Pickles, A. (2004). Institutional care, associations between overactivity and lack of selectivity in social relationships. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 866–873.
- Rushton, A., Mayes, D., Dance, C. et coll. (2003). Parenting later-placed children: The development of new relationships and the challenge of behavioural problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8, 389–400.
- Rutter, M., Colvert, E., Kreppner, J. et coll. (2007). Early adolescent outcomes for institutionally-deprived and non-deprived adoptees, I: Disinhibited attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 17–30.
- Rutter, M., Kreppner, J., & Sonuga-Barke, E. (2009). Emmanuel Miller lecture: attachment insecurity, disinhibited attachment, and attachment disorders, where do research findings leave the concepts ? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 529–543.
- Schoffield, G., & Beek, M. (2006). *Attachment handbook for foster care and adoption*. Londres: BAAF.
- Schulte, E. E., & Springer, S. H. (2005). Health care in the first year after international adoption. *Pediatric of Clinic North America*, 52, 1331–1349.
- Smyke, A. T., Dumitrescu, A., & Zeanah, C. H. (2002). Attachment disturbances in young children, I: The continuum of caretaking casualty. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 972–982.
- Stams, G. J., Juffer, F., & Van IJzendoorn, M. H. (2002). Maternal sensitivity, infant attachment, and temperament in early childhood predict adjustment in middle childhood: The case of adopted children and their biologically unrelated parents. *Developmental Psychology*, 38, 806–821.
- Steele, M., Hodges, J., Kaniuk, J. et coll. (2003). Attachment representations and adoption, associations between maternal states of mind and emotion narratives in previously maltreated children. *Journal of Child Psychotherapy*, 29, 187–205.
- Steele, M., Hodges, J., Kaniuk, J., et coll. (2007). Intervening with maltreated children and their adoptive families, identifying attachment-facilitative behaviours. In D. Oppenheim & D. F. Goldsmith (dir.), *Attachment theory in clinical work with children: Bridging the gap between research and practice* (p. 58–90). New York : Guilford Press.
- Van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2006). The Emanuel Miller memorial lecture 2006, adoption as intervention: Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socio-emotional and cognitive development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1228–1245.

- Van Londen, W. M., Juffer, F., & Van IJzendoorn, M. H. (2007). Attachment, cognitive and motor development in adopted children, short term outcomes after international adoption. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 1249–1258.
- Verissimo, M., & Salvaterra, F. (2006). Maternal secure-base and children's attachment security in a adopted sample. *Attachment & Human Development*, 8, 261–273.
- Vorria, P., Papaligoura, Z., Dunn, J. et coll. (2003). Early experiences and attachment relationships of Greek infants raised in residential group care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 1208–1220.
- Vorria, P., Papaligoura, Z., Sarafidou, J. et coll. (2006). The development of adopted children after institutional care, a follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1246–1253.
- Zeanah, C. H. (2000). Disturbances of attachment in young children adopted from institutions. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 21, 230–236.
- Zeanah, C. H., & Smyke, A. T. (2008). Attachment disorders in family and social context. *Infant Mental Health Journal*, 29, 219–233.
- Zeanah, C. H., Smyke, A. T., & Dumitrescu, A. (2002). Attachment disturbances in young children, II: Indiscriminate behavior and institutional care. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 983–989.

L'apport de la théorie de l'attachement à la situation de placement des enfants

Nicole Guédeney, Romain Dugravier

Dans ce chapitre, complémentaire de celui sur l'adoption, nous traiterons de ce que représente la situation de placement pour un enfant, au regard de son système d'attachement, des enjeux pour les professionnels qui l'accueillent et pour les institutions qui s'occupent de la protection de l'enfance, de l'aide à la décision de placement et de la question des liens entre enfant, parents biologiques et familles d'accueil.

Vulnérabilité des enfants placés

Les enfants placés doivent être considérés a priori comme ayant une problématique d'attachement affirment [Dozier et Rutter \(2008\)](#). En effet, les enfants placés ont forcément une histoire traumatique de l'attachement. Plus l'enfant est âgé, plus grand est le risque de troubles graves et durables de la relation parents-enfant, d'exposition à divers événements traumatiques et de discontinuités dans la relation avec ses *caregivers* du fait, parfois, de placements multiples. Il y a ainsi une surreprésentation de l'attachement désorganisé chez les enfants placés ([Dozier et coll., 2002a](#) ; [Bernier et coll., 2004](#)).

Comme nous l'avons vu (*L'Attachement : approche théorique*, chapitre 9), un environnement non sécurisant ne permet pas à l'enfant de développer des réponses adéquates au stress. Les enfants placés sont rapidement désorganisés par les situations stressantes et submergés par les émotions négatives comme la colère, la peur ou le chagrin. Cette sensibilité au stress se reflète par une activité de l'axe hypothalamo-adrénopituitaire, atypique et plus élevée que celle observée dans la population générale, avec une modification du rythme journalier du cortisol. Cet émoussement de la réponse au stress chronique coexiste avec une réponse hyper-réactive aux stress aigus ([Dozier et coll., 2006](#) ; [Fisher et Kim, 2007](#)).

Plus que l'impact *per se* des événements traumatiques qu'a pu vivre l'enfant placé, c'est bien le fait que ces enfants ont expérimenté ces traumatismes en l'absence d'un *caregiver* sensible qui aurait pu faire office de « système de régulation externe » du stress de l'enfant qui joue sur la réactivité de l'enfant et donc sur son devenir.

Début du placement : éclairage par la théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement apporte un éclairage que l'on peut qualifier de révolutionnaire à ce que peut représenter, pour un enfant placé, les premiers jours du placement. Comme le souligne [Bernier et coll. \(2004\)](#), les enfants maltraités ou négligés par leur *caregiver* primaire, puis séparés et placés dans une nouvelle famille, font face à un défi des plus terribles pour leur système d'attachement.

Placement comme situation d'activation de l'attachement de l'enfant placé

[Dozier et coll. \(2002a, 2002b, 2005\)](#) ont particulièrement bien étudié ce que représente l'expérience du placement et de la rencontre avec une famille d'accueil pour l'enfant. Ce dernier est plongé dans un milieu inconnu (donc potentiellement dangereux selon la théorie de l'attachement) ; il perd ses figures d'attachement antérieures, ce qui, inéluctablement, et quelle que soit leur qualité, active fortement son système d'attachement et réveille donc ses stratégies de protection habituelles. L'attachement de ces enfants est d'autant plus fortement activé dans les premiers jours d'un nouveau placement que leurs figures d'attachement principales restent inaccessibles sans qu'ils puissent espérer retrouver leur proximité, qui seule pourrait désactiver leur système d'attachement.

Placement et les modèles internes opérants de l'enfant placé

Modèles multiples

L'enfant entre dans la nouvelle famille d'accueil avec des modèles internes opérants déjà constitués qui, comme on l'a vu, gouvernent non seulement ses attentes et ses perceptions des expériences actuelles, mais organisent aussi les émotions, comportements et cognitions en rapport avec le système d'attachement. Chaque nouvelle situation est appréhendée au travers des déformations perceptives des MIO. Le risque est grand chez l'enfant placé, du fait de la fréquence de l'attachement désorganisé, de la coexistence de

modèles de travail multiples et ségrégués qui associent des images multiples et incompatibles du monde et de lui-même, en situation de détresse ou d'alarme (*L'Attachement : approche théorique*, chapitre 19). En grandissant, l'enfant avec un attachement désorganisé risque de plus en plus d'avoir recours à des stratégies contrôlantes sur les autres en position de le protéger : ces stratégies ont une valeur de sauvegarde et sont donc difficiles à abandonner. La priorité pour l'enfant placé est de ne pas revivre la situation menaçante en termes de survie psychologique qu'a représentée, pour lui, l'expression libre de ses besoins d'attachement, surtout lorsqu'il y a eu maltraitance ou abus.

Méfiance

Schoffield et Beeck (2006) insistent sur la méfiance de ces enfants placés qui ont dû, préalablement au placement, s'adapter à un environnement distordu et « effrayant ». Ces auteurs soulignent que ces enfants ont appris à ne compter que sur eux-mêmes, à ne pas faire confiance aux apparences et à surveiller étroitement l'environnement (spécialement le visage et l'humeur des accueillants). Ils risquent de sélectionner, dans leur environnement, ce qui est congruent avec leurs attentes. Ceci amplifie leur sentiment d'insécurité et de menace et stabilise encore plus leurs stratégies défensives.

Paradoxe de la qualité de l'accueil comme source de menace potentielle

De manière totalement paradoxale, l'accueillant peut même aggraver cette notion de danger. Plus les accueillants offrent des soins de qualité, plus ils apparaissent comme « anormaux » à l'enfant placé et plus il y a de risque qu'ils soient traités avec peur (puisque inconnus) et mépris (stratégie protectrice). De plus, l'accueillant n'est pas toujours parfaitement fiable et l'enfant peut craindre de revivre les expériences d'abus ou de rejet expérimentées avec ses premières figures d'attachement. Ces moments risquent de confirmer et de renforcer les modèles existants de l'enfant. Les mécanismes cognitifs d'assimilation qui jouent sur la stabilité ou le changement des MIO rendent les enfants placés fortement résistants au changement (accepter ou apprendre des nouvelles expériences relationnelles sécurisantes et *sensibles*) : ils ont souvent tendance à repousser les mouvements de l'adoptant (Schoffield et Beek, 2006). Les enfants placés qui ont été maltraités ont plus de mal encore à tenir compte de la réalité de l'autre et de leurs propres motivations, en raison d'un défaut de mentalisation (Cicchetti et coll., 2006).

Troubles du comportement en début de placement

La théorie de l'attachement donne un triple éclairage aux troubles du comportement en début de placement (Stovall-McClough et Dozier, 2000 ;

Wotherspoon et coll., 2008 ; Schoffield et Beek, 2006). Ces comportements « indésirables » peuvent traduire les stratégies habituelles de l'enfant pour réguler la proximité et contrôler la réponse d'un *caregiver* imprévisible et effrayant. L'enfant peut aussi, surtout après de multiples placements, préférer être responsable de l'échec du placement plutôt que de subir une nouvelle rupture. Ce problème est particulièrement aigu chez les adolescents, lorsqu'ils ont souffert de multiples placements ou lorsqu'ils sont en fin de placement de longue durée. Les comportements indésirables peuvent enfin être le reflet de la sensibilité au stress des enfants placés.

Formation d'un nouvel attachement avec la famille d'accueil

Nécessité pour l'enfant placé de pouvoir s'attacher aux accueillants

L'enfant a besoin de s'attacher à ses accueillants qui, en retour, doivent répondre à ses besoins et devenir de nouvelles figures d'attachement. « Il est vital qu'un enfant ait au moins une personne vers laquelle il se tourne pour chercher du réconfort et pour laquelle il sent qu'il est unique et "spécial" » (Heller et coll., 2002). Ce n'est pas le placement en soi, mais les nouvelles relations instaurées dans ce cadre qui jouent un rôle de protection et de soin pour l'enfant (Lawrence et coll., 2006). Il est donc urgent que les services de protection de l'enfance trouvent des solutions pour proposer une aide psychologique adéquate aux enfants placés, une formation des accueillants aux besoins « spéciaux » d'attachement de ces enfants et un soutien adapté aux accueillants dans l'exercice de leurs tâches. Rutter et O'Connor (2008) soulignent combien les services de protection de l'enfance devraient reconsidérer leurs objectifs à la lumière de la théorie de l'attachement, qui insiste sur le caractère indispensable de la constitution d'un lien d'attachement entre l'enfant et l'accueillant.

Installation d'un lien d'attachement

Les seules études publiées (Stovall-McClough et Dozier, 2004 ; Bernier et coll., 2004) portent sur des enfants placés très jeunes (moins de vingt mois). Elles constatent que pour ces enfants jeunes, un attachement se constitue très vite (moins de quatre semaines) et qu'au moins la moitié des enfants, quelques mois après leur arrivée, présentent un attachement sécurisé à leur accueillante. Il semble que les enfants qui montrent le plus de variabilité dans leurs comportements d'attachement (recherche de proximité, signaux de détresse) les premiers jours du placement ont plus de risque de présenter

un attachement désorganisé quelques mois plus tard que ceux qui montrent une certaine stabilité initiale.

Facteurs favorisant un lien d'attachement de qualité dans les placements de très jeunes enfants

Deux facteurs semblent particulièrement significatifs dans la constitution de ce nouveau lien d'attachement chez des enfants placés.

L'âge seuil de douze mois semble jouer un rôle en lui-même sur la capacité de l'enfant à construire rapidement un attachement de qualité avec son nouveau *caregiver*, et ce, dès les deux premiers mois ; plus les enfants sont jeunes, plus ils montrent, dans les deux premiers mois du placement, des niveaux élevés de comportements sécurisés et des niveaux moindres d'évitement (Stovall-McClough et Dozier, 2000).

La qualité de l'état d'esprit de l'accueillant est aussi essentielle (Dozier et coll., 2002b, 2001) : il existe en effet un niveau élevé de correspondance entre l'état d'esprit de l'accueillant et l'attachement de l'enfant lorsque celui-ci est jeune ; les enfants placés avant l'âge de dix-huit mois développent un attachement qui reflète l'état d'esprit du *caregiver* de la famille d'accueil, quels que soient les événements auxquels ils ont été soumis préalablement. Le processus est inverse pour les enfants plus grands : les accueillants commencent par refléter le style d'attachement de l'enfant dont ils ont la charge (Dozier et coll., 2002b). L'investissement émotionnel des accueillantes maternelles semble essentiel. Les enfants qui ne sont pas en présence d'un *caregiver* suffisamment impliqué émotionnellement ne peuvent trouver les conditions nécessaires pour changer leur modèle de soi en un modèle digne d'amour et d'intérêt (Ackerman et Dozier, 2005 ; Dozier et Lindhiem, 2006).

Outils d'observation utiles pour les accueillants

Des outils d'évaluation de l'attachement de l'enfant ont été adaptés à la situation de placement.

Le *journal de la vie quotidienne* (PDA, *Parent Diary Attachment*) a été élaboré par Stovall-McClough et Dozier (2000) pour mesurer et capter l'attachement qui se développe avec le parent d'accueil et les réactions de l'accueillant à ces comportements. On demande à ces derniers de remplir chaque jour le journal en pensant à trois incidents pénibles, typiques de ce qui peut arriver à un enfant dans sa vie quotidienne et qui sont des situations prototypiques des conditions d'activation du système d'attachement de l'enfant. L'accueillant écrit également un petit récit de chaque incident quotidien.

L'entretien « C'est mon bébé » (*This is my baby*) de Dozier et Lindhiem (2006) explore l'engagement de l'accueillant dans la relation avec l'enfant

placé. Un engagement élevé se caractérise par un fort investissement émotionnel de l'enfant, par le fait que le parent met toutes les ressources possibles pour favoriser le développement de l'enfant, qu'il est accepté et « adopté » tel qu'il est et qu'il est totalement intégré à la famille et que, même si l'accueillant sait que l'enfant doit un jour quitter la maison, il le considère comme un de ses enfants tant qu'il est chez lui.

Éléments d'évaluation apportés par la théorie de l'attachement pour décider d'un placement ou de la fin d'un placement

Pour Gauthier et coll. (2004), la question principale à se poser avant de prendre toute décision à propos d'un placement est celle-ci : « qui doit protéger qui ? » Il rappelle les principes développementaux issus de la théorie de l'attachement : l'adulte doit protéger l'enfant et ce, d'autant qu'il est plus jeune ; le temps du bébé n'est pas celui de l'adulte ; les besoins de sécurité de l'enfant sont prioritaires avant cinq ans.

Les services de protection de l'enfance de plusieurs pays intègrent maintenant les données de l'attachement dans les prises de décision sur le placement.

On peut noter qu'en France, bien que la théorie de l'attachement soit encore mal connue, la loi sur la protection de l'enfance de 2007 insiste sur ses besoins de continuité, de sécurité et sur la place prioritaire que l'enfant doit prendre dans la prise des décisions le concernant. En Angleterre, le programme du *Parenting*, dans le cadre du *Children Act*, aide les professionnels à prendre les décisions de séparation ou de maintien des liens : les notions d'attachement, de continuité et de protection sont au cœur de l'évaluation (Reder et Lucey, 1995). Au Canada, la Clinique de l'attachement a été une expérience pionnière (Gauthier et coll., 2004) et a conduit à l'inscription dans les lois de protection de l'enfance de la notion de temps de l'enfant dans l'élaboration des projets de placement et de priorité de l'intérêt de l'enfant par rapport à celui de l'adulte. Aux USA, le Foster Care Team aide les juges à prendre les décisions (Zeanah et Smyke, 2005). L'article de Willemsen et Marcel (2001) apporte ainsi aux professionnels juridiques des éléments de la théorie de l'attachement qui peuvent les aider à définir les objectifs du placement. Le placement est en général avant tout l'éloignement d'un milieu « dangereux » afin de protéger l'enfant. Cette séparation, nous l'avons vu, sera aussi souvent un drame pour lui ; ceci impose, même en urgence, de préparer le placement du point de vue du système d'attachement de l'enfant. Le placement peut avoir comme objectif de fournir une nouvelle expérience « thérapeutique » en donnant la possibilité à l'enfant de nouer des

liens d'une autre qualité avec les accueillants : le mode d'accueil, sa durée et la formation des accueillants doivent favoriser l'attachement. Interrompre un placement parce que l'enfant serait trop attaché à son accueillant est une aberration au regard de l'attachement (Dozier et Rutter, 2008).

Les connaissances sur les processus d'attachement et de *caregiving* peuvent aussi aider les juges dans leur décision de placer un enfant ou de terminer un placement. Comment faire comprendre aux parents biologiques la nécessité du placement ? Quels éléments pour décider de confier de nouveau un enfant placé à ses parents biologiques ? La théorie de l'attachement nous démontre qu'on doit dissocier le fait d'« aimer son enfant » et celui de « savoir ou de pouvoir le protéger et le réconforter » ; être attaché à un accueillant, c'est-à-dire rechercher et trouver sécurité auprès de cette personne, n'efface pas l'amour et le sentiment unique qu'a l'enfant vis-à-vis de ses parents biologiques ; on peut avoir plusieurs figures d'attachement différenciées sans qu'il y ait pour l'enfant compétition entre elles quant à leur importance pour lui. Cette différenciation des dimensions des liens parents-enfants peut contribuer à atténuer le dilemme entre droits/intérêt des parents et droits/intérêts des enfants. Elle peut aider à aménager les modalités du maintien des liens avec la famille biologique pendant le placement lorsque cela est possible et celles du retour éventuel dans la famille biologique.

Travail avec les enfants placés et les accueillants informé par la théorie de l'attachement

Principaux « programmes d'aide » aux familles d'accueil et aux enfants placés

Généralités

Le travail avec la famille d'accueil est une condition nécessaire de l'efficacité thérapeutique du placement. Il vise à ce que celle-ci fournisse un *caregiving* « thérapeutique ». Placer un enfant dans une famille d'accueil n'est pas forcément suffisant si, que ce soit du côté de l'enfant ou de l'accueillant, il y a impossibilité à créer ou à répondre au désir de créer une nouvelle relation qui soit de qualité sécurisante. Le rôle thérapeutique de la relation avec l'accueillant est particulièrement crucial pour les enfants placés de plus de vingt mois, pour les adolescents et lorsque le placement est un placement de longue durée (Dozier et coll., 2001 ; Schoffield et Beek, 2006).

Spécificités des programmes d'aide

Un certain nombre de programmes thérapeutiques basés sur la théorie de l'attachement ont été modélisés.

Le programme de Dozier et coll. (2005), l'*Attachment and Biobehavioral Catch up* (ABC), destiné aux enfants de moins de trois ans, est constitué de dix sessions associant séances à domicile, travail sur les enregistrements vidéo avec l'accueillant et information initiale sur les comportements problématiques des enfants.

Le *Multidimensional Treatment Foster Care for Preschoolers* (MTFC-P) de Fisher et coll. (2006) s'adresse aux besoins émotionnels et développementaux des enfants placés entre trois et six ans. Les accueillants reçoivent une formation intensive, une supervision et un soutien individuel et en groupe. L'enfant bénéficie de soins individuels et participe à des groupes thérapeutiques hebdomadaires. Quand cela est possible, un traitement avec les parents biologiques est proposé pour éviter la reprise des difficultés après le placement. Le traitement dure de neuf à douze mois ou bien tant qu'il y a des troubles du comportement et que le risque de mise en échec du placement persiste.

L'équipe du *Foster Care Team* (FCT) de Heller et coll. (2002) intervient sur le terrain avec des professionnels en santé mentale et en pédiatrie, en charge d'enfants de moins de trois ans, placés et présentant des troubles du comportement.

Shoffield et Beek (2006) travaillent avec les familles d'accueil dans les débuts de placement et développent un modèle qui associe théorie de l'attachement et théories de la résilience, particulièrement indiqué pour les grands enfants et les adolescents. Ils insistent particulièrement sur l'importance de développer chez l'enfant une confiance dans la disponibilité du *caregiver*, une fonction réflexive, l'estime de soi, l'autonomie et le sentiment d'appartenance à la famille.

Ces programmes reposent sur une base commune

Information donnée aux accueillants

Étant donnés les besoins spéciaux d'attachement et l'histoire d'attachement souvent traumatique des enfants placés, les réponses bienveillantes mais intuitives des accueillants risquent d'être insuffisantes. Ceux-ci doivent bénéficier d'une information claire qui les sensibilise sur plusieurs points majeurs. Les comportements de l'enfant risquent de ne pas éveiller chez le *caregiver* de réponse sensible. Les enfants placés ont des besoins d'attachement particuliers : ils doivent souvent être considéré comme s'ils étaient plus jeunes.

Qualité des soins de *caregiving* des accueillants

Les soins des accueillants répondent à plusieurs objectifs. Ils doivent développer les capacités d'autorégulation de l'enfant accueilli : il est essentiel d'aider l'enfant placé, quel que soit son âge, à expérimenter un sentiment de maîtrise ou d'efficacité dans son univers ; il importe de créer un monde que l'enfant vive comme contrôlable, de l'aider à faire l'expérience d'un monde interpersonnel prévisible et *sensible*. L'accueillant doit aider l'enfant à exprimer ses émotions, afin d'amplifier les émotions positives et d'apaiser les émotions négatives. L'accueillant doit s'autoriser à s'engager émotionnellement envers l'enfant, à développer son sentiment d'appartenance à cette nouvelle famille d'accueil.

Soutien aux accueillants

Aider les accueillants à comprendre leurs réactions vis-à-vis de l'enfant qu'ils accueillent et leurs propres difficultés à répondre à ses besoins d'attachement est capital : cet accompagnement doit cependant prendre en compte les sensibilités particulières des accueillants liées à leur propre système d'attachement (Dozier et Sepulveda, 2004).

L'institution aussi joue un rôle majeur par son soutien aux familles d'accueil et par les critères de placement retenus. La reconnaissance professionnelle, salariale, et sociale du rôle crucial des familles d'accueil est essentielle (Dozier et coll., 2005).

Objectifs spécifiques des interventions auprès des familles d'accueil

Ils diffèrent selon l'âge de la population prise en charge :

L'accent sur la sensibilité est caractéristique des interventions auprès d'enfants très jeunes : celles-ci se focalisent surtout sur l'amélioration de la capacité du *caregiver* à détecter les signaux de détresse de l'enfant, même quand ces signaux sont ambigus ou peu clairs, et à répondre de manière sensible en suivant l'initiative de l'enfant. « L'accueillant a besoin d'aide pour réinterpréter les signaux de l'enfant placé et reconnaître que l'enfant a besoin de lui, indépendamment du fait que le message soit clairement communiqué ou non » (Dozier et Sepulveda, 2004).

Les interventions auprès d'enfants plus grands mettent l'accent sur les problèmes de comportement. Elles insistent sur l'importance du soutien aux *caregivers* afin qu'ils développent des réponses cohérentes, prévisibles et conformes aux comportements, positifs et négatifs. Une guidance auprès des accueillants aide à l'établissement d'une discipline et d'une autorité qui ne sont ni coercitives ni punitives (Fisher et coll., 2006).

L'accent sur les relations sociales est la spécificité des interventions destinées aux enfants les plus grands et aux adolescents : ces interventions associent groupes et travail sur la mentalisation des accueillis. L'accent est mis sur l'importance pour les accueillants de développer les jeux libres en laissant l'enfant prendre l'initiative et en favorisant confiance et partenariat, qui sont des composantes importantes du développement de l'attachement pour ces grands enfants voire ces adolescents (Wotherspoon et coll., 2008).

Études expérimentales

Les études évaluant l'efficacité des interventions sur les enfants placés sont encore rares (Fisher et Kim, 2007 ; Dozier et coll., 2008). Elles montrent une amélioration significative au niveau des comportements d'attachement ainsi que des troubles du comportement. L'enfant s'appuie davantage sur ses accueillants pour obtenir du réconfort en cas de détresse et emploie moins souvent des stratégies insécures. Il y a également moins d'échecs des placements permanents. Enfin, on observe une amélioration des indicateurs biologiques de la réactivité au stress avec une normalisation de la courbe nyctémérale du cortisol.

Liens pendant et après le placement

La question du maintien des liens avec la famille biologique pendant le placement est essentielle. Le travail avec la famille biologique pendant le temps du placement vise à préparer le retour, à condition que ces contacts n'ébranlent pas le sentiment de sécurité de l'enfant. L'ajustement émotionnel des enfants au placement est favorisé quand leurs *caregivers*, biologiques ou d'accueil, se reconnaissent des rôles parentaux différents, qu'ils peuvent communiquer directement à ce sujet et négocier les conflits interpersonnels, avec l'aide des professionnels de l'institution, c'est-à-dire qu'ils peuvent construire un *co-parenting*. Garder des contacts avec les accueillants, après la fin du placement, sous forme de parrainage ou d'un personnage de « tata », est crucial à la fois pour l'enfant et pour l'accueillant : ceci favorise l'engagement émotionnel chez l'accueillant et évite le vécu d'abandon chez l'enfant en créant une énième rupture de liens d'attachement nouvellement construits (Linares et coll., 2006 ; Lawrence et coll., 2006 ; Ackermann et Dozier, 2006).

Conclusion

La théorie de l'attachement apporte un éclairage théorique qui peut améliorer l'efficacité des interventions dans le domaine de la protection de l'enfance. Elle amène le même bouleversement des pratiques dans les

institutions de protection de l'enfance (et les mêmes résistances à la réévaluation des pratiques !) que celui que la psychologie du bébé et les connaissances sur les interactions précoces parents-enfant ont apporté sur la question de la séparation du jeune enfant de ses parents.

Références

- Ackerman, J. P., & Dozier, M. (2005). The influence of foster parent investment on children's representations of self and attachment figures. *Applied Developmental Psychology, 26*, 507–520.
- Bernier, A., Ackerman, J. P., & Stovall-McClough, K. C. (2004). Predicting the quality of attachment relationship in foster care dyads from infants' initial behaviours upon placement. *Infant Behavior & Development, 27*, 366–381.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. L. (2006). Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Development and Psychopathology, 18*, 623–649.
- Dozier, M., Albus, K. E., Fisher, P. A. et coll. (2002a). Interventions for foster parents, implications for developmental theory. *Development and Psychopathology, 14*, 843–860.
- Dozier, M., Higley, E., Albus, K. E., & et, coll. (2002b). Intervening with foster infants' caregivers, targeting three critical needs. *Infant Mental Health Journal, 23*, 541–554.
- Dozier, M., & Lindhiem, O. (2006). This is my child, differences among foster parents in commitment to their young children. *Child Maltreatment, 11*, 338–345.
- Dozier, M., Lindhiem, O., & Ackerman, P. (2005). Attachment and biobehavioral catch up: An intervention targeting empirically identified needs of foster infants. In L. J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson, et coll. (dir.), *Enhancing early attachment: Theory, research, intervention and policy* (p. 178-194). New York : Guilford Press.
- Dozier, M., Manni, M., Gordon, M. K. et coll. (2006). Foster children's diurnal production of cortisol, an exploratory study. *Child Maltreatment, 2*, 189–197.
- Dozier, M., Peloso, E., Lewis, E. et coll. (2008). Effects of an attachment-based intervention on the cortisol production of infants and toddlers in foster care. *Development and Psychopathology, 20*, 845–859.
- Dozier, M., Rutter, M. (2008). Challenges to the development of attachment relationships faced by young children in foster and adoptive care. In J. Cassidy & P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2^e éd., p. 698-617). New York : Guilford Press.
- Dozier, M., & Sepulveda, S. (2004). Foster mother state of mind and treatment use, different challenges for different people. *Infant Mental Health Journal, 25*, 368–378.
- Dozier, M., Stovall-McClough, K. C., Albus, K. E. et coll. (2001). Attachment for infants in foster care: The role of caregiver state of mind. *Child Development, 72*, 1467–1477.
- Fisher, P. A., Gunnar, M., Dozier, M. et coll. (2006). Effects of therapeutic interventions for foster care children on behavioural problems, caregiver attachment and stress regulatory neural systems. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1094*, 215–225.

- Fisher, P. A., & Kim, H. K. (2007). Intervention effects on foster preschoolers' attachment-related behaviours from a randomized trial. *Preventive Science*, 8, 161–170.
- Gauthier, Y., Fortin, G., & Jéliu, G. (2004). Clinical application of attachment theory in permanency planning for children in foster care: The importance of continuity of care. *Infant Mental Health Journal*, 25, 379–396.
- Heller, S. S., Smyke, A. T., & Boris, N. W. (2002). Very young foster children and foster families, clinical challenges and interventions. *Infant Mental Health Journal*, 23, 555–575.
- Zeanah, C. H., & Smyke, A. T. (2005). Building attachment relationships following maltreatment and severe deprivation, In L. J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson, et coll. (dir.), *Enhancing early attachment: Theory, research, intervention and policy* (p. 195-216). New York : Guilford Press.

9 Troubles de l'attachement chez le jeune enfant

Antoine Guédeney

Carence de soins maternels, séparation

C'est Chapin, qui, dès 1915, attire l'attention sur le lien entre le retard de croissance, la dépression et l'hygiène chez l'enfant. Spitz s'en inspire et s'attache à décrire l'effet chez l'enfant de l'interruption brusque d'une relation avec la mère, à travers l'étude de jeunes enfants nés en prison (Spitz, 1946). Ses descriptions et son film de 1947 vont heurter le milieu pédiatrique et psychanalytique en portant à sa connaissance une réalité choquante, celle des effets de ce que l'on appellera l'« institutionnalisation ». Les termes de « déprivation maternelle » et de « carence de soins maternels » sont utilisés d'abord par David Levy, en 1937, auquel on doit également la comparaison de l'apport maternel avec le rôle des vitamines dans l'alimentation et l'idée d'une « faim primaire d'affect » chez le jeune enfant. L. Bender et S. Chess vont décrire les premiers effets des carences relationnelles précoces : ces enfants montrent de l'affection vis-à-vis de n'importe qui, ont des difficultés à être propres et montrent un retard du développement, en particulier du langage. Levy, Bender et Chess indiquent la spirale dans laquelle se retrouvent ces enfants difficiles, qui sont rejetés des foyers ou des familles d'accueil, devenant de plus en plus insensibles et désespérés. Ils montrent leur absence de jeu, de souci de l'autre, leur accrochage à l'adulte, leur agitation, leur distractibilité et leur tendance à détruire. À l'époque, aux États-Unis et en France, la priorité est l'absence de germes en collectivité ; les institutions pour enfants, comme Parent de Rosan dénoncée par M. David, G. Appell et J. Aubry, connaissent une morbidité et une mortalité terrifiantes. Certains pionniers changent les routines et favorisent les attachements précoces, abaissant ainsi la mortalité. En Iowa, un directeur d'orphelinat, H. M. Skeels, confie des jeunes enfants à des malades mentaux volontaires et démontre leur bonne évolution, par rapport à ceux laissés en pouponnière traditionnelle (Skeels, 1963). Cependant, la reconnaissance des besoins relationnels du jeune enfant et celle des effets de la carence de soins maternels sera longue. Elle ne précède d'ailleurs que de peu la reconnaissance de la douleur physique chez le bébé. Dans les suites de la Seconde Guerre

mondiale et du fait de l'implication des populations civiles, la séparation précoce et durable sera la première à être reconnue comme un facteur majeur de carence de soins maternels, grâce à John Bowlby et John Robertson. Seule la théorie de l'attachement permettra de prendre en compte la nécessité vitale de l'établissement et du développement du lien dans la santé mentale du jeune enfant. Le déni de cette pathologie persistera longtemps sous la forme de la confusion des effets de la carence de soins maternels avec ceux de l'absence de stimulation. Aussi la confusion régnera-t-elle longtemps entre les effets de la séparation et ceux de la carence. À partir des années 1970, le tableau des effets de la carence relationnelle, qu'elle soit intra- ou extrafamiliale, est de mieux en mieux reconnu. Le terme de « dépression du bébé » commence à apparaître.

Dépression du bébé

Malgré son usage clinique fréquent, et bien qu'il soit un élément clef de l'évaluation, le terme de « dépression du bébé » est relativement mal défini, depuis la description initiale de René Spitz. Bien que la notion de dépression précoce occupe une place majeure dans la pratique clinique de la petite enfance, nous ne disposons, actuellement, d'aucun système de critères diagnostiques validé et d'aucun outil fiable d'évaluation clinique et de dépistage de la dépression précoce (Guédeneu, 2000). Spitz (1951) suggérait que malgré les similitudes sémiologiques du tableau de la dépression entre l'enfant et l'adulte, une différence essentielle est liée à l'absence de structuration suffisamment développée du moi chez le jeune enfant. Pour Bowlby (1990), au contraire, la dépression anaclitique représente bien le prototype de la dépression de l'adulte. Bibring (1953) relie la dépression au sentiment d'impuissance, comme le fera plus tard Seligman, avec le concept d'impuissance apprise. Sandler et Jotle (1965) considèrent la dépression comme une réponse affective de base. En France, à la suite de Marty (1980), Kreisler (1987) considère la dépression du bébé comme la préforme de la dépression essentielle et comme la condition du déclenchement d'une désorganisation somatique.

Les expériences du type du visage immobile (*Still Face*, Cohn et Tronick, Trevarthen, Field, Murray) montrent les effets de la dépression maternelle sur le comportement de retrait du jeune enfant, en rendant explicites les effets de la désynchronisation des rythmes d'échange et de la violation des attentes du bébé. Ces expériences permettent aussi de proposer un modèle de la transmission de l'affect dépressif de la mère à l'enfant. Les liens du retard de croissance, d'origine manifestement organique ou non, avec la dépression précoce et avec les troubles de l'attachement ont été également très discutés. Le kwashiorkor, forme fréquente de malnutrition

protéino-calorique en pays tropical, offre un tableau de retrait dépressif particulièrement frappant (Colomb). Des travaux récents relient le retard de croissance et le Kwashiorkor à des troubles de l'attachement, en particulier du type désorganisé (Guedeney, 1995 ; Benoit, 1998 ; Bouville, 2000).

De nombreuses questions restent sans réponse à propos de la dépression précoce : la dépression anaclitique est-elle une dépression au sens de celle de l'enfant et de l'adulte, ou appartient-elle plutôt au trouble du lien d'attachement en constitution ? À partir de quel âge peut-on parler réellement de dépression chez le jeune enfant ? Quels sont les liens de la dépression avec les autres pathologies mentales identifiées dans la petite enfance, en particulier avec les troubles de l'attachement, mais aussi avec les troubles envahissants du développement ?

Classifications diagnostiques

Le statut actuel de la dépression du bébé au sein des diverses classifications diagnostiques existantes reflète bien cette confusion, en l'absence de critères diagnostiques validés. En 1982, Herzog et Rathbun avaient proposé des critères diagnostiques de dépression applicables entre la naissance et l'âge de trente-six mois, basés sur le DSM-III. Dans le DSM-III révisé (1987), il n'existait pas non plus de possibilité de poser le diagnostic d'épisode dépressif chez le jeune enfant. La liste des symptômes proposés par Herzog et Rathbun comprend le retard de développement, des troubles du langage, les troubles d'acquisition de la propreté, le retard de croissance, les mouvements anormaux, le mérycisme, les troubles du sommeil, l'absence d'angoisse de séparation ou, à l'inverse, un attachement angoissé. Les symptômes devaient être présents pendant au moins deux semaines. Bien que proches de la clinique, ces critères n'ont fait l'objet d'aucune étude de validation. Dès 1983, Justin Call proposait la première classification diagnostique des troubles mentaux de la petite enfance, dans laquelle la dépression anaclitique trouvait sa place au sein de la catégorie des troubles de l'attachement. Dans le DSM-IV (1994) et dans l'ICD-10 (1988), la dépression du bébé n'apparaît pas et ne peut rentrer que dans la catégorie du trouble de l'ajustement. Aux États-Unis, la position qui prévaut alors est celle de la prédominance des troubles de la relation parent-enfant sur les troubles dits « structurels » (Sameroff et Emde, 1989). En France, la position structuraliste prévaut, et dans la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, la dépression ne fait pas partie des diagnostics de l'axe I. Il n'existe pas non plus de possibilité de diagnostic de troubles de la relation parent-enfant. Dans ce contexte, un groupe de cliniciens issus de divers horizons théoriques propose, en 1994, la Classification diagnostique 0-3 ans (*Zero To Three, National Center for Children Infants Programs [NCCIP]*, 1994). La dépression de la petite enfance (203) figure dans la catégorie des troubles

de l'affect. Elle s'applique aux jeunes enfants qui montrent une humeur déprimée ou irritable, avec une diminution du plaisir et de l'intérêt au cours des activités adaptées à leur âge, une diminution de la capacité à protester, des geignements excessifs et un répertoire restreint des interactions sociales ou des initiatives vers l'autre. Ces symptômes peuvent être accompagnés de troubles du sommeil ou de l'alimentation, avec parfois perte de poids. Les symptômes doivent être présents depuis deux semaines au moins.

Troubles de l'attachement

Sémiologie et nature

Les applications cliniques de la théorie de l'attachement sont récentes, et plus encore les essais de formalisation de classification de ces troubles. Nous avons brièvement résumé la place donnée jusqu'ici au trouble de l'attachement à travers la reconnaissance de la carence et de la séparation, en particulier dans les institutions. Le diagnostic de troubles réactionnels de l'attachement (*Reactive Attachment Disorder*) apparaît en 1980, avec la publication du DSM-III. La description du trouble incluait alors le retard de croissance et le manque de réponses sociales comme traits caractéristiques des troubles, lesquels devaient être manifestes avant l'âge de huit mois. Le lien avec le retard de croissance disparut dans la révision du DSM-III (1987), et l'âge de début fut modifié, avec apparition dans les cinq premières années. Ceci permettait d'abandonner le critère plutôt étrange d'un trouble manifeste de l'attachement avant l'existence d'un attachement manifeste. Deux sous-types du trouble furent alors introduits : le type « inhibé » et le type « désinhibé ». Dans le DSM-IV (1994), les deux sous-types furent maintenus. Dans cette description, les liens étiologiques entre le trouble et les indices de soins inadéquats sont essentiels. Le trouble réactif de l'attachement dans la petite enfance est décrit dans le DSM-IV par un contact social manifestement troublé et inapproprié sur le plan du développement, et ce dans la plupart des contextes relationnels. Ceci est attribué à des soins gravement insuffisants et pathogènes. Le trouble commence avant l'âge de cinq ans ; sont exclus les enfants dont les symptômes peuvent renvoyer à un retard mental ou à un trouble envahissant du développement (TED). Le premier type est caractérisé par une inhibition de la tendance normale dans le développement à chercher le confort auprès des parents ou des adultes auxquels l'enfant est attaché. Dans les interactions sociales, l'enfant est inhibé, hypervigilant ou très ambivalent, ceci reflétant l'inhibition générale du système d'attachement, à une période où il est généralement activé. Pour Zeanah et Emde (1994), la description de ce type d'attachement, en retrait et inhibé, est tirée de la description d'un groupe d'enfants maltraités,

surtout carencés, et d'un sous-groupe d'enfants élevés en institution. Le retrait émotionnel et l'absence d'attachement ont eux aussi été observés chez des enfants en famille d'accueil. Le second mode clinique est caractérisé par une hyperréactivité du système d'attachement, mais avec une très faible discrimination sociale, avec pour résultat des attachements diffus et non sélectifs. L'enfant se comporte avec chacun comme s'il était un proche, et ceci a été appelé « sociabilité sans discrimination ». Ce mode symptomatique a été observé à la fois chez des jeunes enfants en famille d'accueil ayant subi des placements multiples et chez des enfants élevés en institution. Dans ce dernier groupe, ce comportement peut persister bien après que l'enfant a apparemment établi des relations d'attachement avec une nouvelle famille. Cependant, les différentes évolutions du DSM ne sont basées sur aucune étude de validation des critères. Zeanah ne trouve même aucune étude faisant référence à une quelconque utilisation des critères DSM du trouble réactif de l'attachement entre 1980 et 1994. Ce n'est qu'en 1994 que Richters et Volkmar publient une série de cas illustrant cliniquement la catégorie du trouble réactionnel de l'attachement. Les critères de trouble de l'attachement dans l'ICD-10 (1992) sont très proches de ceux du DSM-IV. La différence réside dans la proposition de deux catégories : le trouble réactif de l'attachement et le trouble désinhibé de l'attachement, le premier étant essentiellement équivalent aux sous-types du DSM-IV. Il est intéressant de remarquer que l'ICD-10 n'établit pas de lien explicite entre les troubles de l'attachement et un type de soins grossièrement pathogène ; cependant, un avertissement prévient qu'il vaut mieux éviter de poser le diagnostic en l'absence de carence de soin manifeste. Plus loin, il est indiqué que l'enfant peut montrer quelques éléments de contact social normal avec un adulte attentif. Le retard mental et le trouble envahissant du développement ne sont pas explicitement exclus, sauf de façon indirecte par la nécessité de la possibilité de certains contacts sociaux normaux.

Dans la classification diagnostique 0-3 ans (1994), la description des troubles réactionnels de l'attachement est très proche de celle du DSM-IV (1994). Le trouble est donc présent dans le contexte de mauvais traitements parentaux et de carence, comme dans le cas d'une hospitalisation longue, de placements multiples, d'effets de la dépression parentale ou de parents toxicomanes. La description insiste sur le fait que tous les enfants maltraités ne présentent pas de troubles de l'attachement, et que l'amélioration de l'environnement peut amener l'amélioration des troubles. Aucun critère de comportement de l'enfant n'est utilisé pour définir le trouble.

Devant ces ambiguïtés, Zeanah et Boris (2000) ont proposé des critères alternatifs de troubles de l'attachement, basés sur les données de la recherche sur le développement et sur le comportement de l'enfant, plutôt que sur les circonstances étiologiques. À partir de la description de Lieberman des

troubles de la base de sécurité, Zeanah et Boris proposent ainsi trois grands types de troubles de l'attachement : les troubles de « l'absence d'attachement », proches de ceux décrits dans le DSM-IV et l'ICD-10, les « distorsions de la base de sécurité », dans lesquelles l'enfant entretient une relation d'attachement sérieusement altérée avec les parents, et les troubles issus de la « rupture de la relation d'attachement ». Compte tenu de l'importance de l'attachement dans le début de la vie, une question essentielle consiste à savoir à quel point on définit les troubles de l'attachement comme pathologiques. Zeanah et coll. (1993, p. 338) proposent que les problèmes d'attachement deviennent des troubles psychiques pour les jeunes enfants lorsque les émotions et les comportements manifestés dans le contexte relation d'attachement sont si troublés qu'ils indiquent, ou qu'ils augmentent substantiellement, le risque d'une détresse permanente ou d'un handicap de l'enfant.

Troubles de « l'absence d'attachement »

À la suite du DSM-IV et de l'ICD-10, l'approche alternative maintient deux types de troubles, dans lesquels il n'existe pas d'attachement : le trouble d'attachement avec retrait émotionnel, dans lequel l'enfant est en retrait, inhibé, sans attachement, et le trouble avec sociabilité indistincte, dans lequel l'enfant recherche le confort et des interactions sociales avec des étrangers, sans la réticence appropriée à l'âge. Dans les deux types, les enfants montrent des difficultés dans l'autorégulation et dans l'autoprotection, dans la recherche de confort et de réassurance, dans l'expression de l'affection, dans la coopération comme dans l'exploration.

Troubles de la base de sécurité

Dans ce type de troubles, l'enfant montre un attachement préférentiel à une figure d'attachement, et les troubles sont spécifiques d'une relation donnée. Quatre catégories de troubles de la base de sécurité sont décrits par Zeanah et coll. (1993).

Troubles de l'attachement avec mise en danger

La mise en danger va nettement à l'encontre du but de l'attachement, qui est précisément la sécurité et la survie. Les capacités de mobilité de l'enfant augmentent considérablement au cours de la deuxième année, et l'enfant doit maintenir l'équilibre entre son besoin d'exploration et son besoin de sécurité à la figure d'attachement. Dans le type « mise en danger », l'enfant s'éloigne de la figure d'attachement sans en vérifier la présence et la proximité. Il s'engage dans des activités dangereuses, provocantes, pouvant s'accompagner d'agression contre lui-même ou contre le parent. La caractéristique du comportement est d'être spécifique d'une relation. La violence familiale, directement sur l'enfant ou à l'intérieur de la famille, semble être

associée à ce comportement de mise en danger dans lequel l'enfant cherche l'attention et la protection d'un parent souvent inaccessible ou peu fiable.

Troubles de l'attachement avec accrochage et exploration inhibée

À l'autre extrémité du spectre clinique, ce type de troubles de l'attachement se manifeste par une inhibition de l'exploration. Cette inhibition n'est pas générale, mais spécifique de certaines situations, lorsque l'enfant est en présence de sa figure d'attachement, mais dans une situation inhabituelle, ou en présence d'un adulte qui n'est pas familial. Le fait que l'inhibition soit spécifique de la relation permet de faire la différence avec des aspects tempéramentaux.

Troubles de l'attachement avec vigilance et compliance excessives

L'enfant est alors hypervigilant, avec une restriction émotionnelle et une compliance exagérée aux demandes de son parent. L'enfant semble craindre par dessus tout de déplaire aux parents. Ce mode a été souvent décrit comme celui de la « vigilance glacée » (Steele, 1983). Ceci évoque aussi le « regard radar » (*Radargaze*) dépeint dans le kwashiorkor grave, et on se souvient des rapports décrits actuellement entre kwashiorkor sévère et attachement désorganisé. Cette catégorie proposée par Zeanah est proche de la description de l'attachement désorganisé (type D). Elle s'associe à une relation marquée par l'abus et l'effroi.

Troubles de l'attachement avec renversement des rôles

Ici, l'enfant assure la charge émotionnelle de la relation intégrée inappropriée à son développement. Ce type de troubles s'associe avec un contrôle de l'enfant sur le parent d'une façon soit punitive, soit avec une sollicitude excessive. Ce type de troubles est moins facile à reconnaître qu'on pourrait le penser, et il n'est pas non plus très facile de distinguer un mode adaptatif assez positif de ce qui serait un trouble manifeste. En effet, dans ce type de troubles, l'enfant est remarqué et valorisé. La difficulté clinique est de déterminer à quel point ce type de relation peut compromettre le développement de l'enfant.

Ruptures du lien d'attachement

Ici, l'enfant subit la perte d'une figure d'attachement. Les critères de troubles sont ceux de la description de Robertson, dans sa description de jeunes enfants séparés brusquement de leurs parents pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines, et qui développent la séquence bien connue de la protestation, du désespoir et du détachement. La perte d'une figure d'attachement dans cette période de la vie représente un changement si considérable qu'il est qualitativement différent d'une perte survenant à une autre période de la vie. La perte peut intervenir à travers la mort du parent ou par le changement successif de familles d'accueil. Une question importante est

celle de savoir si un attachement insécuré antérieur à la perte offre plutôt une chance de résilience vis-à-vis des conséquences de la perte ou au contraire rend les enfants plus vulnérables, comme dans la description initiale de Spitz de la dépression anaclitique (1951).

Diagnostic différentiel

Il est actuellement particulièrement difficile de faire la différence entre des troubles de la relation et un trouble réactionnel de l'attachement. Zeanah suggère que le trouble de l'attachement doit inclure des difficultés profondes et permanentes dans le fait qu'un enfant reçoive du confort, de la réassurance et du support de la part d'un adulte qui soit une figure d'attachement distincte pour lui. Dans le cas où aucune figure d'attachement n'existe pour l'enfant, le diagnostic se pose avec celui d'un trouble envahissant du développement ou avec un syndrome autistique. Il existe peu d'étude sur les façons de faire cette différence. Bien sûr, on peut rechercher une capacité normale à la relation sociale chez les enfants porteurs d'un trouble réactionnel de l'attachement, par rapport au trouble envahissant du développement. On s'attend aussi à une évolution plutôt positive des troubles quand l'enfant atteint d'un trouble réactionnel de l'attachement est de nouveau élevé dans un contexte favorable, ou devant une évolution très positive pendant l'évaluation d'un trouble apparaissant d'abord comme un TED. Le trouble envahissant du développement s'accompagne de troubles spécifiques de la communication, du langage et des attitudes psychomotrices, mais les études chez des orphelins élevés en Roumanie et en Chine suggèrent que la distinction entre les troubles de l'attachement et les troubles envahissants du développement n'est pas toujours facile à faire. La différence n'est pas non plus simple à établir entre dépression précoce et trouble de l'attachement, ni avec les troubles anxieux précoces. Il existe aussi des points communs importants entre la sémiologie du syndrome post-traumatique précoce (PTSD) et celui du trouble réactif de l'attachement (Zeanah et Boris, 2000).

Ainsi a-t-on la description des troubles de l'attachement, qui va de l'absence de trouble avec un attachement sécurisé (type B), aux styles d'attachement insécurés (types A et C), résistants et évitants (Zeanah et Boris, 2000). La pathologie commence, selon Zeanah, avec les troubles de la base sûre et se poursuit avec les troubles de la rupture du lien d'attachement. Enfin, le plus rare et le plus grave est l'absence d'attachement, sur le mode inhibé ou indiscriminé. Zeanah situe l'attachement désorganisé (type D), entre l'attachement insécuré et les troubles de la base sûre, en particulier dans le trouble avec compliance et vigilance excessives.

Évaluation clinique

La Situation étrange, pas plus que le *Q-Sort* (Waters, 1987), ne peuvent être utilisés pour l'évaluation clinique des troubles de l'attachement. Cependant, l'examen peut organiser une situation de séparation et de retrouvailles. L'important est de se centrer sur les relations avec les figures d'attachement, plus que sur le comportement social en général. On peut ainsi observer les marques d'affection, la recherche de réconfort, d'aide de la part de l'adulte, la capacité d'exploration, le comportement de contrôle du parent, la réponse à la séparation et à la réunion. Au mieux, l'observation devrait être faite dans différents contextes.

Conclusion

Les études concernant les troubles de l'attachement sont encore rares. Elles vont dans le sens de la validité de l'individualisation de ces troubles par rapport aux troubles de la relation, par rapport au syndrome post-traumatique (PTSD) et par rapport au trouble envahissant du développement. La sémiologie s'exprime soit par une sociabilité indistincte, soit par une angoisse intense face à l'étranger. La place de l'attachement désorganisé et de la sémiologie de la dissociation dans ces troubles est croissante.

Références

- Association américaine de psychiatrie (1994, trad. 1996). *DSM-IV, Critères diagnostiques*, trad. J.-D. Guelfi et coll. Paris : Masson.
- Aubry, J. (1955). *La carence de soins maternels*. Paris : CIE.
- Benoit, D., Zeanah, C. H., & Barton, M. L. (1989). Maternal attachment disturbances in failure to thrive. *Infant Mental Health Journal*, 10 (3), 185–202.
- Bibring, E. (1953). The mechanism of depression. In P. Greenacre (dir.), *Affective disorders*. New York: International University Studies.
- Boris, N. W., & Zeanah, C. H. (1999). Disturbances and disorders of attachment in infancy : An overview. *Infant Mental Health Journal*, 20, 1–9.
- Bouville, J. F. (1993). Aspects relationnels de la malnutrition infantile en milieu urbain africain. *Cahiers Santé*, 3, 433–440.
- Bowlby, J. (1990). *Child care and the growth of love* (2^e édition). Londres: Penguin Books. (réédition de *Maternal care and mental health*, WHO, 1953, avec deux chapitres de M. Ainsworth)
- Call, J. D. (1983). Towards a nosology of psychiatric disorders in infancy. In J. D. Call, E. Galenson & R. T. Tyson (dir.), *Frontiers of infant psychiatry* (p. 117-128). New York : Basic Books.
- Chapin, H. D. (1915). Are institutions for infants necessary? *Journal of the American Medical Association*, 63, 1–4.
- Cohn, J. F., & Tronick, E. Z. (1983). Three months old infant's reaction to simulated maternal depression. *Child Development*, 54, 334–335.

- Collomb, H., & Valentin, S. (1974). A note on kwashiorkor as anorexia nervosa in infancy. In E. J. Anthony & C. Koupernik, *The child in his Family*, volume 3 (p. 337-339). New York: John Wiley & sons.
- Collectif (1999). Disturbances and Disorders of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 20 (numéro spécial), 1-9.
- David, M., & Appell, G. (1964). Étude des facteurs de carence affective dans une pouponnière. *La Psychiatrie de l'enfant*, 4 (2), 407-442.
- Dugravier, R., & Guédeney, A. (2006). Contributions de quatre pionnières à l'étude de la carence de soins maternels. *La Psychiatrie de l'enfant*, 4 (2), 405-442.
- Field, T. (1984). Early interaction between infants and their post partum depressed mothers. *Infant Behaviour and Development*, 7, 532-537.
- Guédeney, A. (1995). Kwashiorkor, depression and attachment disorders. *Lancet*, 346 (8985), 1293-1294.
- Guédeney, A. (1999). Dépression et retrait relationnel chez le jeune enfant : analyse critique de la littérature et propositions. *Psychiatrie de l'Enfant*, 47, 299-332.
- Guédeney, A. (2000). Infant depression and withdrawal : clinical assessment. In J. Osofsky & H. Fitzgerald (dir.). *WAIMH handbook of infant mental health*, (p. 455-484). New York : John Wiley & Sons.
- Herzog, D. B., & Rathbun, J. M. (1982). Childhood depression: developmental considerations. *American Journal of Diseases in Childhood*, 136, 115-120.
- Karen, R. (1998). *Becoming attached: First relationships and how they impact our capacity to love*. New York: Oxford University Press.
- Kreisler, L. (1987). *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*. Toulouse : Privat.
- Marcelli, D. (1999). La dépression dans tous ses états : Du nourrisson à l'adolescent... et après, deuxième partie : le nourrisson. *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 47, 1-11.
- Marty, P. (1980). *L'ordre psychosomatique*. Paris : Payot.
- Misès, R., & Quémada, N. (2002). *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent*, R. 2000. Paris: CTNERHI.
- Murray, L., & Trevarthen C. B. (1985). Emotional regulation of interaction between two months olds and their mothers. In T. M. Field & N. A. Fox (dir.), *Social perception in infants*. Norwood, E.-U. : Ablex.
- O'Connor, T. G., Bredenkamp, D., & Rutter, M. (1999). Attachment disturbances and disorders in children exposed to early severe deprivation. *Infant Mental Health Journal*, 20 (1), 10-29.
- Organisation mondiale de la santé (1993). *CIM-10/ICD-10, Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*. Paris : Masson.
- Richters, M. M., & Volkmar, F. (1994). Reactive attachment disorder on infancy or early childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33, 328-332.
- Sandlers, J., & Jotle, W. F. (1965). Notes on childhood depression. *International Journal of Psychoanalysis*, 46, 88-96.
- Skeels, H. M. (1999). Adult status of children with contrasting early life experiences. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 105, 31.
- Spitz, R. A. (1946). Anaclitic depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 313-341. Trad. franç. (1968), *Le Oui et le Non : La première année de la vie*. Paris : PUF.

- Spitz, R. A. (1951/1983). The psychogenetic diseases in infancy: an attempt at their etiologic classification. *The Psychoanalytic study of the Child*, vol. 6. New York: International University Press.
- Steele, A. (1983). The radar gaze: A special look in the children's eye. *Child Development*, 222, 401–413.
- Zeanah, C. H., Boris, N. W. (2000). Disturbances and disorders of attachment in early childhood. In C. H. Zeanah (dir.), *Handbook of infant mental health* (2^e éd., p. 353–368). New York : Guilford Press.
- Zeanah, C. H., Mammen, O., & Lieberman, A. F. (1993). Disorders of attachment. In C. H. Zeanah (dir.), *Handbook of infant mental health* (2^e éd. p. 332–349). New York : Guilford Press.
- Zero To Three Revised (1994, 2005). Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. Washington : NCCIP. Trad. franç. A. Guédeney (1998). Classification diagnostique de zéro à trois ans. Lausanne : Médecine et hygiène.

10 **Attachement et psychopathologie durant l'enfance**

Raphaële Miljkovitch, Romain Dugravier, Anne-Sophie Mintz

Bowlby a été l'un des premiers à reconnaître le travail de deuil chez le jeune enfant. En matière de psychopathologie infantile, il s'est aussi intéressé aux conduites agressives et à l'anxiété de séparation, résultant également selon lui de problématiques d'attachement. Dès 1944, il souligne les réactions de colère provoquées par les séparations, et rapporte déjà la mise en place de comportements hostiles chez des jeunes éloignés de leurs parents. En 1960, il décrit les enfants « pseudo-phobiques » comme étant amenés, par un climat d'insécurité instauré au sein de la famille, à craindre qu'un malheur ne vienne les séparer de leur figure d'attachement. Ainsi, leur refus de sortir ou d'aller à l'école, plutôt que de s'expliquer par une véritable phobie, serait, d'après lui, la conséquence d'une anxiété de séparation.

Depuis lors, un nombre croissant de travaux ont été réalisés autour de l'implication de l'attachement dans la psychopathologie de l'enfant. Les uns tiennent au rôle joué par la sécurité d'attachement dans la régulation émotionnelle, tandis que les autres tiennent à l'influence des modèles internes opérants. De récents développements proposent, par ailleurs, d'examiner d'une part l'effet spécifique de chaque style d'attachement sur la santé mentale de l'enfant et d'autre part, l'implication de l'attachement dans la compréhension du développement de la psychopathologie, en lien avec d'autres facteurs de risque. Nous proposons ici un bref aperçu de ces travaux.

Attachement et régulation émotionnelle

De nombreuses recherches montrent que la sécurité d'attachement protège l'enfant contre la formation de troubles psychologiques. Cela s'expliquerait en partie par une meilleure capacité, chez les enfants sûres, à réguler leurs émotions. Du fait qu'ils n'ont pas à s'inquiéter de leur sécurité, ces enfants ont l'esprit plus libre pour tenter de résoudre les problèmes qui se présentent à eux. Ainsi développent-ils des capacités représentationnelles

plus élaborées, qui les aident à faire face à l'anxiété, la tristesse et la peur (Slade, 1987 ; Main, 1996).

Par exemple, dans le jeu, il est fréquent que les enfants rejouent des scènes de la vie réelle comme pour tenter d'en résoudre les aspects préoccupants. Cette tentative de donner du sens à leur expérience et de la maîtriser leur permet d'atténuer les sentiments d'insécurité ressentis et de continuer à se développer sans encombre. Les enfants insécures se montrent toutefois moins efficaces dans leurs tentatives de résoudre les aspects problématiques de leur existence. En conséquence, leurs émotions négatives persistent et, à terme, leur accumulation conduit à des niveaux d'anxiété difficiles à gérer. Ceci les rend vulnérables au développement de symptômes.

Du fait que les enfants désorganisés se trouvent dans des situations impossibles à résoudre (Main et Hesse, 1990), ils peuvent se montrer d'autant plus impuissants face aux problèmes qu'ils rencontrent. On constate en effet que ces enfants ont une vision chaotique et menaçante du monde et qu'ils sont beaucoup plus à risque en matière de psychopathologie (Greenberg et coll., 1993 ; Solomon et coll., 1995).

Rôle des modèles internes opérants

Tout en permettant une régulation émotionnelle efficace, les modèles internes opérants des enfants sécures leur sont favorables sur le plan des relations interpersonnelles. Les échanges avec leur entourage familial leur apportent les assises narcissiques nécessaires à la formation d'une image positive de soi et participent à la construction d'une image positive d'autrui. Les relations avec les autres sont perçues comme gratifiantes. Ainsi, les attentes de ces enfants tendent à induire des modes d'interactions satisfaisants, qui viennent renforcer l'image préalablement formée des relations. Ce faisant, elles réduisent l'occurrence d'échanges conflictuels susceptibles d'engendrer des affects négatifs. Et lorsque de tels échanges ont lieu, la confiance que ces enfants ont en eux-mêmes et en l'avenir les prémunit contre les effets néfastes qu'ils pourraient avoir.

À l'inverse, les enfants insécures développent le sentiment de ne pas mériter d'être aimés, ainsi que l'idée que les relations sont sources de frustration. Ils développent alors une attitude méfiante ou dépendante vis-à-vis d'autrui, qui risque de gêner l'établissement de rapports satisfaisants. Ainsi, leurs relations leur renvoient à nouveau une image négative d'eux-mêmes, de même qu'elles engendrent des sentiments pénibles qui les rendent vulnérables à des troubles psychopathologiques. Leurs modèles internes opérants les conduisent à faire des erreurs d'attributions, dont on sait, par ailleurs, qu'elles sont impliquées dans des troubles aussi divers que la dépression (Beck, 1967) ou les troubles du comportement (Dodge et Frame, 1982).

Stratégies d'attachement et psychopathologie

Dans la mesure où il existe différentes formes d'insécurité, on peut s'interroger sur leurs éventuels rapports avec les différentes formes de psychopathologie. Rubin et coll. (1991) suggèrent l'existence d'un lien, d'une part, entre l'attachement évitant et les troubles dits « d'externalisation » (par exemple : hyperactivité, trouble des conduites) et, d'autre part, entre l'attachement ambivalent et les troubles d'internalisation (troubles anxieux, dépression).

Parce qu'il se détourne des sentiments de rejet et de frustration que ses figures d'attachement suscitent en lui, l'enfant évitant a peu conscience de ses affects et n'a donc guère accès à sa propre souffrance ou à celle des autres. Néanmoins, le sentiment de rejet le prédispose à une agressivité réactionnelle (Cassidy et Berlin, 1996). Étant donné qu'il vise à préserver la relation avec les parents, la colère qu'il ressent à leur égard s'exprime de manière détournée et se dirige vers d'autres personnes comme les pairs. Du fait qu'il s'efforce à ne pas faire appel aux parents, il est susceptible de recourir à des stratégies de fuite en cas de difficultés. N'étant toutefois pas enclin à gérer ses états émotionnels par des stratégies représentationnelles, il aurait pour seul recours l'action, voire le passage à l'acte.

À l'inverse, les enfants ambivalents ont appris que pour obtenir une relative attention de la part de leur figure d'attachement, il leur fallait exagérer les manifestations de détresse et ainsi détecter tout ce qui serait susceptible de les inquiéter ou de les effrayer (Main, 1991). Cette focalisation sur les aspects négatifs et alarmants de l'environnement les prédisposerait à développer des troubles tels que la dépression ou les troubles anxieux.

Les quelques recherches étudiant les effets différenciés de chaque style d'attachement présentent des résultats contradictoires, dont certains confirment seulement partiellement la thèse de Rubin et coll. (Greenberg et DeKlyen, 1999). Ces divergences sont sans doute à mettre en rapport avec la notion même de trouble d'externalisation, trop descriptive et générale pour rendre compte de la dynamique de la personne. Par exemple, un enfant évitant et un enfant ambivalent peuvent tous deux développer un comportement hostile et agressif, mais ce, pour des raisons différentes. La signification de leurs actes dépend de leur fonctionnement psychique. En réponse à une expérience de rejet et d'indisponibilité émotionnelle de la figure d'attachement, l'enfant évitant exprimerait sa colère sous-jacente par des attitudes d'hostilité, d'insensibilité ou d'agressivité envers autrui, alors que l'enfant ambivalent se montrerait colérique et intransigeant en raison d'une faible tolérance à la frustration (Sroufe, 1983).

Notons les résultats inattendus d'Adam et coll. (1995), qui suggèrent qu'un attachement évitant constituerait un facteur de protection contre les

risques de suicide pendant l'enfance ou la pré-adolescence. Selon les auteurs, les représentations que ces enfants ont de leurs difficultés les conduisent à en attribuer la responsabilité à autrui plutôt qu'à eux-mêmes. Ils développeraient de ce fait une agressivité envers les autres, les prémunissant ainsi contre l'autodépréciation.

Dans l'ensemble, ce qui ressort le plus clairement des études, c'est l'implication de l'attachement désorganisé dans les problèmes présentés par les enfants, tant pour les problèmes d'externalisation que pour les problèmes d'internalisation (Lyons-Ruth et Jacobvitz, 1999). En même temps, leurs tableaux cliniques comportent des éléments qui dépassent la conceptualisation des troubles en termes d'internalisation et d'externalisation. Par exemple, au-delà d'une attitude hostile et agressive à l'égard d'autrui, certains de ces enfants présentent des comportements sociaux atypiques, intrusifs et contrôlants (Jacobvitz et Hazen, 1999).

La particularité des troubles que présentent les enfants désorganisés suggère que des mesures plus fines et mieux focalisées sur les spécificités de leur comportement seraient préférables aux mesures plus couramment utilisées, axées sur l'internalisation et l'externalisation. Nous avons vu (*l'Attachement : approche théorique*, chapitre 19) que ces enfants à l'attachement désorganisé peuvent présenter des comportements dits contrôlants. Les enfants qui ont subi des mauvais traitements tendent à développer un style contrôlant/punitif, tandis que ceux qui sont issus de familles touchées par la perte d'un proche manifestent davantage un style contrôlant/maternel (*controlling/caregiving*) (Moss et coll., 2004). L'enfant reste dans une insécurité permanente, qui ouvre la voie à des troubles ultérieurs (Cassidy, 1995). Par exemple, associé à des pratiques éducatives permissives, un attachement contrôlant/punitif prédispose à l'apparition ultérieure de troubles du comportement (De Vito et Hopkins, 2001). Ces enfants auraient également un risque accru de troubles dissociatifs, au sens anglo-saxon du terme (Liotti, 1992). Dans le cas précis des enfants qui sont désorganisés à la suite de violences, deux modèles de relations opposés seraient intériorisés : un modèle marqué par la domination et l'autoritarisme et un marqué par la soumission. Chacun de ces modèles peut être activé alternativement, selon la situation. Les enfants peuvent alors présenter tantôt un comportement contrôlant et menaçant, tantôt un comportement soumis et effrayé.

Si un attachement insécurisé potentialise bien le développement de troubles ultérieurs chez l'enfant tels que les troubles externalisés, on ne peut en déduire pour autant que ces troubles soient spécifiquement liés à l'attachement ou requièrent un attachement perturbé. Une controverse est née de cette confusion, car diverses études visant à établir un lien direct entre attachement et psychopathologie (par exemple avec le trouble déficitaire

de l'attention avec hyperactivité) se sont avérées décevantes (Pinto et coll., 2006).

En fait, la plupart du temps, l'attachement ne constitue qu'un facteur de risque parmi d'autres. Même si de nombreux troubles sont associés à des types d'attachement insécures (Dozier et coll., 1999), il est rare qu'un attachement insécuré suffise à lui seul à engendrer un trouble ultérieur (Cicchetti et coll., 1995). C'est la combinaison avec d'autres facteurs de risque (individuels, familiaux, environnementaux, éducatifs, sociaux) qui accroît la probabilité d'émergence d'une pathologie. Guttman-Steinmetz et Crowell (2006) ont montré comment l'insécurité ou la désorganisation de l'attachement peut jouer à de multiples niveaux (stress, interactions familiales, choix des pairs, environnement) sur l'augmentation du risque de survenue de troubles du comportement. Greenberg et coll. (2001) suggèrent qu'un attachement insécuré ne précipite la survenue d'un trouble oppositionnel avec provocation qu'en conjonction avec certaines caractéristiques de l'enfant, une pratique éducative pauvre ou un environnement familial défavorable. Dans un environnement familial défavorable, l'étude de Morell et Murray (2003) révèle une plus grande vulnérabilité des garçons par rapport aux filles, qui présentent plus souvent un trouble des conduites précoce. Cet effet du genre s'expliquerait par des différences dans les attitudes maternelles (plus hostiles avec les garçons et plus coercitives avec les filles).

Les relations avec les pairs et la qualité du voisinage peuvent aussi constituer des facteurs de risque (ou de protection) qui, en interaction avec l'attachement, précipitent (ou empêchent) la survenue de troubles du comportement (Weissberg et Greenberg, 1997).

Un même facteur aurait plus ou moins d'influence selon le stade de développement de l'enfant. Plus l'enfant est jeune, plus les expériences traumatiques associées à un attachement insécuré auraient d'impact quant à la formation de troubles ultérieurs. Par contre, l'influence des modèles éducatifs serait plus importante vers l'âge de huit à dix ans.

En bref, à mesure que les facteurs de risque s'ajoutent à l'attachement insécuré, la probabilité de survenue de troubles psychopathologiques croît de manière exponentielle (Cicchetti et Rogosch, 1997). Plus qu'un lien direct entre attachement insécuré et psychopathologie, la plupart des recherches invoquent, outre l'attachement, la combinaison de plusieurs facteurs de risque dans la survenue de troubles ultérieurs.

Rôle des événements de vie

Certains événements de vie relatifs à l'attachement peuvent précipiter la survenue de perturbations psychologiques. Par exemple, l'expérience de

maltraitance physique avant l'âge de quatre ans entraîne une grande méfiance vis-à-vis d'autrui et prédispose à des comportements antisociaux (agressivité, passages à l'acte, absence d'empathie). La carence de soins mène le plus souvent à un retrait social et un sentiment d'incompétence, qui de surcroît est renforcé par un rejet social (Finzi et coll., 2000).

Lorsque les soins prodigués à l'enfant sont très perturbés ou défailants, ils peuvent à eux seuls entraîner des modèles d'attachement atypiques qui relèvent de la psychopathologie. On parle alors de troubles de l'attachement. Les enfants concernés présentent différents types de comportements : certains sont extrêmement inhibés en présence du parent, d'autres ne cherchent jamais de réassurance et se mettent en danger ; d'autres encore peuvent se montrer très agressifs envers eux-mêmes ou la figure d'attachement ou parfois inverser les rôles et paraître assurer eux-mêmes la fonction de parent.

Attachement chez les enfants avec handicap

Les travaux de Rutgers et coll. (2004) confirment que les enfants autistes sont moins fréquemment attachés de manière sécuritaire à leurs parents que les enfants indemnes. Si on restreint l'étude aux enfants caractérisés par un autisme typique, ceux-ci sont significativement plus inséculaires. Ceci s'expliquerait par le fait que les parents seraient moins à même d'établir une relation sécuritaire avec leur enfant en raison de la sévérité des perturbations en matière d'interactions sociales. C'est particulièrement lorsque l'autisme est accompagné d'un retard mental que l'on retrouve un attachement désorganisé (Willemsen-Swinkels, 2000). Cependant, les enfants avec un trouble relevant du spectre autistique peuvent développer un attachement sécuritaire. Même s'ils recherchent et maintiennent moins le contact que des enfants indemnes, ils montrent une préférence claire pour leur mère comparative-ment à un étranger et ils recherchent plus la proximité de leur mère à la suite d'une séparation.

Il semble y avoir une surreprésentation des attachements désorganisés chez les enfants trisomiques ou ayant un retard de développement (Atkinson et coll., 1999). On doit prendre en compte le retentissement du retard de développement sur la capacité des enfants à traiter et comprendre les contextes de stress, comme celui de la Situation étrange (Janssen et coll., 2002). Vaughn et coll. (1999) soulignent la difficulté d'interpréter les comportements des enfants et de surcoter la désorganisation, ce qui conduit Pipp-Siegel et coll. (1999) à proposer des adaptations mineures pour le codage de la Situation étrange.

Conclusion

Le travail pionnier entrepris par Bowlby il y a déjà plusieurs décennies a mis en lumière de nombreuses questions relatives à l'implication de l'attachement dans la psychopathologie de l'enfant, dont beaucoup sont encore à résoudre. Les recherches traitant de ce sujet tendent à montrer la pertinence de ce concept dans la genèse et la compréhension des troubles. De plus en plus d'hypothèses étiopathogéniques sont proposées, qui représentent autant de thèmes de recherche pour l'avenir. Si les mécanismes reliant les différentes formes d'insécurité aux différentes formes de psychopathologie sont encore peu connus, nul doute que la qualité de l'attachement d'un enfant à l'égard de ses proches constitue pour lui un facteur important de résilience ou de vulnérabilité. La prise en compte de l'attachement dans le champ de la psychopathologie semble essentielle et mérite d'être incluse dans les mesures de prévention et de traitement proposées aux familles et aux enfants.

Références

- Adam, K. S., Sheldon-Keller, A. E., West, M. (1995). Attachment organization and vulnerability to loss, separation, and abuse in disturbed adolescents, in S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (dir.), *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives* (p. 309-341), Hillsdale, E.-U. : Analytic Press.
- Atkinson, L., Vivienne, C., Scott, B., et coll. (1999). Maternal sensitivity, child functional level, and attachment in down syndrome. In J. I. Vondra et D. Barnett (dir.), *Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64 (258), 45-66.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. Londres: Staples Press.
- Cassidy, J., (1995). Attachment and generalized anxiety disorder. In D. Cicchetti & S. Toth (dir.), *Emotion, cognition, and representation* (pp. 343-370). New York: University of Rochester Press.
- Cassidy, J., & Berlin, L. J. (1996). The insecure/ambivalent pattern of attachment: Theory and research. *Child Development*, 65, 971-981.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1997). Equifinality and multifinality. *Developmental Psychopathology*, 8, 597-600.
- Cicchetti, D., Toth, S. L., Linch M. (1995). Bowlby's dream comes fill circle: The application of Attachment theory to risk and psychopathology. In T. H. Ollendick & R. J. Printz (dir.), *Advances in clinical child psychopathology*, 17 (p. 1-75). New York : Plenum Press.
- De Vito, C., & Hopkins, J. (2001). Attachment, parenting, and marital dissatisfaction as predictors of disruptive behavior in preschoolers. *Development and Psychopathology*, 13, 215-231.
- Dodge, K. A., & Frame, C. L. (1982). Social cognitive biases and deficits in aggressive boys. *Child Development*, 53, 620-635.

- Dozier, M., Stovall-McClough, K. C., & Albus, K. (2008) Attachment and psychopathology in adulthood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2^e éd., p. 718–744). New York : Guilford Press.
- Finzi, R., Cohen, O., Sapir, Y. et coll. (2000). Attachment styles of maltreated children: A comparative study. *Child Psychiatry and Human Development*, 31, 113–128.
- Greenberg, M. T., & DeKlyen, M. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2^e éd., p. 637–665). New York : Guilford Press.
- Greenberg, M. T., Speltz, M. L., & DeKlyen, M. (1993). The role of attachment in the early development of disruptive behavior problems. *Developmental Psychopathology*, 5, 191–213.
- Greenberg, M. T., Speltz, M. L., DeKlyen, M. et coll. (2001). Correlates of clinic referral for early conduct problems: Variable and person-oriented approaches. *Development and Psychopathology*, 13, 255–276.
- Guttman-Steinmetz, S., & Crowell, J. A. (2006). Attachment and externalizing disorders: a developmental psychology perspective. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 440–451.
- Jacobvitz, D., & Hazen N. (1999). Developmental pathways from infant disorganization to childhood peer relationships. In J. Solomon & C. George (dir.), *Attachment disorganization* (p. 127–159). New York : Guilford Press.
- Janssen, C. G. C., Schuengel, C., & Stolk, J. (2002). Understanding challenging behavior in people with severe and profound intellectual disability: a stress-attachment model. *Journal of Intellectual Disability research*, 46, 445–453.
- Liotti, G. (1992). Disorganization/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation*, 4, 196–204.
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz D. (1999). Attachment disorganization. Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioural and attentional strategies. In J. Cassidy & P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2^e éd., p. 520–554). New York : Guilford Press.
- Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs multiple (incoherent) models of attachment: Findings and directions for future research. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris, (dir.), *Attachment across the life cycle* (p. 127–159). Londres : Tavistock/Routledge.
- Main, M. (1996). Introduction to the special section on attachment and psychopathology, 2: Overview of the field of attachment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64, 237–243.
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parent's unresolved traumatic experiences are related to infant desorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism ? In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (dir.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (p. 161–182). Chicago : University of Chicago Press.
- Morrell, J., & Murray, L. (2003). Parenting and the development of conduct disorder and hyperactive symptoms in childhood: A prospective longitudinal study from 2 months to 8 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 489–508.
- Moss, E., Cyr, C., & Dubois-Comtois, K. (2004). Attachment at early school age and developmental risk: Examining family contexts and behavior problems of

- controlling-caregiving, controlling-punitive, and behaviorally disorganized children. *Developmental Psychology*, 40, 519–532.
- Pinto, C., Turton, P., Hughes, P. et coll. (2006). ADHD and infant disorganised attachment: A prospective study of children next-born after stillbirth. *Journal of attention disorders*, 10, 83–91.
- Pipp-Siegel, S., Siegel, C.H. & Dean, J. (1999). Neurological aspect of the disorganized/disoriented attachment classification system: Differentiating quality of the attachment relationship from neurological impairment. In J. I. Vondra & D. Barnett (dir.), *Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64 (258), 25–44.
- Rubin, K. H., Hymel, S., Mills, S. L. et coll. (1991). Conceptualizing different developmental pathways to and from social isolation in childhood. In D. Cicchetti, & S. L. Toth (dir.), *Rochester symposium on developmental psychopathology*, vol. 2: *Internalizing and externalizing expressions of dysfunction* (p. 91–122). Hillsdale, E.-U. : Erlbaum.
- Rutgers, A. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H. et coll. (2004). Autism and attachment: A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1123–1134.
- Slade, A. (1987). Quality of attachment and early symbolic play. *Developmental Psychology*, 23, 78–85.
- Solomon, J., George, C., & De Jong, A. (1995). Children classified as controlling at age six: Evidence of disorganized representational strategies and aggression at home and at school. *Development and Psychopathology*, 8, 679–699.
- Sroufe L. A. (1983). Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in pre-school: The roots of maladaptation and competence. In M. Perlmutter (dir.), *Minnesota symposia on child psychology*, 16: *Development and policy concerning children with special needs* (p. 41–83), Hillsdale, E.-U : Erlbaum.
- Vaughn, B. E., Golberg, S., Atkinson, L. et coll. (1994). Quality of mother-toddler attachment in children with Down's syndrome: limits to interpretation of SS behavior. *Child Development*, 65, 95–108.
- Weissberg, R., & Greenberg, M. T. (1997). Communauty and school prevention. In I. Siegel & A. Renninger (dir.) : *Handbook of child psychology*, 4 : *Child psychology in practice* (p. 877–954). New York: John Wiley & Sons.
- Willemsen-Swinkels, S. H. (2000). Insecure and disorganised attachment in children with a pervasive developmental disorder : relationship with social interaction and heart rate. *Child Psychology and Psychiatry*, 41, 759–767.

11 Psychopathologie à l'adolescence et attachement

Claire Lamas, Lauriane Vulliez Coady, Frédéric Atger

L'intérêt des théoriciens de l'attachement pour la période de l'adolescence est relativement récent, comme en témoigne le peu d'études consacrées spécifiquement à cette période. L'insécurité du système d'attachement ne constitue pas en elle-même un élément psychopathologique. Toutefois, les études menées en population clinique suggèrent un lien entre organisation de l'attachement et santé mentale : l'insécurité de l'attachement pourrait constituer un facteur de risque pour le développement de troubles psychiques, marqueur de la difficulté de ces adolescents à résoudre la tâche développementale de l'adolescence.

L'adolescence : le développement de l'autonomie

Si l'on considère le système d'attachement, cette période de transition s'organise autour d'un axe central : l'autonomisation progressive vis-à-vis des figures d'attachement de l'enfance avec comme corollaire, le développement de la capacité à fonctionner indépendamment de celles-ci et de devenir potentiellement figure d'attachement pour ses propres enfants ou ses partenaires ou encore ses pairs (Allen, 2008). Comme chez l'enfant plus jeune, l'organisation du système d'attachement dans ses aspects comportementaux ou intrapsychiques (état d'esprit vis-à-vis de l'attachement) constitue un équilibre dynamique et adaptatif par rapport à l'environnement et aux réponses de celui-ci. Le système d'attachement proprement dit s'intègre au sein d'un ensemble de systèmes comportementaux (système d'exploration, système affiliatif...) en étroite correspondance. À l'adolescence, la sollicitation de l'exploration, maximale, ne pourra intervenir que si le système d'attachement est désactivé. Cette désactivation du système d'attachement suppose l'acquisition de modèles internes de soi et des autres suffisamment sécurisants pour permettre la régulation des états émotionnels fluctuants sans le recours direct à la proximité de la figure d'attachement.

Un modèle de compréhension de la psychopathologie à l'adolescence : le modèle de Hilburn-Cobb

Nous développerons ce modèle en détail, car il est actuellement un des plus élaborés et aboutis. À partir de sa réflexion autour de la théorie de l'attachement, Hilburn-Cobb (2004) propose un modèle de compréhension de la psychopathologie à l'adolescence particulièrement intéressant par sa modélisation de l'interaction entre les différents systèmes comportementaux (motivationnels) et de leurs dysfonctionnements.

Importance du sentiment de sécurité

Elle considère ainsi que certains troubles psychopathologiques à l'adolescence correspondent à un effort pour maintenir un sentiment de sécurité ou, autrement dit, une expérience de régulation interne, par des moyens matériels, là où les relations d'attachement se sont trouvées en défaut pour garantir la continuité de cette expérience de sécurité interne. Dans ce modèle, les comportements d'attachement constituent uniquement un des aspects de la théorie générale des systèmes de contrôle du comportement développée par Bowlby. Des systèmes comportementaux multiples interviennent afin d'expliquer tel ou tel type de comportement en situation de stress. Il existerait ainsi une interaction hiérarchique entre système d'attachement, système affiliatif, et système de subordination/soumission, que ce soit en situation clinique ou dans la vie de tous les jours.

Régulation des états internes

La régulation des états internes (physiologiques, émotionnels et cognitifs) constitue un élément clé de la survie de l'individu. Si les comportements d'attachement (recherche de proximité puis de l'accessibilité de la figure d'attachement) jouent un rôle prépondérant dans les premières années, des stratégies appartenant à d'autres systèmes comportementaux peuvent être développées de manière alternative afin de servir cette régulation. Cette sécurité « instrumentale » fait intervenir une régulation par des moyens externes (*tools and supplies*) (jouet qui apaise, aliments, alcool ou drogues, statut social, travail...), qui peuvent impliquer une personne, mais avec laquelle il n'existe pas de lien spécifique et qui est donc interchangeable.

Qualité de la sécurité et risque psychopathologique

Toutefois, la sécurité obtenue par ce biais demeure moins satisfaisante que celle apportée dans le cadre d'une relation d'attachement et place l'individu

dans une grande dépendance vis-à-vis des contingences externes. Le risque de développer des troubles psychopathologiques serait accru par la coïncidence chez un individu de deux facteurs : la persistance de l'organisation des systèmes comportementaux en une hiérarchie rigide, peu flexible, et la tentative, en situation de stress, de regagner un sentiment de sécurité interne en renonçant aux buts de l'attachement (proximité) en faveur de ressources instrumentales. Le risque est majeur à l'adolescence où la pression vers l'autonomie fait courir le risque d'une renonciation prématurée et inadaptée au soutien des figures principales d'attachement, au profit d'autres systèmes de régulation encore immatures.

Dans le contexte de relations d'attachement anxieuses, le besoin de mobiliser le *caregiver* va organiser de nombreux domaines du quotidien (apprentissage, relations sociales...) alors que dans le cadre d'un attachement sécure, le système d'attachement est sollicité uniquement en situation de stress. Une hiérarchie rigide, où l'attachement demeure au cœur de la relation même dans les situations de faible stress, est conservée qui ne permet pas l'épanouissement des autres systèmes motivationnels comme le système affiliatif pour négocier les enjeux sociaux.

Impact de l'organisation de l'attachement dans différents troubles

Rôle des *patterns* d'attachement dans la psychopathologie

Organisation de l'attachement et santé mentale

On trouve chez les adolescents les plus perturbés (hospitalisés) une surreprésentation d'attachements insécures et d'états d'esprit non résolus vis-à-vis de l'attachement (Wallis et Steel, 2001). Bien que la désorganisation paraisse constituer un facteur de vulnérabilité dans l'apparition de troubles mentaux à l'adolescence, son impact semble actuellement sous-estimé.

Les stratégies d'attachement des individus préoccupés et évitants seraient également associées à un moins bon fonctionnement psychosocial et à des *patterns* différents de difficultés (Allen, 2008 ; Allen et coll., 1996, 2002, 2008). Les adolescents préoccupés rapportent davantage de symptômes dépressifs et anxieux lors des périodes de transition, comme l'entrée au lycée. Les adolescents évitants présenteraient, eux, davantage de symptômes externalisés comme l'abus de substances, les troubles des conduites, les symptômes alimentaires. Ces symptômes peuvent être appréhendés comme une stratégie de diversion de l'attention, pour les autres comme pour eux-mêmes, des indices d'attachement.

Organisation de l'attachement, contexte environnemental et santé mentale : une interaction pertinente

Le style d'attachement n'a cependant pas à lui seul une valeur prédictive suffisante sur le risque en santé mentale. Il interagirait avec une large gamme de facteurs psychosociaux et environnementaux pour prédire des évolutions critiques. Par exemple, l'hyperactivation du système d'attachement observée chez les adolescents préoccupés les conduit à être très sensibles à leur environnement social. Un adolescent préoccupé exposé à un environnement « confus » serait à risque de symptômes internalisés tels que des idéations suicidaires accrues, de symptômes anxieux ou dépressifs. En revanche, dans d'autres situations où ces manifestations sont ignorées du fait de l'insensibilité ou de l'indisponibilité de l'environnement, ces mêmes adolescents sont exposés à un risque accru de comportements externalisés comme l'abus de substances, une sexualité précoce, des conduites délinquantes (Allen et coll., 1998). Le système d'attachement, bien qu'en situation d'hyperactivation problématique, demeure fonctionnel et, dans le cas de rencontres positives, permet une évolution positive de l'adolescent avec un devenir favorable (McElhaney et coll., 2006).

Applications à différents troubles

Dépression à l'adolescence

Négociation des conflits

La dépression à l'adolescence peut être envisagée, sous l'angle de la théorie de l'attachement, comme l'échec de l'adolescent à négocier auprès de ses parents les tâches liées à l'autonomie tout en maintenant une proximité et une intimité suffisantes à assurer son sentiment de sécurité interne (Diamond et Stern, 2003). La famille – les parents – doit être en mesure de tolérer des niveaux de conflit modérés tandis que l'adolescent augmente ses demandes d'autonomie. Ni les conflits extrêmes, ni leur absence ne facilitent cette tâche développementale. Comme durant l'enfance, la sécurité de l'attachement repose sur la perception par l'adolescent : de la possibilité d'une communication ouverte avec son *caregiver* ; de l'accessibilité de ces figures d'attachement ; et de la possibilité pour ceux-ci d'apporter aide et réconfort en cas de besoin. Mais, alors que la proximité physique est déterminante pour le petit enfant, le développement des capacités cognitives à l'adolescence fait du dialogue avec les parents un élément essentiel de négociation de cette sécurité de l'attachement (Kobak et Duemmler, 1994).

Émotions négatives

En cas d'insécurité de l'attachement, l'adolescent manque de confiance dans la stabilité de ses relations interpersonnelles et « protégé » ses parents de sa

colère, de sa tristesse, inquiet qu'ils puissent être submergés et le rejeter. Ces adolescents risquent de développer une mauvaise image d'eux-mêmes qui les prédispose à la dépression (Kobak et coll., 1991). Les expériences de perte, négligences et abus constituent des expériences fréquentes pour ces adolescents et entretiennent la construction de modèles internalisés de soi comme non dignes d'amour et des autres comme indignes de confiance. L'irritabilité, les conflits au quotidien, les conduites destructives contre eux-mêmes et les autres peuvent être alors entendues comme l'expression de leur colère vis-à-vis de ces failles centrales de l'attachement (Diamond et Stern, 2003).

Phobie scolaire

La théorie de l'attachement apporte un éclairage inédit sur la phobie scolaire ou refus anxieux scolaire à l'adolescence.

Activation chronique du système d'attachement

Les enjeux développementaux de l'adolescence créent, en particulier dans les familles à attachement ambivalent, « un état continu d'activation de système d'attachement ; et donc augmentent l'impact de la relation parentale insécure sur l'adolescent » (Allen et Land, 1999). L'activation du système d'attachement chez l'adolescent se manifeste par des comportements bien identifiés : incapacité à quitter la maison, agrippement physique au parent, crainte qu'il arrive quelque chose aux parents ou à eux-mêmes s'ils sont séparés, réassurance par la présence physique uniquement. Dans le même temps, les systèmes motivationnels affiliatifs et sexuels – habituellement activés et support de l'autonomisation au moment de l'adolescence – sont inhibés. On retrouve souvent dans ces situations de phobie scolaire des difficultés de socialisation (parfois bouc émissaire), des relations de « collage » avec les pairs et peu d'expériences amoureuses (Mackey, 2003). Cette insécurité empêche également l'activation du système exploratoire de l'adolescent aussi bien vers la découverte de ses propres états émotionnels et capacités cognitives que dans l'exploration de la relation à autrui, avec une représentation assez hostile du monde extérieur.

Constellation familiale

Une inversion du rôle parental est souvent présente, et ce d'autant plus que les limites intergénérationnelles sont floues. Cette inversion du rôle parental peut se comprendre comme un contrôle actif de l'attention, du comportement et surtout de l'état émotionnel des parents, fragilisés par le processus de séparation-individuation de l'adolescence. Cette insécurité parentale empêche alors la perception des émotions de l'adolescent et renforce la difficulté à négocier les conflits avec eux (Allen et coll., 1994). Enfin, l'adolescent dont le système d'attachement est hyperactivé est plus rapidement déstabilisé par des changements environnementaux (déménagement,

changement familial : départ de l'aîné, chômage, dépression d'un parent, divorce, décès...) et développe plus d'anxiété dans les périodes de changement et de transition (Kobak et Cole, 1995).

L'émergence du refus scolaire anxieux à l'adolescence pourrait s'envisager comme la résultante de la conjonction d'une insécurité ou d'une désorganisation de l'attachement, de facteurs de prédisposition (anxiété), de facteurs environnementaux, dans le contexte de l'adolescence (elle-même source d'insécurité pour certaines familles).

Comportements addictifs

L'adolescence apparaît comme un moment privilégié de l'expérimentation de substances psychoactives, mais seule une minorité de ces adolescents s'engagera à plus long terme dans des conduites d'abus ou de dépendance. Ces conduites addictives ont été peu étudiées sous l'angle de la théorie de l'attachement, alors que des concepts similaires comme la « régulation émotionnelle » et les « stratégies de *coping* » interviennent dans leur compréhension (Belsky, 2002). L'abus de substance peut être envisagé comme une « auto-médication vis-à-vis de la détresse émotionnelle » et une tentative pour gérer « l'instabilité émotionnelle et le manque de contrôle » associés à un *pattern* général de dysrégulation comportementale, cognitive et affective (Schlinder et coll., 2005). La théorie de l'attachement distingue différents *patterns* d'attachement qui impliquent différents types de régulation émotionnelle. La sécurité de l'attachement est retrouvée de manière majoritaire dans les populations témoin alors que l'insécurité de l'attachement est constamment reliée aux consommations problématiques de substances psychoactives. Globalement, le *pattern* évitant (*avoidant/dismissing*) semble être largement prépondérant parmi les gros consommateurs de substances psychoactives, et ce, dans la quasi-totalité des études ayant utilisés le modèle d'Hazan et Shaver ou le modèle de Bartholomew (voir *L'Attachement : approche théorique*, chapitre 18) et de façon un peu plus mitigée dans celles ayant utilisées l'AAI (pour revue, voir Schindler et coll., 2005). Cette relation semble d'autant plus forte qu'il existe un biais dans l'auto-évaluation des consommations de substances : les individus « évitants » ou « détachés » ont tendance à minimiser leurs comportements problématiques et peuvent avoir sous-évalué leur niveau de consommation (Crowell et coll., 1999). Ceci vient renforcer l'hypothèse selon laquelle les individus « détachés » ou « évitants » qui excluent leurs affects, décrits comme autonomes et distants dans les relations interpersonnelles avec un manque de compétences sociales, sont plus à risque de développer des troubles externalisés dont font partie les conduites addictives.

La complexité de l'influence de l'attachement sur la consommation addictive est montrée par d'autres résultats qui pourraient a priori surprendre :

il existe une corrélation positive entre sécurité d'attachement et la dimension occasionnelle de l'utilisation de substances dans des populations de jeunes adultes et d'adolescents (Cooper et coll., 1999 ; McNally et coll., 2003). On pourrait parler d'« expérimentations », à rapprocher des conduites d'exploration, particulièrement activées à l'adolescence : l'équilibre attachement/exploration sécuritaire chez de tels adolescents peut expliquer que cette consommation, de l'ordre de la découverte, reste ponctuelle et ne va pas jusqu'à la mise en danger de soi ; cette consommation ne semble effectivement pas représenter un facteur de risque de développer des conduites de dépendance.

Troubles des conduites alimentaires

Hypothèses théoriques

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) touchent dans leur majorité des jeunes filles et débutent au moment de l'adolescence. Les différents modèles de compréhension de ces troubles convergent vers l'hypothèse d'une interaction entre des facteurs biologiques, psychologiques, environnementaux et sociologiques. La régulation émotionnelle occupe une place centrale dans cette approche. Les TCA peuvent ainsi être appréhendés comme une modalité de régulation de l'équilibre psychique de l'individu face aux menaces de séparation et de perte réactivées par les enjeux de l'adolescence. Le recours au comportement survient quand les moyens habituels de régulation – ressources internes du sujet et étayage sur les figures d'attachement – se trouvent débordés. Cole-Detke et Kobak (1996) suggèrent que ces jeunes filles pourraient tenter de contrôler leur monde à travers le comportement alimentaire en dirigeant l'attention loin de leurs propres sentiments de détresse, stratégie qui n'est pas sans éviter une stratégie évitante.

Études expérimentales

Cette hypothèse théorique n'est pas confirmée par les études expérimentales actuelles. Si toutes retrouvent une surreprésentation des attachements inséculaires et très peu d'attachement sécuritaire (quel que soit le mode de mesure de l'attachement), les résultats diffèrent sur les modalités d'insécurité prédominantes, évitante/détachée ou préoccupée (Fonagy et coll., 1996 ; Candelori et Ciocca, 1998 ; Ramacciotti et coll., 2001 ; Ward et coll., 2000). Comment interpréter cette absence de consensus ? Différents facteurs peuvent être pris en compte : l'hétérogénéité des TCA (anorexie mentale, boulimie, formes mixtes), la catégorisation choisie des « styles » ou « états d'esprit » d'attachement qui prennent en compte ou non la désorganisation, la petite taille des échantillons, l'hétérogénéité des mesures, avec une prédominance des outils du courant psycho-social (Ward et coll., 2000).

Style d'attachement et type de TCA

Deux études essaient de comprendre la nature des associations entre le type de TCA et le type d'insécurité, mais donnent des résultats divergents. Fonagy et coll. (1996) trouvent une nette prépondérance du style « préoccupé » à l'AAI avec, dans la majorité des cas, un état d'esprit non résolu vis-à-vis de l'attachement. Les patientes présentant un style d'attachement « détaché » auraient en revanche une meilleure évolution en terme de fonctionnement global. Les auteurs relèvent également chez les patientes un haut degré d'idéalisation des parents et un faible score de fonction réflexive. Candelori et coll. (1998) s'intéressent quant à eux à une population d'adolescentes hospitalisées pour des TCA en les différenciant en fonction du type de TCA. Les patientes anorexiques restrictives sont surreprésentées dans la catégorie « détaché » et les boulimiques dans la catégorie « préoccupé ». Les formes mixtes de TCA se trouvent également plus souvent dans le groupe « préoccupé ».

Enfin, il semble exister une surreprésentation d'histoires familiales traumatiques quant à l'attachement avec, en particulier des traumatismes ou pertes non résolus chez les mères des patientes et des conflits familiaux masqués entre les parents (Ringer et McKinsey-Crittenden, 2007).

Troubles du comportement

Les études ciblées sur les adolescents confirment l'existence d'un lien entre styles d'attachement et troubles du comportement, en particulier de nature antisociale, addictive et criminelle, avec une surreprésentation des attachements évitants et de la désorganisation (Allen et coll., 1996 ; Rosenstein et Horowitz, 1996). La nature de ce lien est très complexe et différents domaines sont impliqués, influencés par l'attachement : régulation émotionnelle, attributions sociales, développement du sens moral et transmission transgénérationnelle de ces comportements (Guttman-Steinmetz et Crowell, 2006).

Théorie cognitive des processus dissociatifs (au sens DSM) : désorganisation de l'attachement

Modèle de Liotti

États dissociatifs

Le terme de « troubles dissociatifs » (Liotti, 1999) regroupe des troubles sans cause primaire neuro-anatomique ni toxique, c'est-à-dire des troubles fonctionnels dissociatifs. Il s'agit des syndromes associant mauvaise régulation de l'impulsivité, difficultés interpersonnelles et expériences dissociatives (dépersonnalisation avec ou sans attaques de panique, sentiments envahissants de vide, amnésie, processus de pensée désorganisés).

Modèles multiples

La construction précoce de modèles internes opérants multiples dans le cadre d'un attachement désorganisé (voir *L'Attachement : approche théorique*,

chapitre 19) fournit une base développementale à l'hypothèse des « Moins multiples », hypothèse souvent évoquée dans ce type de troubles (Liotti, 1999).

Sous le terme de « modèles multiples », on décrit des représentations de soi et de l'autre, au sein d'une relation unique, qui sont multiples et incompatibles et ne peuvent être intégrées en un seul modèle, complexe mais cohérent. Elles s'originent dans un attachement précoce désorganisé (voir *L'Attachement : approche théorique*, chapitre 19). Il y a toujours dans la genèse des modèles multiples une impossibilité d'échapper à l'émotion douloureuse et, à un niveau secondaire, une absence de structures de signification (*meaning structures*) cohérentes qui pourraient permettre l'assimilation de l'expérience. Le sujet n'a aucun moyen de faire autrement face à de tels traumatismes dans ses relations d'attachement précoces auxquels se rajoutent quasi systématiquement des traumatismes relationnels ultérieurs : cette théorisation explique en partie les multiples aspects transférentiels observés avec les sujets ayant une telle pathologie. Les sujets, en raison des conséquences cognitives de leur attachement désorganisé précoce, sont enclins à construire les événements interpersonnels qui impliquent l'activation du système d'attachement selon les différentes images de soi et de l'autre. Liotti (2004) fait l'hypothèse d'une relation entre le développement de modèles internes opérants multiples et incompatibles et un déficit métacognitif portant sur la fonction intégrative de la mémoire, de la conscience et de l'identité : tout événement traumatique risque de réactiver les représentations paradoxales internes de soi avec l'autre. Dans cette théorisation, le rôle de la désorganisation de l'attachement est compris comme un facteur de vulnérabilité pour le sujet au sein d'autres facteurs de risque ou de protection (Carlson, 1998).

Modèle de Lyons-Ruth

Lyons-Ruth et coll. (2006) enrichissent cette description par l'analyse fine des processus dyadiques prédisposant au développement de cette vulnérabilité à la dissociation. Pour elle, la capacité des figures d'attachement à moduler les affects de crainte dans un dialogue ouvert avec l'enfant a un impact majeur sur le développement à terme de symptômes dissociatifs. Elle insiste sur l'importance de ces interactions au quotidien et des réponses des parents aux besoins de réconfort et de réassurance de leur enfant intervenant également dans le développement des capacités propres de l'enfant à réguler son stress. Cette approche est pour elle complémentaire des théories autour de l'impact de traumatismes dans le développement des troubles dissociatifs. Elle permet de mieux comprendre pour quelle raison certains individus prédisposés par cette absence d'un dialogue partagé avec leurs parents dans les situations de peur et de stress vont se trouver dans l'incapacité de réagir autrement que par ces symptômes dissociatifs à un événement traumatique, reproduisant le silence et l'absence de possibilité d'un dialogue émotionnel des premières interactions.

Conclusion

L'insécurité de l'attachement semble un facteur de risque en santé mentale. La théorie de l'attachement apporte un éclairage nouveau à la psychopathologie de l'adolescent en insistant sur la dimension contextuelle et relationnelle de la symptomatologie et sur le sens que peuvent prendre certains comportements dans une perspective dimensionnelle et non plus syndromique. Ces comportements traduisent la perte du sentiment de sécurité dans l'attachement ou dans l'exploration.

Références

- Allen, J. P. (2008). Attachment in adolescence. In J. Cassidy & P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2^e éd., p. 419–435). New York : Guilford Press.
- Allen, J. P., Hauser, S. T., & Borman-Spurrell, E. (1996). Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: An 11-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 254–263.
- Allen, J. P., Hauser, S. T., Eickholt, C. et coll. (1994). Autonomy and relatedness in family interactions as predictors of expressions of negative adolescent affect. *Journal of Research on Adolescent*, 4, 535–552.
- Allen, J. P., Hauser, S. T., O'Connor, T. G. et coll. (2002). Prediction of peer-rated adult hostility from autonomy struggles in adolescent-family interactions. *Development and Psychopathology*, 14, 123–137.
- Allen, J. P. & Land, D. (1999). Attachment in adolescence. In J. Cassidy & P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (p. 319–332). New York : Guilford Press.
- Allen, J. P., Moore, C., Kuperminc, G. et coll. (1998). Attachment and adolescent psychosocial functioning. *Child Development*, 69, 1406–1419.
- Belsky, J. (2002). Developmental origins of attachment style. *Attachment and Human Development*, 4, 166–170.
- Candelori, C., & Ciocca A. (1998). Attachment and eating disorders. In P. Bria, A. Ciocca, S. de Riso (dir.), *Psychotherapeutic issues on eating disorders: Models, methods, and results* (p. 139–153). Rome : Societa Editrice Universo.
- Carlson, E. A. (1998). A prospective longitudinal study of disorganized/disoriented attachment. *Child Development*, 69, 1107–1128.
- Cole-Detke, H., & Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 282–290.
- Cooper, M. L., Shaver, P. R., & Collins, N. L. (1999). Attachment styles, emotion regulation and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1380–1397.
- Crowell, J. A., Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (1999). Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (p. 434–468). New York : Guilford Press.
- Diamond, G. S., Stern, R. (2003). Attachment-based therapy for depressed adolescents. In M. S. Johnson, V. E. Whiffen (dir.) *Attachment processes in couple and family therapy* (p. 191–212). New York : Guilford press.

- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M. et coll. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22–31.
- Guttman-Steinmetz, S., & Crowell, J. A. (2006). Attachment and externalizing disorders: a developmental psychology perspective. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 440–451.
- Hilburn-Cobb, C. (2004). Adolescent psychopathology in terms of multiple behavioural systems: The role of attachment and controlling strategies and frankly disorganized behaviour. In J. Atkinson & S. Golberg (dir.), *Attachment issues in psychopathology and intervention* (p. 95–133). Hillsdale, E.-U. : Lawrence Erlbaum.
- Kobak, R. R., & Cole, H. (1995). Attachment and meta-monitoring: Implications for adolescent autonomy and psychopathology. In D. Cicchetti (dir.), *Rochester symposium on development and psychopathology*, vol. 5: *Disorders of the self* (p. 267–297). New York : University of Rochester Press.
- Kobak, R. R., & Duemmler, S. (1994). Attachment and conversation: Toward a discourse analysis of adolescent and adult security. In K. Bartholomew & D. Perlman (dir.), *Advances in personal relationships*, vol. 5: *Attachment processes in adulthood* (p. 121–149). London : Jessica Kingsley.
- Kobak, R. R., Sudler, N., & Gamble, W. (1991). Attachment and depressive symptoms during adolescence: A developmental pathways analysis. *Development and Psychopathology*, 3, 461–474.
- Liotti, G. (1999). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In J. Solomon & C. George (dir.), *Attachment disorganization* (p. 291–317). New York : Guilford Press.
- Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 41, 472–486.
- Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M. R. et coll. (2006). From infant attachment disorganization to adult dissociation: Relational adaptation or traumatic experiences? *Psychiatric Clinics of North America*, 26, 63–86.
- McElhaney, K. B., Immele, A., Smith, F. D. et coll. (2006). Attachment organization as a moderator of the link between peer relationships and adolescent delinquency. *Attachment and Human Development*, 8, 33–46.
- Mackey, S. K. (2003). Adolescent and attachment: From theory to treatment implications. In P. Erdman & T. Caffery (dir.), *Attachment and family system* (p. 79–113). New York : Brunner Routledge.
- McNally, A. M., Palfai, T. P., Levine, R. V. et coll. (2003). Attachment dimensions and drinking-related problems among young adults: The mediational role of coping motives. *Addictive Behaviors*, 28, 1115–1127.
- Ramacciotti, A., Sorbello, M., Pazzagli, A. et coll. (2001). Attachment processes in eating disorders. *Eating Weight Disorders*, 6, 166–170.
- Ringer, F., & McKinsey-Crittenden, P. (2007). Eating disorders and attachment: the effects of hidden family processes on eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 15, 119–130.
- Rosenstein, D. S., & Horowitz, H. A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 244–253.
- Schlinder, A., Thomassius, R., Sack, P. M. et coll. (2005). Attachment and substance use disorder: A review of the literature and a study in drug dependent adolescents. *Attachment and Human Development*, 7, 207–228.

- Wallis, P., & Steel, H. (2001). Attachment representations in adolescence: Further evidence from psychiatric residential settings. *Attachment and Human Development*, 3, 259–268.
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S. et coll. (2000). Attachment patterns in eating disorders: Past in the present. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 370–376.

12 Psychopathologie de l'adulte et attachement

Fabienne Perdereau, Claire Lamas, Isabelle Duquesnoy

Bowlby a très rapidement souligné les implications psychopathologiques des dysfonctionnements plus ou moins précoces de l'attachement. Dans la mesure où le vécu de sécurité, un des objectifs du système d'attachement, est aussi un des régulateurs de l'expérience émotionnelle et des modalités relationnelles interpersonnelles, le système d'attachement est sollicité par de nombreux troubles mentaux (Fonagy et coll., 2000). Dans la psychopathologie de l'adulte, il intervient comme facteur de vulnérabilité ou de résilience.

Dans ce chapitre, nous étudierons les liens entre l'attachement et les troubles mentaux (anxio-dépressifs, addictions, troubles psychotiques) ainsi que ses rapports avec les troubles de la personnalité.

Apport de la théorie de l'attachement aux troubles anxio-dépressifs

Troubles dépressifs

Études « historiques »

Bowlby suggère, dès 1980, que trois types de circonstances sont plus à risque d'être associées au développement ultérieur d'une dépression : la mort d'un parent pendant l'enfance, l'impossibilité pour l'enfant de développer, avec ses figures parentales, une relation sécurisée et par conséquent, un modèle de soi de bonne qualité, la présence de parents indisponibles. On a alors souligné les ponts entre cette théorie et celle de Seligman sur l'impuissance apprise.

Harris et Bifulco (1991) intègrent ces données dans un modèle étiologique plurifactoriel de la dépression. Parmi les expériences de perte identifiées comme agent provoquant et comme facteur de vulnérabilité d'un épisode dépressif à l'âge adulte, deux concernent la théorie de l'attachement : l'absence de relation de confiance avec le partenaire et la perte de la mère avant l'âge de onze ans. L'étude du processus selon lequel la perte de la mère pendant l'enfance est liée avec la dépression chez l'adulte prend en compte l'adéquation et la continuité des soins que l'enfant reçoit après cette perte (Harris et coll., 1990).

Parkes (1991), dans son étude rétrospective sur des sujets venus consulter pour des troubles survenus a priori à la suite d'un deuil, définit deux types de vulnérabilités liées à l'enfance des sujets. L'« inquiétude apprise » prédispose aux troubles anxieux et l'« impuissance apprise » aux troubles dépressifs. L'auteur a isolé chez l'enfant des facteurs prédictifs de l'état d'impuissance : la perte d'un parent avant l'âge de dix-sept ans, des parents indisponibles ou moquant et rejetant. Les facteurs prédictifs d'anxiété seraient plus le fait d'avoir des parents anxieux et en conflit. Il suggère donc que les *patterns* d'attachement formés pendant l'enfance colorent les liens entre adultes et influencent alors indirectement les réactions à la perte et à la rupture de ces liens.

Études récentes

Il semble qu'il existe un lien entre insécurité de l'attachement (quel que soit le type de mesure choisi) et une vulnérabilité accrue des sujets adultes aux troubles dépressifs, quel qu'en soit le type (dépressions dysthymique, trouble dépressif majeur, troubles bipolaires de type I (Bifulco et coll., 2002 ; Moriss et coll., 2009 ; Marazziti et coll., 2007 ; West et George, 2002). Dans une méta-analyse récente portant sur les études utilisant l'AAI, Bakermans-Kranenburg et coll. (2009) confirment le lien entre état d'esprit non sécure (mêlant détachés et préoccupés) et dépression. Cette hétérogénéité pourrait s'expliquer par le polymorphisme de la symptomatologie des troubles dépressifs.

Troubles anxieux

Troubles anxieux « classiques »

Toutes les formes d'anxiété seraient, d'après Bowlby, en relation avec l'attente de disponibilité de la figure d'attachement. Les troubles anxieux, bien que très hétérogènes, sont remarquables par le lien établi entre l'attachement de l'enfant, qualifié de résistant, et le développement de troubles anxieux à l'adolescence (Warren et coll., 1999). L'agoraphobie a été le premier trouble anxieux étudié à la lumière de la théorie de l'attachement. Au-delà de ses traits comportementaux (évitement de la solitude, situations de détresse dans les lieux où l'accès rapide à un lieu familier et sûr est impossible), on isole des éléments singuliers : on retrouve fréquemment, dans les événements de vie précédant le début des troubles, des situations de perte ou de séparation, impliquant un changement dans les relations du sujet ; celui-ci étant « aveugle » au sens de ses émotions (ses symptômes sont liés à une maladie indépendante de sa vie interpersonnelle et de ses expériences). Un attachement insécure, construit pendant l'enfance et conduisant à l'utilisation de l'exclusion défensive comme protection face au conflit insoluble pour le sujet entre la satisfaction de ses besoins d'attachement et les réponses de son environnement, semble jouer un rôle de vulnérabilité aux troubles

(Liotti, 1991). Des études plus récentes se sont particulièrement intéressées à l'anxiété généralisée et à la phobie sociale et montré le lien entre les indicateurs d'attachement anxieux et ces troubles (Cassidy et coll., 2009).

Syndrome de stress post-traumatique

Confrontées au même événement traumatique (accident, catastrophe naturelle...), certaines personnes ont la capacité de mobiliser des ressources internes et externes qui leur permettront d'échapper à des séquelles psychiques importantes alors que d'autres seront amenés à souffrir parfois à long terme des suites de ce traumatisme. Cette souffrance s'organise le plus souvent sous la forme d'un état de stress post-traumatique. Selon le DSM, ce trouble comporte des symptômes d'intrusion (comme la reviviscence de la scène traumatique), des symptômes d'évitement et d'émoussement (retrait social) ainsi que des symptômes neuro-végétatifs (troubles du sommeil).

La sécurité de l'attachement ferait partie des éléments protecteurs du développement d'un tel trouble. Les sujets sécures sont mieux équipés pour assurer la métabolisation de l'expérience traumatisante. En effet, l'attachement anxieux facilitera la reviviscence de l'expérience traumatique ainsi que les sentiments de n'être ni entendu ni aidé dans sa souffrance alors que l'attachement évitant prédisposerait à dénier le trauma et à majorer les symptômes d'émoussement et d'évitement (Mikulincer et Shaver, 2007).

Théorie de l'attachement et troubles addictifs

Conduites addictives

Les conduites addictives, comme l'ensemble des troubles psychopathologiques, sont associées à un attachement insécure (Mikulincer et Shaver, 2007 ; Schlinder et coll., 2005, 2009). La faible occurrence des attachements sécures parmi les consommateurs de drogues suggère que la sécurité de l'attachement constitue une forme de protection vis-à-vis de ces conduites.

Conduites addictives et styles d'attachement

Certaines études ont exploré la relation entre conduites addictives en général et des *patterns* spécifiques d'attachement insécure. Les études utilisant l'AAI retrouvent des résultats peu reproductibles avec principalement des représentations évitantes (Allen et coll., 1996), évitantes et préoccupées (Rosenstein et Horowitz, 1996), préoccupées et non résolues (Fonagy et coll., 1996) et irrésolues (Riggs et Jacobvitz, 2002). Les études procédant à l'aide d'auto-questionnaires retrouvent principalement un lien avec un style d'attachement évitant (Finzi-Dottan et coll., 2003 ; Mickelson et coll., 1997) ou un *pattern* évitant craintif (Schlinder et coll. (2005), qui sont assez proches.

Empiriquement, le lien le mieux documenté est celui entre abus de substances et attachement craintif évitant. Ce concept d'attachement craintif évitant est développé par Bartholomew (voir *l'Attachement : approche théorique*, chapitre 8). Shaver et Mikulincer (2002) soulignent la différence entre « évitant » et « craintif évitant » ; alors que l'attachement évitant implique un fonctionnement adéquat de stratégies de désactivation et d'inhibition des indices de peur et des besoins d'attachement, l'évitement craintif pourrait impliquer le collapsus de ces stratégies dans des conditions de stress extrêmes. Les individus évitant craintifs veulent être proches des figures d'attachement, mais se sentent simultanément incapables de leur faire confiance et de compter sur elles. Cela sollicite l'activation permanente du système d'attachement alors que les stratégies comportementales suggèrent la désactivation. Les individus craintifs semblent percevoir la détresse liée à l'attachement de la manière dont le font les individus préoccupés, si ce n'est qu'ils ne voient pas la recherche de proximité comme solution et n'adoptent pas une stratégie d'hyper activation. Ils ne semblent pas avoir de stratégies d'attachement pour gérer la détresse émotionnelle. Quand ces individus ont réalisé qu'ils sont capables de « soigner » leur détresse, l'abus de substance deviendrait une manière attractive de gérer la détresse émotionnelle (Schlinder et coll., 2009).

Styles d'attachement et types d'addiction

Hypothèses théoriques

Les substances psycho-actives ont des effets communs. Elles stimulent les circuits de la récompense, ont un impact sur les états affectifs et le niveau d'activation physiologique et sont potentiellement addictives. Mais il existe une grande variété de substances que l'on peut différencier. Les substances sédatives (alcools, opioïdes, cannabis, benzodiazépines) conduisent à une désactivation physiologique et émotionnelle, à une inhibition des processus cognitifs et à un retrait social dont les effets de désactivation et retrait pourraient être recherché par les individus évitants. Les substances stimulantes (cocaïne, amphétamines, ecstasy) activent les processus cognitifs, affectifs et physiologiques, conduisant à des distorsions dans la perception de la réalité. Les consommateurs perçoivent de manière subjective une facilitation des rapports sociaux, mais l'abus prolongé conduit à un retrait social. Les stimulants pourraient être plus attractifs pour les individus préoccupés avec des stratégies d'hyper-activation et de recherche de proximité (Schlinder et coll., 2009).

Études expérimentales

Toutefois, aucune étude ne compare les différents abus de substances. Seules quelques études mentionnent les substances utilisées – uniquement alcool et héroïne. Les résultats pour l'alcool sont peu reproductibles, et pour

l'héroïne, en faveur d'un profil évitant craintif. Schlinder et coll. (2009) réalise une étude intéressante au sens où ils retrouvent des représentations d'attachement différentes selon les substances consommées avec des héroïnomanes évitants craintifs, des abuseurs de cannabis évitants et sécures et des contrôles sécures. Les groupes diffèrent également en fonction de leur fonctionnement global meilleur pour les consommateurs de cannabis que pour les héroïnomanes.

Troubles des conduites alimentaires (TCA)

Les résultats des études étudiant les liens entre attachement et TCA diffèrent, mais les comparaisons sont rendues difficiles par des différences méthodologiques.

En population générale, les travaux (Evans et Wertheim, 1998 ; Sharpe et coll., 1998) montrent un lien entre un attachement non sécure et les préoccupations concernant le poids ou l'alimentation ainsi qu'avec une faible estime de soi.

En population clinique, certaines études ont utilisé l'AAI (Fonagy et coll., 1996 ; Candelori et Ciocca, 1998 ; Ramacciotti et coll., 2001). Les tailles des échantillons sont assez faibles pour chacune d'entre elles et fort inhomogènes, mêlant hommes et femmes aux pathologies variées : anorexie restrictive ou purgative, boulimie purgative ou non et TCA non spécifique. Ces travaux mettent en évidence une forte proportion de patients ayant un état d'esprit vis-à-vis de l'attachement actuellement non sécure sans que l'on puisse conclure au vu des effectifs à la prépondérance d'un style d'attachement pour un type de trouble.

D'autres études utilisent des outils de mesure du courant psycho-social sur des échantillons de taille plus élevée et trouvent une surreprésentation des traits de type anxieux et évitant chez les anorexiques comme chez les boulimiques (Ward et coll., 2000a et b ; Tereno et coll., 2008). Le niveau d'insécurité serait lié à l'intensité de l'insatisfaction concernant l'image du corps ainsi qu'au niveau d'anxiété de, que ce soit chez les anorexiques ou les boulimiques (Troisi et coll., 2006).

Les sujets souffrant de TCA ont donc très majoritairement un attachement non sécure, sans qu'une relation soit établie entre les différentes symptomatologies et les catégories d'attachement. Des études prospectives commencent également à s'intéresser à la valeur prédictive et à l'impact des stratégies thérapeutiques en fonction du *pattern* d'attachement. Ainsi, Tasca et coll. (2004) ont étudié la compliance aux soins de patients adultes souffrant d'anorexie restrictive ou purgative. Les scores élevés d'évitement sont corrélés avec une fin des soins prématurée chez les sujets atteints d'anorexie purgative, mais pas chez les sujets atteints d'anorexie restrictive.

Troubles psychotiques

Les troubles psychotiques, dans leur lien avec la problématique d'attachement, ont donné lieu à moins d'études que les autres troubles psychopathologiques. Cet intérêt modéré et plus tardif est probablement lié à plusieurs facteurs. Tout d'abord, dans les hypothèses étiologiques de ces troubles, le poids des facteurs génético-biologiques est important, incitant plus aux recherches dans ce type de domaines. Ensuite, devant les dysfonctionnements cognitifs auxquels ils sont liés, la pathologie psychotique interroge la pertinence des outils d'évaluation de l'attachement, classiquement utilisés dans des populations non cliniques. Ainsi, dans une transcription issue de l'AAI, la présence de troubles du cours de la pensée ou des croyances déréelles (concernant une personne décédée par exemple) peut amener à considérer l'état d'esprit évalué comme « non résolu » alors que troubles du cours de la pensée et conviction délirante font partie intégrante du tableau clinique classique de la schizophrénie. (Berry et coll., 2007a). Ce dernier a justement élaboré un instrument de mesure de l'attachement spécifiquement destiné aux adultes atteints de troubles psychotiques.

L'AAI a cependant été utilisé dans ce type de population clinique avec les travaux pionniers de l'équipe de Dozier et coll. (1999, 2001). Ils ont montré un niveau d'insécurité plus élevé dans la population clinique que dans la population générale, ainsi qu'un plus haut niveau de détachement que chez des sujets atteints de troubles affectifs. Cette surreprésentation d'états d'esprit détachés ainsi que d'états d'esprit non résolus quant à l'attachement est retrouvée chez des sujets schizophrènes par Tyrell et coll. (1999). Ces résultats (sur représentations des états d'esprit insécures) sont retrouvés sur une population d'adultes autistes de haut niveau (Taylor et coll., 2008).

Parmi les éléments prédictifs de l'évolution des troubles psychotiques, les liens interpersonnels et familiaux semblent jouer un rôle judicieusement éclairé par la théorie de l'attachement. Ainsi, Berry et coll. (2007b) confirment le faible réseau social ainsi que le peu de relations proches des patients schizophrènes. Ce faible réseau social peut être un désavantage en ne permettant pas au patient d'accéder à une relation d'aide en cas de détresse, mais il évite aussi la complexité d'avoir plusieurs repères de sécurité qui, particulièrement chez ces sujets, peuvent être difficiles à gérer. Enfin, tout comme pour les autres troubles psychopathologiques, les modalités d'attachement ont un impact sur la compliance aux soins, l'insécurité étant liée à un moindre engagement dans les soins (Tait et coll., 2004).

Troubles des conduites, conduites délinquantes, psychopathie

Ces troubles restent encore peu étudiés chez l'adulte. Les études constatent une surreprésentation (trois fois plus qu'en population normale) des sujets avec un état d'esprit évitant par rapport à l'attachement et par rapport aux expériences liées à l'attachement, une surreprésentation de sujets ayant un état d'esprit non classifiable ou irrésolu quant au trauma ou à l'abus précoce, contrastant avec l'absence de sujets ayant un état d'esprit autonome/sécure (Bakermans-Kranenburg et Van IJzendoorn, 2009 ; Fonagy et coll., 1996). Une étude sur des patients ayant commis des actes médico-légaux et des prisonniers montre une surreprésentation du style craintif (Timmerman et Emmelkamp, 2006).

Apport de la théorie de l'attachement aux troubles de la personnalité

Trouble de personnalité *borderline*

Les travaux concernant les liens entre états limites et attachement suivent plusieurs voies simultanées. Ils ont été favorisés par le repérage au sein de la symptomatologie des personnalités limites de symptômes particulièrement pertinents pour la théorie de l'attachement (West et coll., 1993). Trois des critères principaux du DSM-IV sont en rapport avec un mode de relations interpersonnelles instables et intenses : efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginaires, instabilité marquée et persistante de l'image ou notion de soi, instabilité affective. De même, on a vite remarqué les similitudes entre certaines des caractéristiques de fonctionnement des *patterns* ambivalent/préoccupé et le fonctionnement observé chez les états limites : vérifier la proximité, envoyer les signaux de recherche de contact et d'attention, rechercher l'aide pour ne pas s'en servir, s'accrocher à l'autre.

Les études sur les antécédents des sujets états limites montrent de manière quasi consensuelle la fréquence significativement plus élevée d'expériences traumatiques (Paris et coll., 1993) : les abus sexuels précoces (Ogata et coll., 1990), la négligence émotionnelle (Patrick et coll., 1994) et les séparations prolongées avec la figure d'attachement (Zanarini et coll., 1989) semblent jouer un rôle dans le développement et la sévérité des troubles limites de la personnalité. Liotti et Pasquini (2000) concluent que les expériences traumatiques précoces et un deuil chez la figure d'attachement dans les deux années entourant la naissance du sujet sont des facteurs de risque indépendants de développer un trouble limite de la personnalité.

En étudiant les styles d'attachement, West et Keller (1994) isolent quatre critères reliés au trouble limite de la personnalité : peur de la perte, recherche d'une base de sécurité, recherche compulsive de soins et retraits coléreux. Ces deux derniers représentent, d'après les auteurs, les styles défensifs utilisés contre un attachement insécure anxieux.

Les études portant sur l'état d'esprit par rapport à l'attachement (à partir de l'AAI) retrouvent plus fréquemment la catégorie préoccupée (Fonagy et coll., 1996 ; Bakermans-Kranenburg et coll., 2009) qu'en population non clinique, et quand la distribution à quatre catégories est utilisée, l'attachement non résolu est aussi significativement surreprésenté comparé à la distribution en population non clinique. Fonagy et coll. (2000) montrent aussi chez les sujets souffrant d'un trouble limite une réduction impressionnante de leurs capacités réflexives. Les auteurs font une double proposition : les individus qui ont expérimenté des traumatismes précoces peuvent précocement inhiber de manière défensive leur capacité de mentalisation ; certaines caractéristiques du trouble de la personnalité sont liées à cette inhibition : les relations intimes sont particulièrement dangereuses, car elles réveillent des modèles précoces. Un certain nombre d'auteurs traduisent ainsi l'état limite comme en partie expliqué par un ensemble de stratégies de maximisation du système d'attachement associé à l'expérience irrésolue d'abus (Fonagy et coll., 2000 ; Dozier et coll., 1999).

Attachement et autres troubles de la personnalité

Un certain nombre d'études ont montré qu'il existe une association significative entre les indicateurs d'attachement insécure chez l'adulte et les diagnostics de troubles de la personnalité (Riggs et coll., 2007). Il semble en particulier que la dimension d'évitement de l'attachement soit plutôt associée aux troubles de la personnalité caractérisés par une vue des autres négative (personnalité évitante ou paranoïde), avec les troubles de la personnalité caractérisés par la restriction de la gamme des interactions sociales (personnalité évitante, schizoïde ou schizotypique) et par l'anxiété sociale (personnalité évitante ou schizotypique). La dimension d'anxiété dans l'attachement est associée avec les diagnostics de troubles de la personnalité caractérisés par des besoins excessifs d'attention et de soutien des autres et des sentiments d'intolérance à la solitude (personnalité dépendante, personnalité histrionique) et d'intolérance à l'abandon (personnalité *borderline*, comme on l'a vu plus haut) (Fossati et coll., 2003).

Conclusion

La théorie de l'attachement semble une voie actuelle de réflexion prometteuse dans la compréhension de la psychopathologie de l'adulte. Certains faits sont indiscutables : toute perte d'une figure parentale dans l'enfance

augmente le risque de survenue de nombreux troubles mentaux (dépression, anxiété, personnalité antisociale). En population clinique, et ce, quelque que soit le trouble considéré, l'insécurité, les états esprit non résolu, « non classifiable », ou encore le style craintif-évitant sont largement majoritaires.

Les troubles dits « internalisés », comme le trouble de personnalité *borderline*, seraient plutôt retrouvés chez des sujets ayant un état d'esprit « préoccupé » alors que les troubles externalisés seraient plus en lien avec l'état d'esprit « détaché ». Cependant, la plupart des études n'ont pris en compte que récemment les catégories « non classifiable » ou « non résolu », qui semblent pourtant être primordiales dans le registre de la pathologie. De plus, la plupart des études sont des études « cas-témoins » ne permettant guère une interprétation étiologique.

Même si l'insécurité de l'attachement ou sa non-organisation se situe la plupart du temps dans un registre adaptatif et non pathologique, elle restreint l'individu dans la flexibilité de ses réponses émotionnelles face aux événements de la vie et elle entrave sa capacité à pouvoir solliciter et profiter d'une aide apportée par autrui. Les stratégies d'interaction et de compréhension de l'environnement sont souvent rigides et peuvent devenir inadéquates, favorisant ainsi un certain nombre de symptômes.

Actuellement, les voies de recherche les plus pertinentes semblent celles s'intéressant à l'attachement comme un élément prédictif de bonne réponse à certains types d'intervention thérapeutiques ou de devenir. Cependant, ces études prospectives sont difficiles à mettre en place et elles sont encore trop peu nombreuses.

Références

- Allen, J. P., Hauser, S. T., & Borman-Spurrell, E. (1996). Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: An 11-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 254-263.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment and Human Development*, 11, 223-263.
- Berry, K., Barrowclough, C., & Wearden, A. (2007a). A review of the role of adult attachment style in psychosis: unexplored issues and questions for further research. *Clinical Psychology Review*, 27, 458-475.
- Berry, K., Barrowclough, C., & Wearden, A. (2007b). Adult attachment styles and psychosis: an investigation of associations between general attachment styles and attachment relationships with specific others. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 972-976.
- Bifulco, A., Moran, P. M., Ball, C. et coll. (2002). Adult attachment style, I: Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 50-59.

- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, vol. 3: Loss: sadness and depression*. New York : Basic Books. Trad. franç. (1984). *Attachement et perte, tome 3 : La perte : tristesse et dépression*. Paris : PUF
- Candelori, C., & Ciocca A. (1998). Attachment and eating disorders. In P. Bria, A. Ciocca, S. de Riso (dir.), *Psychotherapeutic issues on eating disorders: Models, methods, and results* (p. 139–153). Rome : Societa Editrice Universo.
- Cassidy, J., Lichtenstein-Phelps, J., Sibrava, N. J. et coll. (2009). Generalized anxiety disorder: connections with self-reported attachment. *Behavioral Therapy*, 40, 23–38.
- Dozier, M., Lomax, L., Tyrrell, C. L. et coll. (2001). The challenge of treatment for clients with dismissing states of mind. *Attachment and Human Development*, 3, 62–76.
- Dozier, M., Stovall-McClough, K. C., & Albus, K. (2008) Attachment and psychopathology in adulthood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2^e éd., p. 718–744). New York : Guilford Press.
- Evans, L., & Wertheim, E. H. (1998). Intimacy patterns and relationship satisfaction of women with eating problems and the mediating effects of depression, trait anxiety and social anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 355–365.
- Finzi-Dottan, R., Cohen, O., Iwaniec, D. et coll. (2003). The drug-user husband and his wife : Attachment styles, family cohesion and adaptability. *Substance Use and Misuse*, 38, 271–292.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M. et coll. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22–31.
- Fonagy, P., Target, M., & Gergely, G. (2000). Attachment and borderline personality disorder: A theory and some evidence. *The Psychiatric clinics of North America*, 23, 103–122.
- Fossati, A., Feeney, J. A., Donati, D. et coll. (2003). Personality disorders and adult attachment dimensions in a mixed psychiatric sample : a multivariate study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 30–37.
- Harris, T. O., & Bifulco, A. (1991). Loss of parent in childhood, attachment style and depression in adulthood. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris, (dir), *Attachment across the life cycle* (p. 234–267). New York : Tavistock-Routledge.
- Harris, T. O., Brown, G., & Bifulco, A. T. (1990). Depression and situational helplessness/mastery in a sample selected to study childhood parental loss. *Journal of Affective Disorders*, 20, 27–41.
- Liotti, G. (1991). Insecure attachment and agoraphobia. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris, (dir), *Attachment across the life cycle* (p. 216–233). New York : Tavistock-Routledge.
- Liotti, G., & Pasquini, P. (2000). Predictive factors for a borderline personality disorder: Patients early traumatic experiences and losses suffered by the attachment figure. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 282–289.
- Marazziti, D., Dell'Osso, B., Catena Dell'Osso, M. et coll. (2007). Romantic attachment in patients with mood and anxiety disorders. *CNS spectrums*, 12, 751–756.
- Mickelson, K. D., Kessler, R. C., & Shaver, P. R. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1092–1106.

- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: structure, dynamics and change*. New York : Guilford Press.
- Morris, R. K., Van Der Gucht, E., Lancaster, G. et coll. (2009). Adult attachment in bipolar 1 disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, research and practice*, 82, 267–277.
- Ogata, S. N., Silk, K. R., & Goodrich, S. (1990). Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *American of psychiatry*, 147, 1008–1013.
- Paris, J., Zweig-Frank, H., & Guzder, H. (1993). The role of psychological risk factors in recovery from borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 410–413.
- Parkes, C. M. (1991). Attachment, bonding and psychiatric problems after bereavement in adult life. In C. Murray, J. S. Parkes, J. Stevenson-Hinde, et coll. (dir.), *Attachment across the life cycle* (p. 268–292). Londres : Routledge.
- Patrick, M., Hobson, R. P., Castle, D. et coll. (1994). Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Development and psychopathology*, 6, 375–388.
- Ramacciotti, A., Sorbello, M., Pazzagli, A. et coll. (2001). Attachment processes in eating disorders. *Eating Weight Disorders*, 6, 166–170.
- Riggs, S. A., & Jacobvitz, D. (2002). Expectant parents' representations of early attachment relationships: associations with mental health and family history. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 195–204.
- Riggs, S. A., Paulson, A., Tunnell, E. et coll. (2007). Attachment, personality, and psychopathology among adult inpatients: self-reported romantic attachment style versus Adult Attachment Interview states of mind. *Development and Psychopathology*, 19, 263–291.
- Rosenstein, D. S., & Horowitz, H. A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 244–253.
- Schlinder, A., Thomassius, R., Petersen, K. et coll. (2009). Heroin as an attachment substitute? Differences in attachment representation between opioid, ecstasy and cannabis abusers. *Attachment and Human Development*, 11, 307–330.
- Schlinder, A., Thomassius, R., Sack, P. M. et coll. (2005). Attachment and substance use disorder: A review of the literature and a study in drug dependent adolescents. *Attachment and Human Development*, 7, 207–228.
- Sharpe, T. M., Killen, J. D., Bryson, S. W. et coll. (1998). Attachment style and weight concerns in preadolescent and adolescent girls. *The International Journal of Eating Disorders*, 23, 39–44.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment and Human Development*, 4, 133–161.
- Tait, L., Birchwood, M., & Trower, P. (2004). Adapting to the challenge of psychosis : Personal resilience and the use of sealing-over (avoidant) coping strategies. *British Journal of Psychiatry*, 185, 410–415.
- Tasca, G., Taylor, D., Ritchie, K. et coll. (2004). Attachment predicts treatment completion in an eating disorders partial hospital program among women with anorexia nervosa. *Journal of Personality Assessment*, 83, 201–212.
- Taylor, E. L., Target, M., & Charman, T. (2008). Attachment in adults with high-functioning autism. *Attachment & Human Development*, 10, 143–163.

- Tereno, S., Soares, I., Martins, C. et coll. (2008). Attachment styles, memories of parental rearing and therapeutic bond: A study with eating disordered patients, their parents and therapists. *European Eating Disorders Review*, 16, 49–58.
- Timmerman, I. G., & Emmelkamp, P. M. (2006). The relationship between attachment styles and Cluster B personality disorders in prisoners and forensic inpatients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 48–56.
- Troisi, A., Di Lorenzo, G., Alcini, S., Nanni, R. C. et coll. (2006). Body dissatisfaction in women with eating disorders: relationship to early separation anxiety and insecure attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68, 445–449.
- Tyrrell, C. L., Dozier, M., Teague, G. B. et coll. (1999). Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders: The importance of attachment states of mind. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 725–733.
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S. et coll. (2000a). Attachment patterns in eating disorders: Past in the present. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 370–376.
- Ward, A., Ramsay, R., & Treasure, J. (2000b). Attachment research in eating disorders. *The British Journal of Medical Psychology*, 73, 35–51.
- West, M., & Keller, A. (1994). Psychotherapy strategies for insecure attachment in personality disorders. In M. B. Sperling, W. H. Berman (dir), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (p. 72–97). New York : Guilford Press.
- West, M., Keller, A., Links, P. et coll. (1993). Borderline disorder and attachment pathology. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38 (suppl. 1), 16–22.
- West, M., & George, C. (2002). Attachment and dysthymia: the contributions of preoccupied attachment and agency of self to depression in women. *Attachment and Human Development*, 4, 278–293.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Marino, M. F. et coll. (1989). Childhood experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 18–25.

13 **Attachement : médecine somatique et troubles psychiatriques à expression somatique**

Catherine Attale, Nicole Guédénéy

Ce chapitre fait le point sur les travaux actuels liant le concept d'attachement et le fonctionnement somatique ; l'insécurité de l'attachement pourrait en effet avoir un potentiel négatif concernant la santé physique d'un individu tout au long de sa vie. Les principaux domaines explorés ont été les liens entre le style d'attachement d'un individu et les réponses au stress, ceux avec les maladies somatiques ou avec les comportements de santé comme la recherche d'aide auprès de professionnels, l'utilisation des systèmes de soins, la relation médecin-malade ou l'observance thérapeutique. Plus récemment, les troubles somatoformes et l'hypocondrie ont également attiré l'attention des chercheurs ainsi que le concept d'alexithimie.

Attachement et médecine somatique

Attachement et stress en médecine somatique

Perturbations dans la réponse au stress

Les perturbations de l'éveil (*arousal*) et de la récupération au sein des systèmes physiologiques ont été décrites en détail dans *L'Attachement : approche théorique*, chapitre 9. L'insécurité de l'attachement contribuerait au risque de développement de maladies par le biais de plusieurs mécanismes, en particulier celui des « régulateurs cachés » des relations d'attachement. Les travaux de Hoffer (1995) ont montré le rôle des interactions mère-petit sur la régulation physiologique du bébé rat. Chez l'être humain, l'autonomie du fonctionnement physiologique nécessite le passage d'un système de régulation interdépendante mère-enfant à une autorégulation interne, relativement indépendante, des fonctions physiologiques, processus sous l'influence de facteurs génétiques et interactifs. Les mêmes processus d'engagement mutuel et d'interaction qui servent initialement à maintenir la proximité constituent les prérequis essentiels pour construire autant une

sécurité émotionnelle liée à l'attachement qu'une autorégulation physiologique. L'intrication développementale de ces deux processus va permettre *in fine* à l'individu de maintenir une homéostasie et de manifester une réponse physiologique lors d'une menace extérieure ou de représentations liées à la menace. Nous avons vu dans *l'Attachement : approche théorique* (chapitres 3 et 9) le rôle, par exemple, de l'ocytocine, véritable « hormone du lien » qui joue également un rôle dans la régulation de la réponse au stress (avec un effet apaisant) et stimule l'immunité.

Attachement et réactions au stress en médecine somatique

Le style d'attachement chez l'adulte reste lié aux systèmes psychologiques et biologiques qui régulent la menace, la réponse au stress, et la récupération après un stress.

Des mesures physiologiques du stress ont été effectuées sur des modèles animaux. Liu et coll. (1997), ont montré une dysrégulation de l'axe adrénocortico-pituitaire en réaction à un stress aigu chez les rats adultes ayant subi une carence de soins. Chez l'homme, plusieurs études ont mis en évidence la relation entre un style d'attachement insécure et l'intensité des réponses de l'axe corticotrope et du système cardiovasculaire au stress, chez l'enfant et chez l'adulte. Lors de la Situation étrange, le rythme cardiaque des enfants insécures évitants resterait élevé, après la réunion avec le parent, plus longtemps que celui des enfants sécures ou anxieux-ambivalents, alors même qu'ils semblaient moins anxieux sur le plan comportemental lors de la séparation de la mère et de la venue de l'étranger ; de même, une hyperactivité adrénocorticale au stress a été observée chez les enfants ambivalents (Spangler et Schieche, 1998). Chez les adolescents, des différences de la pression artérielle différentielle ont été retrouvées en réponse aux interactions sociales selon les styles d'attachement (Gallo et Matthews, 2006).

Ces différences individuelles de régulation sont le prototype de régulation dysfonctionnelle, qui à long terme peut aboutir à des effets délétères sur la santé physique. Chez des adultes sains, Maunder et coll. (2006) ont montré que l'évitement est associé à un tonus vagal plus faible, qui constitue un frein puissant de l'accélération du rythme cardiaque et représente donc un indicateur de la capacité individuelle à moduler les états d'excitation ; or on sait qu'un déficit dans la capacité de réduction efficace de la tachycardie est associé à une mortalité précoce (Nishime et coll., 2000).

Un attachement insécure favorise une perception accrue du stress et entraîne des perturbations de la physiologie du stress. Les modèles internes opérants vont permettre à l'individu d'élaborer des stratégies d'adaptation face à la menace ou au stress perçus, afin de maintenir la proximité avec des figures de confiance. Les personnes au style d'attachement préoccupé ont une perception de leur propre vulnérabilité pouvant entraîner un seuil

d'activation plus bas de leur système d'attachement. Leur vulnérabilité et leur attention au stress sont si intenses que les sensations intéroceptives sont perçues comme des menaces potentielles (Stuart et Noyes, 1999). Mikulincer et son équipe, en Israël (1993, 1998), ont étudié des groupes de soldats. Ils ont constaté un lien entre style d'attachement et intensité du stress perçu. Les sujets insécures étaient plus enclins à somatiser leur anxiété ; les sujets ambivalents avaient tendance à être plus anxieux et déprimés que les autres et à « ruminer » à propos de la guerre, tandis que les hommes évitants tendaient de prendre leurs distances par rapport à la situation. En période d'entraînement, les soldats préoccupés percevaient de manière plus intense que les soldats sécures ou évitants les stimuli de menace et de danger.

Attachement, soutien social et médecine somatique

La théorie de l'attachement, avec la notion de « sécurité ressentie », éclaire la complexité des relations entre soutien social et santé physique. Le style d'attachement influence les différentes modalités de recherche de soutien social en cas de stress ou de menace. Les individus sécures vont volontiers chercher de l'aide en cas de détresse, manifestant des attentes positives concernant la disponibilité et l'efficacité du soutien social. Les individus évitants gardent une distance interpersonnelle et préfèrent ne compter que sur eux-mêmes. Les individus préoccupés recherchent peu d'aide auprès de leur réseau social, par peur d'une indisponibilité ou d'un rejet. Le rôle des figures d'attachement du sujet semble crucial ; en particulier, l'ajustement entre les styles d'attachement de partenaires d'attachement commence à être exploré. Mikail (2003) a, par exemple, montré qu'un patient souffrant de douleurs chroniques et anxieux (qui est donc dépendant et demandeur), s'il est soigné par une épouse évitante qui n'est pas à l'aise avec des manifestations de détresse et de dépendance, aura plus de difficultés dans la gestion de sa douleur.

Attachement et maladie somatique, comportements dits « de santé »

Médecine générale

Les dispositifs médicaux enregistrent les signes de détresse sous différentes formes : détresse psychologique, plaintes somatiques inexpliquées et, surtout, mode global d'utilisation des systèmes de soins (Taylor et coll., 2000). Les dimensions d'évitement et d'anxiété éclairent de manière novatrice les attitudes des malades vis-à-vis du système de santé en général. On constate ainsi que l'insécurité d'attachement, et particulièrement l'évitement, semble surreprésentée dans les populations malades par rapport aux sujets sains (Picardi et coll., 2005).

En médecine générale, Zech et coll. (2006) trouvent une association entre attachement évitant et problèmes physiques, ainsi qu'une association entre attachement anxieux et problèmes psychologiques. La réaction des patients à la douleur physique a aussi été particulièrement étudiée. Les patients au style d'attachement anxieux ont une perception subjective de la douleur beaucoup plus forte (McDonald et Kingsbury, 2006). Ceci a été constaté dans différentes pathologies (pathologie rhumatismale, McWilliams et coll., 2000 ; psoriasis, Picardi et coll., 2005). Les patients lui donnent facilement une signification de menace potentielle au lieu de celle d'un indice d'un dysfonctionnement somatique (Meredith et coll., 2006).

Attachement et diabète

Les sujets diabétiques sont une population de malades chroniques particulièrement étudiée, en particulier par Ciechanowski et son équipe (2002a, b, 2003, 2006). Ceux-ci ont montré plusieurs résultats intéressants pour mieux comprendre comment l'attachement peut éclairer la relation malade-médecin. Par exemple, l'utilisation des systèmes de soins varie en fonction des styles d'attachement. Les patients insécures, préoccupés et craintifs, ont plus de plaintes somatiques, et les patients préoccupés utilisent beaucoup plus les systèmes de soins, ce qui entraîne un coût de santé plus élevé. Les patients craintifs, qui éprouvent des niveaux élevés d'anxiété et d'évitement, sont souvent dans de grands états de souffrance qui ne sont pas soulagés par les interventions basées sur une collaboration médecin-patient. Cette équipe a également montré l'association entre le style d'attachement et la qualité de l'observance des soins. Les patients sécures ont un meilleur équilibre glycémique (témoin d'une bonne observance) et une meilleure alliance thérapeutique avec leur médecin que les diabétiques insécures évitants. On remarque aussi une association entre le style d'attachement et la régularité des rendez-vous médicaux (observance) : les patients diabétiques au style d'attachement préoccupé ont plus de rendez-vous de consultation (programmés ou non) ; les patients au style craintif demandent davantage de rendez-vous le jour même (consultations non programmées), mais n'honorent pas leurs rendez-vous fixés, ce qui traduit leur problématique approche-évitement dans les interactions avec les personnes « importantes » : ils peuvent rechercher l'aide des médecins, exprimer des besoins et des problèmes, mais restent foncièrement craintifs et incapables de faire confiance aux autres. Les patients au style d'attachement évitant ratent également davantage leurs consultations programmées. Enfin, les patients diabétiques craintifs ont plus souvent une attitude catastrophiste concernant leurs problèmes médicaux.

Attachement et comportements à risque

Comme il a été vu dans le chapitre 12, il semble que les styles d'attachement insécures soient associés à des comportements à risque potentiel de

type addictif (prise de toxiques, troubles du comportement alimentaire, comportements sexuels à risque) ; ces comportements sont mis en place pour réguler l'intensité de certains affects : ils peuvent apaiser, distraire ou exciter. Les études récentes de [Schindler et coll. \(2009\)](#) confirment que les conduites addictives peuvent être considérées comme des modalités de régulation de l'équilibre psychique du sujet face aux menaces de pertes. Mais ces comportements de régulation « externe » des affects représentent aussi des facteurs de risque importants de développement de pathologies somatiques ou psychiques.

On voit combien le repérage des modalités d'attachement des patients en médecine somatique peut aider les professionnels à mieux comprendre certaines réactions par rapport au cadre de soin, et donc à mieux y répondre en gardant à l'esprit qu'il y a dilemme, pour les patients insécures, entre leur désir d'être aidé et la peur de l'être.

Attachement et troubles somatiques : les mécanismes possibles

Études expérimentales

Les études transversales que nous venons de décrire ne permettent pas d'inférer de lien causal entre insécurité de l'attachement et maladie somatique, d'autant qu'il est probable qu'une pathologie chronique avec des conséquences lourdes (stigmatisation, discrimination, isolement social, perte de liens interpersonnels) affecte le style d'attachement d'un individu, dans le sens d'un évitement accru. Deux études longitudinales récentes donnent des réponses complexes à cette question et permettent de mieux comprendre la nature du lien.

L'étude de [Maunder et coll. \(2006\)](#) sur des patients adultes atteints de rectocolite hémorragique, montre une relative stabilité des styles d'attachement sur trente mois d'évolution (avec rémissions et aggravation), et semble donc peu en faveur, chez l'adulte, d'un impact de la maladie sur le style d'attachement. En revanche, l'étude de [Goldberg et coll. \(1991\)](#) sur une cohorte d'enfants atteints de maladies cardiaques congénitales montre que la présence d'une maladie affecte le développement du style d'attachement, qui en retour a un impact sur le cours évolutif de la pathologie. Une majorité de ces enfants sont évitants à l'âge d'un an, ce qui semble traduire l'impact de la maladie chronique sur l'attachement de l'enfant. Par contre, la qualité sécuritaire ou insécuritaire de l'attachement prédit, douze à dix-huit mois plus tard, le caractère favorable ou non de l'évolution : 70 % des enfants sécuritaires avaient amélioré leur fonction cardiaque, contre 30 % des insécures.

Modèles animaux

Ils permettent davantage d'interprétations causales du fait des conditions expérimentales et semblent confirmer un lien positif direct entre la perturbation des relations précoces développementales et le développement d'une altération somatique d'un processus pathologique (McCabe et coll., 2002).

Modèles théoriques intégratifs

On ne connaît pas encore la part de la contribution de l'insécurité de l'attachement aux phénomènes somatiques. En prenant en compte les principaux modèles intégratifs qui sont actuellement proposés pour relier la sécurité de l'attachement avec les réponses à la maladie et à la douleur, nous pourrions résumer les hypothèses actuelles de la manière suivante (Mikail et coll., 1994 ; Maunder et Hunter, 2001, 2008).

On postule l'importance de l'interaction entre événements précipitants (qui entraînent des modifications biologiques) et facteurs de vulnérabilité intrapsychiques et extérieurs. Les MIO influencent les mécanismes de *coping* et l'évaluation du stress, puisqu'ils impliquent des perceptions de soi et des autres, ainsi qu'une susceptibilité individuelle à la peur face à la menace (Schmidt et coll., 2002a). Comme on l'a déjà vu, les interactions répétées avec les figures d'attachement pendant l'enfance forment un ensemble unique d'attentes et de comportements associés à des réponses neurophysiologiques, qui est activé par un stress physique ou émotionnel. Des expériences interactives inadéquates avec les figures d'attachement entraînent une hyper-activation physiologique. La présence de traumatismes non résolus associés à ces interactions contribue à l'établissement d'un syndrome d'hyper-activation chronique. Dans ce modèle, les interactions avec les figures d'attachement indisponibles agissent comme un facteur de vulnérabilité dans la douleur chronique. À l'âge adulte, on postule donc un modèle biopsychosocial de la maladie qui reconnaît trois mécanismes par lesquels un attachement insécuré pourrait contribuer à la maladie : la perturbation de la régulation du stress avec augmentation de la susceptibilité, l'utilisation d'une régulation externe des affects et la non-utilisation des comportements protecteurs.

Attachement et troubles psychiatriques à expression somatique

Attachement et troubles somatoformes

Les troubles somatoformes se caractérisent par l'existence de symptômes physiques pour lesquels aucune explication médicale n'est retenue. Les

patients présentent une détresse somatique marquée et persistante et des comportements spécifiques de recherche de soins : ils se plaignent beaucoup de leurs symptômes et les attribuent à une maladie somatique, tout en refusant que des facteurs psychosociaux puissent être impliqués dans leur souffrance. En résultent des difficultés dans la relation médecin-malade, la demande d'aide sous-jacente aux plaintes du patient n'étant pas comprise par le médecin. Les troubles somatoformes seraient davantage associés à l'attachement évitant (Noyes et coll., 2008).

Attachement et alexythimie

Le déficit de régulation émotionnelle semble au cœur des processus favorisant l'émergence de troubles somatoformes. La théorie de l'attachement insiste sur l'importance du rôle du *caregiver* dans la fonction de régulation des états émotionnels chez l'enfant. L'expression des émotions, et notamment des émotions négatives, constitue un signal important de l'enfant, dont l'objectif est d'amener la proximité du *caregiver*, proximité associée au réconfort et aux soins. Nous avons vu (*l'Attachement : approche théorique, chapitre 20*) comment la capacité du *caregiver* à refléter de façon adéquate les états affectifs de l'enfant amène celui-ci à développer sa propre capacité à représenter, tolérer et réguler ses affects. Un attachement insécure est associé à une déficience dans le traitement, la tolérance et la verbalisation des émotions. Chez les adultes, des liens entre les styles d'attachement et la capacité de représentation des affects ont également été retrouvés ; en particulier, l'attachement insécure est associé à l'alexithymie (Waller et Scheidt, 2006). Nous ne pouvons ici développer la complexité du concept d'alexithymie, que nous résumerons comme un trouble de la régulation affective reflétant des déficits en régulations cognitive et interpersonnelle (Taylor et coll., 1997). Les sujets alexithymiques ont des capacités limitées dans l'utilisation des mécanismes cognitifs pour la compréhension et la régulation des émotions, ce qui induit une amplification ou une mauvaise interprétation des sensations corporelles accompagnant l'éveil émotionnel. La notion de conscience émotionnelle est associée à des schémas cognitifs relatifs au traitement des émotions (ce qui nous évoque les MIO de la théorie de l'attachement). Des schémas cognitifs trop simples réduisent l'expérience des émotions à des sensations somatiques ou à des tendances à l'action, alors que des schémas plus élaborés sont associés à une capacité d'élaboration de l'éveil émotionnel sous forme de sentiments ou d'expériences émotionnelles complexes. Pour Krystal (1997), les symptômes somatoformes résultent d'une altération de l'expérience consciente des affects (concept d'alexithymie), secondaire à des expériences traumatiques ou à des perturbations dans les relations d'attachement précoce. On peut dire actuellement que les champs d'études sur l'alexithymie et

sur l'attachement se rejoignent, les expériences précoces d'attachement représentant l'origine développementale de l'alexithymie de l'adulte. Témoignent de ce rapprochement les études récentes sur l'attachement et la régulation affective chez les patients présentant des troubles somatoformes. Elles trouvent une association entre l'insécurité des styles d'attachement – particulièrement les styles anxieux – et ces troubles (Scheidt et coll., 1999 ; Schmidt, 2003). Plus la dimension d'évitement est importante, plus la conscience émotionnelle est médiocre et associée à un style de pensée orienté sur l'externe (Waller et coll., 2004). Ces données suggèrent que pourrait être individualisé, parmi les patients présentant des troubles somatoformes, un sous-groupe de patients évitants caractérisé par un dysfonctionnement de la régulation émotionnelle associé à une réduction de la conscience émotionnelle et à des stratégies d'attachement évitant (Waller et Scheidt, 2006).

Troubles hypocondriaques

On trouve une surreprésentation des styles insécures, en particulier craintifs et préoccupés, chez les sujets hypocondriaques (Noyes et coll., 2008). Il existe actuellement un modèle interpersonnel de l'hypocondrie qui considère ce trouble comme une forme particulière de recherche de soins chez des patients présentant un attachement insécure anxieux (Schmidt et coll., 2002b). Les plaintes physiques sont en fait une recherche d'aide et de soutien émotionnels auprès de leur famille et des médecins. Malheureusement, ces comportements, du fait de leur inadéquation et de leur persistance, entraînent souvent un rejet de la part des proches et des relations médecin-malade tendues qui accentuent les symptômes hypocondriaques des patients (Noyes et coll., 2003). L'enfance de ces patients est souvent marquée d'expériences traumatiques (abus physiques et sexuels) et les relations avec les parents sont décrites comme négatives ; on peut aussi retrouver une prévalence de maladies dans l'enfance et de comportements parentaux inadéquats – surprotection et encouragement à tenir un rôle de malade (Katon et coll., 2001 ; Craig et coll., 1993 ; Noyes et coll., 2002).

Conclusion

La théorie de l'attachement apporte un éclairage inédit sur les relations entre psychologie et somatique et confirme l'importance du stress et de son impact sur le fonctionnement humain. Elle peut informer les relations médecin-malade et malade-maladie en donnant une nouvelle signification aux comportements incompréhensibles des patients.

Références

- Ciechanowski, P. S., Hirsch, I. B., & Katon, W. J. (2002a). Interpersonal predictors of HbA1c in patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 25, 731-736.
- Ciechanowski, P. S., Russo, J. E., Katon, W. J. et coll. (2006). Where is the patient? The association of psychosocial factors and missed primary care appointments in patients with diabetes. *General Hospital Psychiatry*, 28, 9-17.
- Ciechanowski, P., Sullivan, M., Jensen, M. et coll. (2003). The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. *Pain*, 104, 627-637.
- Ciechanowski, P. S., Walker, E., Katon, W. J. et coll. (2002b). Attachment theory : a model for healthcare utilization and somatization. *Psychosomatic Medicine*, 64, 660-667.
- Craig, T. J., Boardman, A. P., Mills, K. et coll. (1993). The South London somatization study, I: Longitudinal course and the influence of early life experiences. *British Journal of Psychiatry*, 163, 579-588.
- Gallo, L. C., & Matthews, K. A. (2006). Adolescents' attachment orientation influences ambulatory blood pressure responses to everyday social interactions. *Psychosomatic Medicine*, 68, 253-261.
- Goldberg, S., Simmons, R. J., Newman, J. et coll. (1991). Congenital heart disease, parental stress and infant-mother relationships. *Journal of Pediatrics*, 119, 661-666.
- Hoffer, M. A. (1995). Hidden regulators: Implications for a new understanding of attachment, separation and loss. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (dir.), *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives* (p. 203-232). Hillsdale, NJ : The Analytic Press.
- Katon, W., Sullivan, M., & Walker, E. (2001). Medical symptoms without identified pathology: Relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma, and personality traits. *Annals of Internal Medicine*, 134, 917-925.
- Krystal, H. (1997). Desomatization and the consequences of infantile psychic trauma. *Psychoanalytic Inquiry*, 17, 126-150.
- Liu, D., Dorio, J., Tannenbaum, B. et coll. (1997). Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and the hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress. *Science*, 277, 1659-1662.
- McCabe, P. M., Gonzales, J. A., Zaias, J. et coll. (2002). Social environment influences the progression of atherosclerosis in the Watanabe heritable hyperlipidemic rabbit. *Circulation*, 105, 354-359.
- McDonald, G., & Kingsbury, R. (2006). Does physical pain augment anxious attachment? *Journal of Social and Personal relationships*, 23, 291-304.
- McWilliams, L. A., Cox, B. J., & Enns, M. W. (2000). Impact of adult attachment styles on pain and disability associated with arthritis in a nationally representative sample. *Clinical Journal of Pain*, 16, 360-364.
- Maunder, R. G., Greenberg, G. R., Nolan, R. P. et coll. (2006). Autonomic response to standardized stress predicts subsequent disease activity in ulcerative colitis. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 18, 413-420.
- Maunder, R. G., & Hunter, J. J. (2001). Attachment and psychosomatic medicine: Developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic Medicine*, 63, 556-567.

- Maunder, R. G., & Hunter, J. J. (2008). Attachment relationships as determinants of physical health. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 36 (1), 11–32.
- Meredith, P. J., Strong, J., & Feeney, J. A. (2006). Adult attachment, anxiety, and pain self-efficacy as predictors of pain intensity and disability. *Pain*, 123, 146–154.
- Mikail, S. F. (2003). Attachment and the experience of chronic pain: A couples perspective. In S. M. Johnson & V. E. Whiffen (dir.), *Attachment processes in couple and family therapy* (p. 366–385). New York : Guilford Press.
- Mikail, S. F., Henderson, P. R., & Tasca, G. A. (1994). An interpersonally based model of chronic pain: An application of attachment theory. *Clinical Psychology Review*, 14, 1–16.
- Mikulincer, M., & Florian, V. (1998). Appraisal of and coping with a real-life stressful situation: The contribution of attachment styles. *Society for Personality and Social Psychology*, 21, 406–413.
- Mikulincer, M., Florian, V., & Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: The impact of the Gulf War in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 817–826.
- Nishime, E. O., Cole, C. R., Blackstone, E. H. et coll. (2000). Heart rate recovery and treadmill exercise score as predictors of mortality in patients referred for exercise ECG. *Journal of American Medical Association*, 284, 1392–1398.
- Noyes, R., Stuart, S. P., Langbehn, D. R. et coll. (2002). Childhood antecedents of hypochondriasis. *Psychosomatics*, 43, 282–289.
- Noyes, R., Stuart, S. P., Langbehn, D. R. et coll. (2003). Test of interpersonal model of hypochondriasis. *Psychosomatic Medicine*, 65, 292–300.
- Noyes, R., Stuart, S. P., & Watson, D. B. (2008). A reconceptualization of the somatoform disorders. *Psychosomatics*, 49, 14–22.
- Picardi, A., Mazzoti, E., Gaetano, P. et coll. (2005). Stress, social support, emotional regulation, and exacerbation of diffuse plaque psoriasis. *Psychosomatics*, 46, 556–564.
- Scheidt, C. E., Waller, E., Schnock, C. et coll. (1999). Alexythymia and attachment representation in idiopathic spasmodic torticollis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 47–52.
- Schlinder, A., Thomassius, R., Petersen, K. et coll. (2009). Heroin as an attachment substitute? Differences in attachment representation between opioid, ecstasy and cannabis abusers. *Attachment and Human Development*, 11, 307–330.
- Schlinder, A., Thomassius, R., Sack, P. M. et coll. (2005). Attachment and substance use disorder: A review of the literature and a study in drug dependent adolescents. *Attachment and Human Development*, 7, 207–228.
- Schmidt, S. (2003). Female alopecia: The mediating effect of attachment patterns on changes in subjective health indicators. *British journal of Dermatology*, 148, 1205–1211.
- Schmidt, S., Nachtigall, C., Wuethrich- Martone, O. et coll. (2002a). Attachment and coping with chronic disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 763–773.
- Schmidt, S., Strauss, B., & Braehler, E. (2002b). Subjective physical complaints and hypochondriacal features from an attachment theoretical perspective. *Psychology and Psychotherapy*, 75, 313–332.

- Spangler, G., & Schieche, M. (1998). Emotional and adrenocortical responses of infants to the strange situation: The differential function of emotional expression. *International Journal of Behavioral Development*, 22, 681–706.
- Stuart, S., & Noyes, R. (1999). Attachment and interpersonal communication in somatization. *Psychosomatics*, 40, 34–43.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Taylor, R. E., Mann, A. H., White, N. J. et coll. (2000). Attachment style in patients with unexplained physical complaints. *Psychological Medicine*, 30, 931–941.
- Waller, E., & Scheidt, C. E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation : a development perspective. *International Review of Psychiatry*, 18, 13–24.
- Waller, E., Scheidt, C. E., & Hartmann, A. (2004). Attachment representation and illness behaviour in somatoform disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 200–209.
- Zech, E., De Ree, F., Berenschot, F. et coll. (2006). Depressive affect among health care seekers: How it is related to attachment style, emotional disclosure, and health complaints. *Psychology, Health & Medicine*, 11, 7–19.

14 Apports de la théorie de l'attachement aux psychothérapies conjointes parents - jeune enfant

Martine Moralès-Huet, Nicole Guédeney

La théorie de l'attachement et les travaux qui s'en inspirent ont beaucoup influencé la clinique de la petite enfance. Ceci s'explique par le fait qu'il existe entre celle-là et les psychothérapies parents - jeune enfant « une affinité inhérente » liée à l'intérêt qu'elles portent l'une et l'autre à la relation du jeune enfant à ses figures d'attachement pendant les trois premières années de la vie (Lieberman et Zeanah, 1999). Toutes deux ont émergé dans les années 1970. Entre-temps, les études fondées sur la théorie de l'attachement sont venues valider les grandes idées des pionniers des traitements précoces, parmi lesquelles celles de D. W. Winnicott (1957, 1969) et celles du modèle de soin proposé par S. Fraiberg (1975, 1980). Il suffit de rappeler les éléments caractéristiques de ces interventions psychothérapeutiques (Moralès-Huet et coll., 1997 ; Lieberman et coll., 2000) :

- la prise en compte des événements de vie réels dans la compréhension du développement du jeune enfant et de l'accès à la parentalité ;
- l'attention portée au bébé réel (Juffer et coll., 2007) dans l'intervention de soin et la valeur accordée lors de l'observation de la dyade mère-bébé aux interactions infraverbales, comportementales et émotionnelles significatives des processus psychologiques sous-jacents ;
- le rôle déterminant accordé à la sensibilité (*sensitivity*) et à la réponse parentale (*sensitive responsiveness*) aux besoins d'attachement du bébé dans la qualité du lien mère-enfant ;
- l'attention prêtée à la transmission intergénérationnelle de ces liens ;
- la valeur centrale conférée à l'alliance thérapeutique et à la relation clinique.

Les grandes idées de la théorie de l'attachement appliquées aux traitements précoces parents - jeune enfant

Attention prêtée à la représentation de la relation d'aide chez les parents

La théorie de l'attachement a largement contribué à mettre en évidence la nécessité de concevoir dans le champ de la psychiatrie du bébé et de la parentalité de nouveaux modèles d'intervention. Pour Bowlby (1988), la période d'accès à la parentalité rend la jeune mère particulièrement vulnérable et réactive, avec ses besoins de dépendance et d'attachement, celui d'une base de sécurité à laquelle aspire tout être humain en situation de stress. Cette vulnérabilité est étroitement liée au fait que la parentalité place les parents dans un contexte où l'enfant qu'ils étaient se réveille dans l'adulte qu'ils sont devenus (Fraiberg, 1980 ; Stern, 1995 ; Moralès-Huet et coll., 1997 ; Slade et coll., 2005).

De plus, la rencontre avec un professionnel de la petite enfance peut aussi réactiver chez eux un fonctionnement émotionnel et cognitif lié à leur histoire d'attachement et parfois à leurs stratégies défensives les plus anciennes. Ce fonctionnement, qui induit des attentes positives ou des anticipations anxieuses et négatives à l'endroit du thérapeute, détermine la teneur de l'expérience subjective immédiate de cette nouvelle situation (Lieberman et Zeanah, 1999). L'attention prêtée par le clinicien dès ce premier contact au style d'attachement du parent, à ce que représente pour lui le fait de devoir consulter et à sa capacité ou à sa grande difficulté à formuler une demande d'aide dans une situation de détresse constitue une des contributions majeures de la théorie de l'attachement.

Base de sécurité et alliance thérapeutique : prendre soin de celui qui prend soin

La formule « prendre soin de celui qui prend soin » (*Caring for the caregiver*) de Kobak et Mandelbaum (2003) traduit une préoccupation majeure des psychothérapeutes attachementistes : tout en étant à l'écoute de leurs propres besoins de réconfort et de soutien le clinicien doit permettre aux *caregivers* de retrouver leurs capacités de protection et de soutien auprès de l'enfant, ou d'utiliser ces capacités de manière plus efficace (Fraiberg, 1980 ; Lieberman et Zeanah, 1999 ; Kobak et Mandelbaum, 2003). Ceci ne peut se faire que sur la base d'une relation thérapeutique sécuritaire, qui est en soi un véritable vecteur de changement.

Le modèle de l'attachement souligne la place centrale faite à l'établissement d'une alliance thérapeutique avec les parents. Pour Seligman et Pawl

(1984), cette alliance implique qu'ils aient confiance dans notre préoccupation thérapeutique et notre capacité à les aider, et qu'ils adhèrent au projet de soin. Elle repose sur des modalités de soin spécifiques et sur l'attitude disponible, empathique et sensible du thérapeute. C'est ainsi que Bowlby (1988) et ses successeurs conçoivent le cadre du traitement comme devant être une base de sécurité construite par le clinicien et pouvant seule permettre aux parents l'engagement dans un travail durable et en profondeur. Pour les familles difficilement accessibles et à haut risque, auxquelles se sont adressés les premiers programmes d'intervention précoce fondés sur la théorie de l'attachement, cette construction du cadre passe par le déroulement du traitement à leur domicile : le thérapeute va ainsi faciliter le premier contact avec les parents puis les suivants en « allant à la source » (Fraiberg, 1980).

Accent mis sur l'importance d'une communication ouverte sur les émotions négatives

La valeur que le thérapeute donne au fait de communiquer librement sur les émotions négatives du parent (la colère, la tristesse, la déception...), quel qu'en soit l'objet (le cadre du soin, des expériences antérieures d'aide négatives, la personne du thérapeute) valide l'intuition de Fraiberg sur la nécessité de travailler avec le parent sur ce qu'elle appelait le « transfert négatif ». Il s'agit en général d'une expérience inédite pour les parents ayant eu des expériences d'attachement traumatiques (Cooper et coll., 2005). Cette empathie envers le parent qui exprime de la souffrance ou de la colère est proche du *mirroring* décrit par Fonagy et coll. (2002a) : le professionnel témoigne qu'il peut partager des émotions comparables à ce que le parent éprouve tout en signifiant par son attitude qu'il a confiance dans le fait que le parent pourra à un moment ou un autre mieux comprendre le comportement de son enfant et accéder à une meilleure relation avec celui-ci.

Dans ce contexte, une place essentielle est aussi reconnue à la communication infra verbale : le ton de voix du thérapeute, sa manière de toucher la mère ou le bébé, la qualité d'un geste ou de sa poignée de main, ou l'expression de son regard à tel ou tel moment significatif de la séance sont considérés comme aussi importants que ce qui est dit et interprété verbalement (Stern, 1995 ; Slade et coll., 2005).

Focalisation sur la sécurité du lien d'attachement

Il a été montré dans les chapitres précédents comment les représentations d'attachement infléchissent les comportements de soins parentaux et contribuent à la transmission transgénérationnelle de ce système. La conceptualisation du soin proposée par la théorie de l'attachement valide les intuitions et les idées pionnières du modèle de S. Fraiberg, qui visait à prévenir dans des

situations de petite enfance à haut risque une répétition transgénérationnelle des troubles de l'attachement. Cette approche d'inspiration psychanalytique, où mère et bébé sont traités ensemble – ce qui alors était totalement novateur – s'adressait prioritairement à des mères carencées et isolées, évitant activement toute structure de soin. Elle est fondée sur une implication active du thérapeute. Les visites à domicile en constituent un levier essentiel.

L'objectif majeur du traitement est de promouvoir la sécurité du lien entre le bébé et sa mère, et pour cela le thérapeute s'attache à « chasser les fantômes dans la nursery » (Fraiberg et coll., 1975), qui font peser sur l'enfant les expériences infantiles douloureuses de la mère ou des deux parents. Une attention thérapeutique particulière est prêtée aux traumatismes précoces tels que les situations de séparation, de perte, d'abus, de déprivation ou de négligence – ceux subis autrefois par les parents, en particulier la mère, et ceux qui peuvent compromettre dans le présent le développement du bébé. À côté de ce travail de nature psychodynamique, Fraiberg accordait également une grande importance à la guidance développementale, centrée sur les besoins d'attachement et les besoins développementaux du bébé.

Dans ce modèle, toutes les interventions reposent sur une solide alliance thérapeutique, sur le support émotionnel assuré par le thérapeute et sur ses capacités d'empathie. On retrouve ici une idée fondamentale de Bowlby et de ses successeurs : l'expérience d'une relation psychothérapique « correctrice » peut induire des changements mutatifs dans certaines représentations chez la mère, et de ce fait modifier sa relation au bébé. Progressivement, elle va être en mesure de mieux répondre à ses signaux et à ses besoins, ce qui va favoriser l'émergence d'un lien plus sûr entre eux deux. En termes de théorie de l'attachement, c'est en contribuant à changer les modèles internes opérants de la mère dans la relation psychothérapique que le thérapeute va pouvoir espérer un changement dans la relation de la mère à son bébé.

Ce modèle proposé par Fraiberg est le canevas du soin dans la majorité des interventions auprès de familles avec de jeunes enfants. La théorie de l'attachement va simplement mieux dessiner les cibles de l'action et théoriser pourquoi cela est suivi d'effet. Il s'agit toujours de considérer le parent comme un partenaire du soin et de partir du point de vue de celui-ci. Le thérapeute observe ce qui se passe avec l'enfant et essaie de parvenir avec la mère à une compréhension partagée de la problématique pour trouver avec elle de nouvelles solutions.

Trois grandes tâches thérapeutiques

À la lumière des conférences publiées par Bowlby en 1988 sur les applications cliniques de la théorie de l'attachement et de ses recommandations aux professionnels de l'enfance et de la famille, Berlin et coll. (2008) soulignent que les programmes de prévention et d'intervention précoce destinés

à renforcer la sécurité du lien d'attachement ont à se focaliser sur trois grandes tâches thérapeutiques. La première, centrée sur les modèles internes opérants du parent (généralement la mère), a pour but d'aider cette dernière à développer un *insight* pour sa vie psychique interne et pour celle de son jeune enfant, tout particulièrement dans des situations chargées émotionnellement. Dans cette optique, le clinicien aidera la mère à comprendre comment certaines de ses représentations internes affectent plus ou moins gravement ses échanges avec l'enfant et la perception qu'elle a de celui-ci. La seconde tâche est d'aider le parent à interpréter et à répondre de manière adéquate aux besoins de l'enfant, tant en ce qui concerne ses besoins de réconfort et de proximité qu'en ce qui concerne ses besoins d'exploration. La troisième tâche implique, comme l'a tant souligné Bowlby, que le psychothérapeute constitue une base de sécurité à partir de laquelle le parent puisse explorer la complexité de son monde interne tout comme ses relations à son bébé. À travers cette relation clinique soutenante, « les parents apprennent, souvent pour la première fois, des manières d'être en relation qui sont caractérisées par la mutualité et le soin » (Lieberman et Zeanah, 1999).

Quelques programmes d'intervention précoce informés par la théorie de l'attachement

Les travaux de recherche sur l'attachement ont donné lieu à de nombreux programmes d'intervention précoce d'inspirations théoriques diverses, psychodynamique, cognitiviste ou comportementaliste, mais ayant tous pour cible thérapeutique les troubles de l'attachement dont souffre le jeune enfant et se donnant tous pour objectif de promouvoir la sécurité du lien à sa mère et de soutenir ainsi la qualité de son développement (Van IJzendoorn et coll., 1995 ; Lieberman et Zeanah, 1999 ; Egeland et coll., 2000 ; Berlin et coll., 2008).

S'ils s'adressent à une population clinique assez diversifiée, on note que bon nombre d'entre eux ont d'abord été proposés à des familles à risques multiples et inaccessibles aux soins psychothérapeutiques traditionnels. En France, après les initiatives pionnières de M. David et G. Appell, très tôt sensibles aux idées de Bowlby, des modalités de soin directement inspirées par le modèle de S. Fraiberg et la référence à la sécurité du lien d'attachement ont vu le jour (Stoléru et Moralès-Huet, 1989 ; Moralès-Huet, 1996). Aux États-Unis et en Europe, différentes approches ont été réalisées et modélisées. S'appuyant sur le constat que des représentations maternelles d'attachement insécures sont généralement associées à un manque de sensibilité aux signaux du bébé et, chez celui-ci, à une relation insécure à sa mère, deux grands types d'intervention ont été développés. Les uns, plus récents et d'inspiration cognitiviste et behavioriste, visent à améliorer la sensibilité

des réponses parentales au jeune enfant. Les autres, inspirés par le modèle psychodynamique de Fraiberg, visent à modifier certaines représentations maternelles enracinées dans des expériences d'attachement précoce douloureuses et à briser de cette façon le risque de transmission transgénérationnelle pesant sur le bébé. Parmi les plus connues de ces approches thérapeutiques mère-bébé, citons celles conçues et théorisées par Lieberman (Lieberman, 1991 ; Lieberman et Pawl, 1993) et Slade et coll. (2005).

Programme « Minding the baby » (MTB) développé par Slade et coll. (2005)

Ce programme s'adresse principalement à des familles en grande détresse psychologique et sociale, et à des mères ayant des antécédents sévères de traumatismes, d'abus, de perte et d'abandon. Prenant en compte la difficulté de nombre d'entre elles à recourir à des services de soins, ces interventions intensives et au long cours ont lieu à domicile. Elles commencent pendant la période de la grossesse, se poursuivent pendant les deux premières années de la vie de l'enfant et sont réalisées en alternance par une infirmière-puéricultrice et une psychothérapeute.

Ce modèle s'appuie sur un constat particulièrement souligné par la théorie de l'attachement, à savoir que les relations interpersonnelles entre l'enfant et son ou ses *caregivers* évoluent toujours dans un contexte complexe, où interviennent de nombreux facteurs psychologiques, sociaux, biologiques et environnementaux. « Sans attention à ces différents niveaux d'influence, le changement est impossible », écrivent Slade et coll. (2005). C'est pourquoi l'accent est mis sur la nécessité de mettre en œuvre pour ces familles confrontées à de multiples problèmes une aide multidisciplinaire s'appuyant sur un large réseau de soin, afin de faire face à la complexité et à la multitude de leurs besoins.

Un objectif majeur du traitement est d'aider ces mères à se sentir moins désorganisées par les exigences du bébé. Les travaux de Fonagy et coll. sur la fonction réflexive (2002a) sont au cœur du travail psychothérapeutique. Ce concept fait référence à la capacité de la mère à « garder son bébé à l'esprit », à donner un sens à ses émotions, à ses pensées et à ses intentions, tout comme aux siens (Fonagy et coll., 2002a ; Slade et coll., 2005). Afin d'aider la mère à développer cette capacité réflexive, le thérapeute donne un sens aux comportements du bébé, qui jusque-là ne suscitaient chez elle que des sentiments d'incompréhension, de colère ou d'impuissance. Pour cela, elle fait référence à ce que le bébé peut exprimer ou ressentir (technique de « parler pour le bébé »), et aux liens entre ses comportements et ses états mentaux et émotionnels. « Quand la mère commence à se demander : "Pourquoi est-ce que mon bébé est en train de faire cela ?", elle commence à voir le monde du point de vue de son enfant et elle peut lui procurer des

soins parentaux plus sensibles » (Slade et coll., 2005). En restant toujours soutenant, le thérapeute aide également la mère à explorer et reconsidérer certains souvenirs difficiles de sa propre histoire et à réfléchir sur l'influence de ces expériences douloureuses et traumatiques sur son comportement parental actuel. Cette exploration contribue à rompre ses comportements automatiques et inconscients à l'égard de son bébé et à améliorer, avec sa capacité de fonction réflexive, sa sensibilité aux besoins de celui-ci.

D'autres programmes, d'inspiration cognitiviste ou behavioriste et focalisés sur les interactions parents-enfant « ici et maintenant », ont pour objectif central d'améliorer la sensibilité du parent au sens où l'a défini Ainsworth, à savoir sa capacité à percevoir adéquatement les signaux du jeune enfant et celle à y répondre de manière prompte et adéquate (Ainsworth et coll., 1978). Comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, c'est grâce à cette sensibilité parentale à ses signaux que le jeune enfant apprend à avoir confiance en son *caregiver* et qu'il développe la capacité à demander de l'aide et du réconfort en cas de besoin. Parmi les plus connus de ces programmes focalisés sur la sensibilité des comportements parentaux, nous évoquerons le modèle fondé sur les techniques de vidéo-feedback (VIPP : *Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting*, Juffer et coll., 2007) et le modèle du Cercle de sécurité (COS ; Marvin et coll., 2002).

Interventions basées sur les techniques de vidéo-feedback (Juffer et coll., 2007)

Ces interventions, proches de la guidance interactive développée par McDonough (1993), visent elles aussi à promouvoir, avec le développement de la sensibilité parentale, une relation d'attachement plus sécuritaire entre la mère et l'enfant. Pour cela, de brèves séquences de la vie quotidienne sont filmées au domicile de la famille (une séquence de jeu, le bain donné au bébé, le moment du repas...). Durant leur visionnement le thérapeute pointe les moments où la mère a montré un comportement sensible et adéquat, mais l'aide aussi à mieux repérer certains signaux et certaines manifestations émotionnelles de l'enfant et à mieux y répondre. Les thèmes de discussion abordés avec le ou les parents portent sur les comportements d'attachement et sur les comportements exploratoires du jeune enfant, ainsi que sur l'expression et la régulation de ses émotions négatives (la colère, la tristesse, l'anxiété...). Les besoins de recherche de proximité et de réconfort sont décrits, et le phénomène de base de sécurité est explicité comme étant la garantie d'un véritable processus d'autonomisation chez l'enfant.

Ces interventions comportent généralement une dizaine de séances. À partir de séquences filmées et de la technique d'arrêt sur image, les premières sont essentiellement consacrées à l'observation du comportement de l'enfant, dont le thérapeute se fait le porte-parole selon la technique de

« parler pour le bébé » (*Speaking for the baby*). Les séances suivantes portent aussi sur les comportements parentaux. Ces techniques de vidéo améliorent les compétences d'observation du parent et son empathie pour l'enfant et lui donnent d'autres images que celles inscrites dans ses représentations internes. Elles peuvent l'aider à réfléchir sur certaines attitudes désorganisantes pour l'enfant, par exemple de brusques ruptures de la communication. Dans ce but, le thérapeute peut demander au parent ce qu'il a pensé ou ressenti à ce moment-là, ce qui à son avis l'a conduit à se comporter ainsi ou à quoi cela lui fait penser.

Modèle du Cercle de sécurité proposé par Marvin et coll. (2002)

Ce modèle se donne pour tâche de transmettre aux parents les idées fondamentales de la théorie de l'attachement en ce qui concerne les comportements de base de sécurité du jeune enfant et ses besoins exploratoires. Cette approche est délivrée pendant une vingtaine de semaines à un petit groupe de parents de bébés ou de jeunes enfants d'âge préscolaire. Il peut aussi s'agir d'une intervention s'adressant à une dyade mère-enfant. Le thérapeute se focalise sur cinq capacités parentales essentielles à la sécurité de l'attachement chez l'enfant : celle de comprendre les besoins relationnels de celui-ci, la capacité d'observation, la fonction réflexive, la capacité de régulation émotionnelle et l'empathie. À cette fin, il s'appuie sur une représentation graphique illustrant le phénomène de base de sécurité et les comportements clés du parent pour répondre de façon adéquate aux besoins d'attachement et d'exploration de l'enfant. Il recourt également au concept de « Shark Music » pour aider les parents à comprendre comment certains comportements de l'enfant peuvent réveiller en eux un sentiment de danger et provoquer une réponse hostile ou négative*. Le concept de *Lynchpin* (la clé de voûte) représente la problématique dominante dans les interactions *caregiving*-attachement pour le parent et qui entrave sa capacité de répondre adéquatement aux signaux d'attachement de son enfant ou à interpréter correctement ses signaux inadéquats.

Quelle modalité d'intervention choisir ?

Approche thérapeutique ou préventive

Plusieurs dimensions sont à considérer dans le choix d'une modalité de soin plutôt que d'une autre. Le professionnel se demandera s'il se trouve

*Le parent visionne le même clip vidéo montrant un paysage silvestre et maritime, une première fois avec une musique bucolique, une deuxième fois avec la musique du film « Les dents de la mer ». Le même paysage devient soudain hostile et menaçant.

face à une situation nécessitant une intervention thérapeutique en raison de la psychopathologie existante ou dans une situation nécessitant plutôt une approche préventive face à un enfant ayant des besoins spécifiques d'attachement – par exemple dans une situation d'adoption internationale, ou de grave prématurité, ou dans un contexte où l'enfant a été exposé à une situation traumatique. Le choix d'une modalité ou d'une autre passe aussi par une évaluation de l'ancienneté des troubles dans la relation entre le parent et le jeune enfant.

Durée et intensité du traitement

La question de l'intensité et de la durée de l'intervention est actuellement très discutée (Berlin et coll., 2008), en particulier depuis les conclusions d'une étude méta-analytique réalisée par Bakermans-Kranenburg et coll. (2003), qui suggère que les interventions les plus efficaces sur la sécurité de l'attachement entre l'enfant et le parent sont celles commençant au plus tôt lorsque le bébé a six mois (pendant la période où se forme une relation d'attachement sélective à la mère), limitées dans le temps et focalisées sur les comportements de sensibilité de la mère aux signaux et besoins de son enfant (*Less is More*). Ces conclusions vont à l'encontre d'une étude conduite par Egeland et coll. (2000) soutenant que des interventions plus intensives, plus longues, plus compréhensives et plus larges dans leurs objectifs s'avèrent plus efficaces sur la sécurité de l'attachement du jeune enfant à sa mère, en particulier dans les familles à risques multiples (*More is better*). L'une des raisons expliquant ces divergences est liée aux caractéristiques des populations traitées par les différents programmes évalués dans ces travaux. En ce sens, Egeland reconnaît que les interventions limitées dans le temps et dans leurs objectifs (axées sur la sensibilité des comportements maternels) ont montré une plus grande efficacité auprès de populations à bas risque. Finalement, il ne s'agit pas de considérer que telle approche clinique serait en soi meilleure qu'une autre, mais de se demander, comme nous y invite la fameuse formulation de Fonagy (« What works for whom ? », Fonagy et coll., 2002b), quelle modalité de soin pourrait s'avérer la plus prometteuse face à telle population clinique, face à tel type de problématique d'attachement, face à telles caractéristiques de l'enfant et dans tel contexte écologique (Berlin et coll., 2008).

Conclusion

Actuellement, les prises en charge précoces informées par la théorie de l'attachement se modélisent comme une série de « modules » : le module basique incontournable est celui du travail sur les comportements sensibles du parent, mais le clinicien peut recourir à d'autres modules selon la sévérité

des troubles dans la famille et au sein de la dyade, selon la nature de la demande du parent et selon les compétences ou les vulnérabilités de celui-ci ; également selon les moyens professionnels dont dispose l'équipe de soin et selon la politique de santé publique du pays où exerce cette équipe. En fonction de ces différents facteurs, le clinicien sera amené à proposer une approche plutôt centrée sur des facteurs de stress extérieurs ou sur des dysfonctionnements interactifs observables « ici et maintenant », ou une approche impliquant chez le parent un travail autoréflexif sur sa propre histoire et les représentations traumatiques ou douloureuses liées à celle-ci et entravant ses capacités de *caregiving*.

Mais quelle que soit l'approche envisagée, l'alliance thérapeutique confiante, l'empathie et la sensibilité de la réponse, tant chez le parent à l'égard de l'enfant que chez le thérapeute à l'égard de la dyade, comptent parmi les marques distinctives des interventions précoces fondées sur la théorie de l'attachement. Des études comparatives cherchant à évaluer l'efficacité de différentes approches mettent en évidence l'importance de ces facteurs « non spécifiques » et montrent que ce sont précisément l'alliance thérapeutique établie avec les parents et la qualité de la relation clinique qui s'avèrent être les facteurs les plus prédictifs quant à l'issue positive du traitement.

Références

- Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E., et coll. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale, E.-U : Erlbaum.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129, 195–215.
- Berlin, L., Zeanah, C. & Lieberman, A. F. (2008). Prevention and intervention programs for supporting early attachment security. In J. Cassidy & P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2^e éd., pp. 745–761). New York : Guilford Press.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. Londres : Routledge.
- Cooper, G., Hoffman, K., Powell, B., et coll. (2005). The Circle of Security intervention: Differential diagnosis and differential treatment. In L. J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson, et coll. (dir.), *Enhancing early attachment: Theory, research, intervention and policy* (pp. 127–151). New York : Guilford Press.
- Egeland, B., Weinfield, N., Bosquet, M., et coll. (2000). Remembering, repeating and working through: Lessons from the attachment-based interventions. In J. Osofsky & H. Fitzgerald (dir.), *WAIMH handbook of infant mental health*, 4 (pp. 37–57). New York : John Wiley & Sons.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & et, coll. (2002a). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York : Other Press.

- Fonagy, P., Target, M., Cottrell, D. et coll. (2002b). *What works for whom ? A critical review of treatments for children and adolescents*. New York : Guilford Press.
- Fraiberg, S. (1980). *Clinical studies in infant mental health: The first year of life*. New York, Londres : Tavistock Publications. Trad. franç. : A. Nataf-Cooper (1999). PUF, Paris
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to impaired infant-mother relationships. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 14, 1387-1422.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M., & Van IJzendoorn, M. (2007) : Methods of the video-feedback programs to promote positive parenting alone, with sensitive discipline, and with representational attachment discussions. In F. Juffer, M. J. Bakermans-Kranenburg & M. H. Van IJzendoorn (dir.), *Promoting positive parenting: An attachment based intervention* (pp. 11-21). New York : Lawrence Erlbaum Ass.
- Kobak, R. R., & Mandelbaum, T. (2003). Caring for the caregiver: An attachment approach to assessment and treatment of child problems. In S. M. Johnson and V. E. Whiffen (dir.), *Attachment processes in couple and family therapy* (pp. 144-164). New York : Guilford Press.
- Lieberman, A. F. (1991). Attachment theory and infant-parent psychotherapy : some conceptual, clinical and research issues. In D. Cicchetti, & S. L. Toth (dir.), *Rochester symposium on developmental psychopathology, vol. 3: Models and integration*. (pp. 261-288). Hillsdale, E.-U. : Lawrence Erlbaum.
- Lieberman, A. F., & Pawl, J. (1993). Infant-parent psychotherapy. In C. H. Zeanah (dir.), *Handbook of infant mental health* (p p. 427-442). New York : Guilford Press.
- Lieberman, A. F., Silverman, R., & Pawl, J. (2000). Infant-parent psychotherapy: Core concepts and current approaches. In C. H. Zeanah (dir.), *Handbook of infant mental health* (2^e éd., pp. 472-484). New York : Guilford Press.
- Lieberman, A. F., & Zeanah, C. H. (1999). Contributions of Attachment Theory to Infant-Parent Psychotherapy and other interventions with Infants and Young Children. In J. Cassidy & P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 555-574). New York : Guilford Press.
- McDonough, S. (1993). Interaction guidance. In C. H. Zeanah (dir.), *Handbook of infant mental health* (pp. 414-426). New York : Guilford Press.
- Marvin, R. S., Cooper, G., Hoffman, K. et coll. (2002). The circle of Security project : attachment-based intervention with caregiver-preschool child dyads. *Attachment and Human Development*, 4, 107-124.
- Moralès-Huet, M. (1996). Les psychothérapies mère-bébé à domicile : Traitements de dyades mère-enfant à risques et inaccessibles aux soins en institution. *Devenir*, 8, 7-48.
- Moralès-Huet, M., Rabouam, C., & Guédeney, N. (1997). Psychothérapies parents-bébés. *Encyclopédie médico-chirurgicale: Psychiatrie*, 37208 D60, Paris : Elsevier-Masson.
- Seligman, S. P., & Pawl, J. H. (1984). Impediments to the formation of the working alliance in infant-parent psychotherapy. In J. Call, E. Galenson & R. L. Tyson (dir.), *Frontiers of infant psychiatry, vol. 2* (pp. 232-238). New York : Basic Books.
- Slade, A., Sadler, L. S., & Mayes, L. C. (2005). Minding the baby: Enhancing parental reflective functioning in a nursing/mental health home visiting program. In L. J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson, et coll. (dir.), *Enhancing early attachment: Theory, research, intervention and policy* (pp. 152-175). New York : Guilford Press.

- Stern, D. (1995). *The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. New York : Basic Books.
- Stoléru, S., & Moralès-Huet, M. (1989). *Psychothérapies mère-nourrisson dans les familles à problèmes multiples*. Paris : PUF.
- Van IJzendoorn, M., Juffer, F., & Duyvesteyn, M. (1995). Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment : A review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 225–248.
- Winnicott, D. W. (1957). *The child and the family*. Londres: Tavistock Publications (trad. franç. : Paris, Payot, 1984).
- Winnicott D. W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*, trad. J. Kalmanovitch. Paris : Payot.
- Winnicott D. W. *Collected Papers*. De la pédiatrie à la psychanalyse. (trad. franç. : Paris, Payot, 1969).
- Winnicott, D. W. (1969). L'angoisse liée à l'insécurité. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*, trad. J. Kalmanovitch. Paris : Payot.

15 Applications de la théorie de l'attachement aux traitements des enfants entre quatre et dix ans et de leur famille

Nicole Guédeney, Martine Moralès-Huet, Catherine Rabouam

Les travaux centrés sur les applications thérapeutiques de la théorie de l'attachement à cette tranche d'âge restent rares. Pourtant, les questions liées à l'attachement restent cruciales à cette période et tout ce qui contribue à développer un attachement sécure joue un rôle préventif sur les désordres ultérieurs. La sécurité de l'attachement est un facteur de protection qui a, en soi, des influences positives sur le développement de l'enfant et sur les relations parent-enfant (Egeland et Carlson, 2004). Elle donne à l'enfant des ressources pour faire face au stress et pour trouver, de manière flexible, des solutions aux problèmes (Kobak et Esposito, 2004).

Ce chapitre abordera les éléments d'évaluation de la pertinence d'un abord informé par l'attachement, puis l'apport de l'attachement aux psychothérapies individuelles et au travail avec les familles, et enfin les approches plus spécifiques des troubles où la problématique de l'attachement est particulièrement pertinente.

Évaluation de la pertinence d'une intervention clinique informée par la théorie de l'attachement

Certains motifs de consultation sont d'emblée évocateurs : ce qui participe du registre des émotions négatives (angoisse, tristesse colère), ce qui traduit un manque du sens de protection de soi ou des autres, les troubles du comportement, les difficultés d'apprentissage, les troubles dépressifs et les conflits d'autorité (Kobak et Esposito, 2004 ; Boris et coll., 1997 ; Crowell, 2003). La survenue des symptômes chaque fois qu'il y a perception d'une menace sur la disponibilité parentale évoque une problématique d'attachement associée. Le motif de consultation est parfois directement lié à des

événements activant l'attachement de l'enfant ou sapant le *caregiving* du parent : ruptures relationnelles mal préparées (divorce, maladies, perte) ou conflictuelles, contexte stressant pour le parent et le rendant indisponible (Boris et coll., 1997).

Le modèle de Kobak et Esposito (2004) cible les objectifs plus ou moins prioritaires du travail sur l'attachement et précise les niveaux particulièrement problématiques. On évalue quelles sont les attentes de l'enfant sur la disponibilité parentale et la qualité des réponses à celles-ci, ses stratégies organisées pour maintenir la relation, ses capacités à obtenir du soutien et à réussir dans les défis de la vie quotidienne ; quelles sont les attentes des parents quant aux comportements de leur enfant, les interprétations qui guident leurs réponses, leurs modèles de *caregiving*. On évalue en particulier leur conviction ou non d'être encore nécessaires à la régulation émotionnelle de celui-ci lorsqu'il est exposé aux stress ou en proie aux émotions négatives en général (George et Solomon, 2008), la qualité des « comportements » parentaux observés et leur adéquation avec la représentation parentale du *caregiving* ; le cas échéant, quels facteurs affectent la capacité du parent à se focaliser sur son enfant et ses besoins (Greenberg, 2005).

On évalue le fonctionnement métacognitif de chaque protagoniste (en tenant compte de l'âge de l'enfant) : comment chacun peut-il réfléchir sur ce qui se passe et quelles conclusions est-il capable d'en tirer ? (Kobak et Esposito, 2004).

On évalue également l'alliance de *caregiving* des parents (Kobak et Esposito, 2004). La volonté des deux parents de participer aux séances est le plus souvent un marqueur positif de coopération : il traduit une responsabilité et une implication partagées. On recherche des marqueurs de non-coopération, comme les critiques ou le blâme réciproques, qui peuvent miner le sentiment de confiance en soi du parent cible.

On recherche l'existence d'autres exigences interpersonnelles qui accaparent l'attention du parent ou la présence de stress contextuels qui sapent la sécurité du *caregiver* ; on repère les sources potentielles de soutien, qui donnent une base de sécurité aux parents pour affronter les défis d'élever un enfant (Kobak et Esposito, 2004).

Les approches informées par l'attachement intègrent les approches cognitives, systémiques et psychodynamiques (Oppenheim et Goldsmith, 2007). Pour Kobak et Esposito (2004), les cibles du traitement doivent être hiérarchisées. Les approches conjointes sont prioritaires lorsque la relation parent-enfant constitue la source principale de la détresse. Lorsque l'alliance de *caregiving* ne fonctionne pas entre les parents, une thérapie de couple informée par l'attachement est proposée parallèlement au traitement des interactions dyadiques. Lorsque la problématique d'attachement du parent est au premier plan et entrave sa capacité à répondre de manière sensible

à l'enfant, une approche individuelle, complémentaire du traitement dyadique ou familial, peut lui être proposée pour l'aider à être plus attentif à la détresse de l'enfant et plus apte à l'aider (O'Connor et Zeanah, 2003). Une approche psychothérapeutique peut enfin être proposée à l'enfant pour l'aider à réviser ses propres modèles de lui, des autres et de lui en relation avec les autres, et favoriser ainsi les changements dans les interactions (Bowlby, 1988).

Apport de la théorie de l'attachement aux pratiques habituelles en santé mentale chez l'enfant

Travail avec les parents

La question de l'alliance est au premier plan, car le changement des parents face aux besoins d'attachement de leur enfant est indispensable (Oxford et coll., 2000). Elle sera largement développée dans le chapitre 16. Brisch (2002) insiste sur l'importance de l'information donnée aux parents sur le processus thérapeutique, l'approche théorique sous-jacente, les progrès et les changements à attendre du traitement et ceux constatés par le thérapeute au cours de celui-ci. Ces interventions auprès des parents potentialisent les effets de la prise en charge individuelle de l'enfant. Le travail avec les parents, et de manière plus générale avec toutes les figures d'attachement importantes pour l'enfant (familles d'accueil, instituteurs, grands-parents, assistante maternelle...), a pour but de favoriser la capacité des adultes « significatifs » à répondre de manière plus adéquate aux besoins d'attachement de l'enfant (Pianta et coll., 2002).

Le travail sur la sensibilité parentale à l'attachement est traité dans le chapitre 14. Nous évoquerons ici le développement de la sensibilité à l'exploration et le travail avec les parents à propos des situations d'autorité ou de conflit. Les techniques thérapeutiques sont essentiellement la guidance développementale ou interactive (Brisch, 2002), qui s'appuie sur les vignettes de la vie quotidienne et/ou sur les enregistrements vidéo de séquences interactives (Kobak et Esposito, 2004 ; Lyons Ruth et coll., 2004). La théorie de l'attachement insiste particulièrement sur le développement d'une discussion « sécurisante » avec l'enfant (Kobak et coll., 1993) : on met l'accent sur la capacité des deux partenaires à utiliser la conversation pour résoudre les conflits ; le thérapeute fournit lui-même un tel modèle dans ses interactions avec le parent ou avec l'enfant. Quelques points sont particulièrement mis en lumière : liberté d'explorer différentes perspectives et de développer des idées créatives pour réconcilier différents agendas (celui des projets, celui des priorités, celui des obligations, celui des envies, celui du parent, celui de

l'enfant) ; communiquer ses propres attentes et son empathie pour les besoins de l'enfant (Kobak et coll., 1993). Les parents et l'enfant doivent pouvoir exprimer leurs propres préoccupations et reconnaître celles de l'autre ; ils doivent établir une relation d'échange « je donne, je prends » dans les situations impliquant des conflits. Chaque partenaire doit être capable de reconnaître ses propres positions, d'avoir accès à leur évaluation, et de les soumettre à une réévaluation (Greenberg et Speltz, 1991). Les attributions négatives à l'égard de l'autre peuvent être repérées et travaillées chez les deux protagonistes (Liebermann, 1997).

Kobak et Esposito (2004) montrent qu'il est parfois difficile en présence de l'enfant d'accéder aux modèles de travail qui guident les interprétations du parent dans les interactions avec lui. Le parent peut être trop absorbé par les tâches complexes que représente le fait de gérer son propre stress, de répondre aux ouvertures parfois déconcertantes, en tout cas souvent inédites, du professionnel et, en même temps, de diriger et maintenir son attention sur son enfant pour répondre à ses signaux éventuels. Les parents peuvent avoir des difficultés à reconnaître devant lui leur sentiment d'échec ou de perte de contrôle, ce qui est d'autant plus légitime lorsqu'on aborde les questions d'autorité ou de conflits conjugaux. En voyant les parents et l'enfant séparément, le professionnel crée un contexte plus sécurisé et mieux contrôlé, ce qui donne une opportunité d'évaluer la capacité optimale de fonction réflexive du parent et de la comparer avec celle qu'il manifeste en présence de l'enfant ou lorsqu'il doit gérer des tâches différentes (Kobak et Mandelbaum, 2003). De même, le travail avec les parents seuls, sur l'enregistrement vidéo, permet d'accéder à leurs modèles de *caregiving*, hors stress et hors de la présence réelle de l'enfant, et de les comparer avec leurs attitudes et comportements parentaux observés sur l'enregistrement (Kobak et Mandelbaum, 2003). Parce qu'il est difficile de réfléchir au moment des interactions en temps réel, la fonction réflexive est améliorée par l'utilisation de la vidéo-thérapie (Steele et coll., 2007 ; Goldsmith, 2007). Ces techniques facilitent le travail sur les facteurs qui entravent l'expression du *caregiving*, comme le stress, ou sur les représentations, comme les fantômes dans la chambre d'enfants qui viennent s'interposer entre le parent et l'enfant (Lyons Ruth et coll., 2004 ; Hoffman et coll., 2006 ; Kobak et Esposito, 2004).

Apport de la théorie de l'attachement aux psychothérapies de l'enfant

La perspective attachementiste offre un éclairage précieux au thérapeute dans la compréhension des origines de la problématique de l'enfant ainsi que dans des pratiques psychothérapeutiques avec les enfants insécures. Elle permet de revisiter les pratiques habituelles en apportant une validation scientifique à certaines techniques de soin tout en reconsidérant certaines

caractéristiques du processus psychothérapeutique. Mais, à part les écrits de [Brisch \(2002\)](#) et ceux de [Hugues \(2004\)](#), les psychothérapies de l'enfant informées par l'attachement sont encore peu théorisées, à la différence des psychothérapies précoces et des psychothérapies chez l'adulte.

Dans cette perspective attachementiste, le processus de la psychothérapie est considéré comme une interaction développant la capacité de mentalisation chez l'enfant (Fonagy et coll., 2002). [Hugues \(2004\)](#) décrit les étapes nécessaires de ce processus, dont l'objectif final est la co-construction d'un récit autobiographique cohérent. L'accordage affectif et le *mirroring*, qui sont à la base du processus, doivent établir le sens d'une intersubjectivité primaire. En général, chez les enfants ayant un attachement insécure et/ou désorganisé, celle-ci n'est pas immédiatement accessible à tout le répertoire émotionnel ([Hugues, 2004](#)), et le thérapeute va aider à la régulation émotionnelle de ces différents états affectifs chez l'enfant (Fonagy et coll., 2002).

Le thérapeute joue ainsi le rôle d'une base de sécurité et privilégie la dimension non verbale des échanges. [Hopkins \(1996\)](#) insiste sur l'importance de pouvoir répondre aux demandes de contact physique dans des moments qui traduisent l'activation du système d'attachement. Pour [Hugues \(2004\)](#), le thérapeute co-régule les affects de vitalité qui émergent et communique à l'enfant comment les thèmes abordés peuvent l'affecter sans qu'il éprouve de la terreur ou de la honte, et comment cela fait sens pour lui. Les expériences positives partagées tels la joie et le plaisir, tout comme le *mirroring* des émotions négatives, confirment à l'enfant qu'il occupe une place spéciale pour le thérapeute, même dans des états difficiles à vivre pour un enfant insécure ou désorganisé, et qu'il est toujours en sécurité. Progressivement, le thérapeute lui permet d'explorer des questions plus ou moins difficiles, tout en restant accordé aux émergences émotionnelles de l'enfant et en les co-régulant. Simultanément, il encourage la dimension verbale de leurs échanges par un travail sur les représentations et les émotions attribuées à l'enfant. Les deux partenaires, enfant et thérapeute, partagent ainsi une nouvelle expérience, prémices pour l'enfant de la co-crédation d'une nouvelle autobiographie plus cohérente et continue. Le passé est revécue verbalement et non verbalement, cognitivement et émotionnellement dans le présent, mais cette fois l'enfant n'est pas seul. Le récit autobiographique est construit et enraciné sur un arrière-fond de connexion émotionnelle et d'accordage émotionnel avec le thérapeute ([Hugues, 2004](#)).

La relation psychothérapeutique est comprise comme une base de sécurité qui est nécessaire à l'enfant pour lui permettre d'explorer et de résoudre des expériences d'attachement plus ou moins traumatiques ([Hugues, 2004](#)). Le thérapeute témoigne d'une grande présence physique et émotionnelle et d'une extrême sensibilité aux besoins d'attachement de l'enfant ([Brisch, 2002](#) ; [Hughes, 2004](#)). Chez les enfants insécures, il est fondamental de

reconnaître et de prendre en compte leurs besoins d'attachement et leur sentiment d'insécurité interne, qu'ils vivent comme honteux, inadmissibles, voire dangereux (Karen, 1998). En montrant à l'enfant l'impact de ses signaux sur lui, le thérapeute contribue à établir la confiance en l'autre et le sentiment d'avoir une influence personnelle sur l'autre, caractéristiques d'une relation d'attachement sécuritaire (Bowlby, 1988). Le processus de réparation des ruptures dans la relation thérapeutique par le thérapeute va dans le même sens (Hugues, 2004).

Le matériel lié aux thèmes d'attachement, de séparation, d'exploration est soigneusement analysé. Les réactions de l'enfant aux fins de séances, aux séparations de week-end ou de vacances, aux retours de maladie, sont repérées et travaillées. Tout ce qui peut aider au maintien d'un sentiment de continuité et de disponibilité est favorisé : par exemple, envoyer des cartes postales pendant les vacances, si l'enfant le demande, ou le laisser emporter un jouet pour une longue séparation (Brisch, 2002).

L'exploration des sujets liés à l'attachement est un des défis les plus difficiles pour un sujet insécuritaire (Bowlby, 1977). Un enfant ne peut explorer de manière suffisamment confortable et flexible, et sans sentiment de menace, que s'il se sent en sécurité avec le thérapeute. Celui-ci soutient activement toute manifestation qui traduit l'épanouissement de ce besoin d'exploration et le plaisir qui y est rattaché ; il respecte donc le désir de l'enfant de s'éloigner à certains moments de la thérapie en investissant d'autres domaines de sa vie quotidienne. Il ne s'agit pas en effet forcément de la traduction d'une résistance, mais bien plus de l'expression de cette nouvelle sécurité de l'attachement. La souplesse du cadre thérapeutique qui respecte ces besoins d'explorer et de s'éloigner du thérapeute assure à l'enfant que ce dernier joue bien un rôle de base de sécurité, qui l'autorise à se lancer dans les défis de l'exploration et à développer ses ressources propres (Brisch, 2002).

Ainsi, le thérapeute donne à l'enfant l'occasion de développer une expérience d'attachement sécuritaire souvent inédite, qui l'aide à reconsidérer ses expériences antérieures d'attachement (Brisch, 2002). Ceci facilite la réorganisation à l'adolescence des modèles internes opérants et peut être à l'origine de l'acquisition de ce que l'on nomme chez les adultes, à l'AAI, la « sécurité gagnée » (Main, 1991).

Défis du travail psychothérapeutique pour les enfants insécuritaires

Une difficulté à explorer pour un enfant n'est pas forcément une résistance à travailler sur les problèmes soulevés. Ce peut être bien plus la traduction de l'insécurité de son attachement et la traduction d'un équilibre exploration/attachement dysfonctionnel (Bowlby, 1977). Les comportements

ou les attitudes de l'enfant sont peut-être des stratégies qui l'ont protégé autrefois face au danger qu'a représenté l'expression de ses besoins d'attachement et que réveille le fait de s'y intéresser de nouveau. Les enfants insécures s'attendent à ce que leurs besoins d'attachement soient de nouveau insatisfaits dans la thérapie et à ce que, plus ou moins tardivement, ils soient confrontés à cette déception qu'ils préfèrent anticiper. La reprise des séances (retrouvailles) après une interruption due aux vacances ou à un arrêt maladie sont pour ces enfants un défi particulièrement difficile : colère, évitement sont l'expression des stratégies habituelles pour faire face au réveil de l'insécurité.

La fin de la psychothérapie représente une sorte de modèle de la manière dont peut s'intégrer la séparation. Elle doit être initiée par l'enfant qui, sinon, pourrait se sentir rejeté par le thérapeute. La terminaison concrète de la thérapie coexiste avec l'assurance que l'enfant pourra revoir le thérapeute, s'il en ressent le besoin. De même, on lui laisse la possibilité de négocier la fréquence de ses séances durant cette phase terminale du traitement (Brisch, 2002).

Approches des troubles en santé mentale qui peuvent être liés à une problématique de l'attachement

Troubles réactionnels de l'attachement (RAD)

En complément du chapitre 18, nous traiterons ici les particularités du travail avec les enfants de plus de cinq ans qui présentent un trouble réactionnel de l'attachement (RAD, *Reactive Attachment Disorder*), pour qui Rutter et coll. (2009) soulignent qu'aucun programme d'intervention n'a été modélisé ni évalué de manière randomisée. Les revues récentes de Chaffin et coll. (2006) et de Boris et Zeanah (2005) recommandent d'associer trois modalités psychothérapeutiques de base : le travail avec celui qui a en charge l'enfant, le *caregiver* (les parents d'accueil, les parents adoptifs...), indispensable, surtout lorsque celui-ci est trop stressé ou submergé par la détresse ou la colère ; l'intérêt pour les parents de groupes de soutien, qui les autorisent à exprimer leur frustration, leur détresse et leur sentiment d'incompétence ; une information sur les troubles de l'attachement, même s'il y a encore peu de connaissances véritablement consensuelles, est valorisée.

Lorsque le *caregiver* n'est pas trop stressé et reste émotionnellement disponible pour réfléchir sur son enfant, on cherche à faire de lui un co-thérapeute et à augmenter la force de l'attachement de l'enfant en encourageant une réponse parentale sensible (Hart et Thomas, 2000). Il s'agit à chaque fois de favoriser les qualités de sensibilité, de stabilité, de sécurité et de

sentiment d'appartenance pour que la famille d'accueil joue son rôle de base de sécurité auprès de l'enfant (Shoffield et Beek, 2006).

Dans un second temps ou simultanément, le travail dyadique doit être élargi au niveau familial. La guidance développementale porte sur les expériences réciproques des partenaires et sur les *patterns* de la communication émotionnelle dans la dyade ; elle se focalise également sur la sociabilité indiscriminée que présentent les enfants présentant un grave trouble de l'attachement. Les points forts de l'intervention sont les suivants : développer la recherche de réconfort, la démonstration d'affection, la confiance dans l'idée d'aide, la coopération, l'exploration, les réponses à la réunion, et la réponse à l'étranger, et répondre de manière adéquate aux comportements contrôlants (Boris et Zeanah, 2005 ; Hoffman et coll., 2006). La thérapie conjointe se focalise sur les forces et ressources du parent. Une fois la confiance rétablie, grâce à ce renforcement positif, le thérapeute traite des moments de frustration et de désengagement. Le traitement de l'enfant avec RAD est indispensable. L'aide psychothérapeutique individuelle peut être psychodynamique ou cognitive, avec comme objectif de travailler sur ses modèles interactifs et son traitement de l'information sociale. Aider l'enfant à résoudre et à développer des capacités à trouver des solutions aux problèmes, à améliorer la compréhension émotionnelle et à faciliter ses relations aux pairs ne peut se faire que dans une relation de partenariat confiant, progressivement construite avec et par le thérapeute (Buckner et coll., 2008). La prise en charge des troubles associés au RAD est indispensable : prise en charge des troubles du comportement et des conduites associée à une guidance parentale qui permette d'établir une autorité sensible (Buckner et coll., 2008) ; prise en compte des troubles instrumentaux. Les groupes thérapeutiques, qui visent à améliorer les capacités de socialisation des enfants avec RAD, semblent particulièrement utiles pour les aider à développer de meilleures capacités à réguler leurs problèmes d'interaction sociale : il s'agit de s'appuyer sur d'autres systèmes interpersonnels que l'enfant a pu développer, comme le système affiliatif (Wilson, 2006). Par contre, les thérapies dites « correctrices de l'attachement » n'ont aucune validité scientifique et peuvent même se révéler dangereuses (O'Connor et Zeanah, 2003 ; Chaffin et coll., 2006).

Autres troubles

La théorie de l'attachement s'est intéressée aux prises en charge des *troubles du comportement*, lorsque ceux-ci semblent être l'expression de stratégies qui permettent à l'enfant de maintenir une proximité avec sa figure d'attachement. La guidance parentale est indispensable, couplée à la prise en charge individuelle de l'enfant : elle associe développement de la sensibilité parentale et des capacités de négociation des conflits parent-enfant. Celles-ci sont basées sur le concept de partenariat corrigé quant au but (Speltz, 1990).

La *phobie scolaire* a très vite été considérée dans la théorie de l'attachement comme un trouble des interactions parents-enfant traduisant une problématique d'attachement transgénérationnelle : toute prise en charge doit inclure le couple parental en travaillant sur les besoins d'attachement inassouvis existant chez les parents (Bowlby, 1973 ; Brisch, 2002).

Conclusion

Les applications thérapeutiques de la théorie de l'attachement ne sont qu'à leur début pour la période de l'enfance. S'adresser aux questions de l'attachement ou contribuer à donner des bases plus sûres aux relations parents-enfant semblent une dimension incontournable de la pratique en santé mentale de l'enfant. La théorie de l'attachement apporte des éclairages nouveaux aux pratiques cliniques habituelles, soit en validant leur pertinence, soit en transformant les pratiques.

Références

- Boris, N., Fuego, M., & Zeanah, C. H. (1997). The clinical assessment of attachment in children under five. *Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 291–293.
- Boris, N., & Zeanah, C. H. (2005). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 1206–1219.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss*, vol. 2: *Separation: anxiety and anger*. New York : Basic Books. Trad. franç. Bruno de Panafieu (1978). *Attachement et perte*, tome 3 : *La séparation : angoisse et colère*. Paris, PUF.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. I : Some principles of psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 130, 421–431.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. Londres : Routledge.
- Brisch, K. H. (2002). *Treating attachment disorders: From theory to therapy*. New York : Guilford Press.
- Buckner, J. D., Lopez, C., Dunkel, S. et coll. (2008). Behavior management training for the treatment of Reactive Attachment Disorder. *Child Maltreatment*, 13, 289–297.
- Chaffin, M., Hanson, R., Saunders, B. E. et coll. (2006). Report of the APSAC task force on attachment therapy: Reactive attachment disorder and attachment problems. *Child Maltreatment*, 11, 76–89.
- Crowell, J. A. (2003). Assessment of attachment security in a clinical setting, observations of parents and children. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 24, 199–204.
- Egeland, B., Carlson, E. A. (2004). Attachment and psychopathology. In L. Atkinson & S. Goldberg (dir.), *Attachment issues in psychopathology and intervention* (p. 27–48). Hillsdale, E.-U. : Lawrence Erlbaum.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. et coll. (2002a). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York : Other Press.

- George, C., & Solomon, J. (2008). The caregiving behavioral system: A behavioural system approach to parenting. In J. Cassidy & P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2^e éd., p. 833–856). New York : Guilford Press.
- Goldsmith, D. F. (2007). Challenging children's negative Internal Working Models: Utilizing attachment-based treatment strategies in a therapeutic preschool. In D. Oppenheim & D. F. Goldsmith (dir.), *Attachment theory in clinical work with children: Bridging the gap between research and practice* (p. 203–225). New York : The Guilford Press.
- Greenberg, M. T. (2005). Enhancing early attachments: Synthesis and recommendations for research, practice, and policy. In L. J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson, et coll. (dir.), *Enhancing early attachment: Theory, research, intervention and policy* (p. 327–339). New York : Guilford Press.
- Greenberg, M. T., & Speltz, M. L. (1991). Attachment and the ontogeny of conduct problems. In J. Belski and T. Nezworski (dir.) *Clinical implications of attachment* (p. 177–218). Londres : Lawrence Erlbaum Associates.
- Hart, A., & Thomas, H. (2000). Controversial attachments: the indirect treatment of fostered and adopted children via parent co-therapy. *Attachment and Human Development*, 2, 306–327.
- Hoffman, K. T., Marvin, R. S., Cooper, G. et coll. (2006). Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications. The circle of security intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1017–1026.
- Hopkins, J. (1996). L'enfant observé de la théorie de l'attachement. *Psychiatrie de l'Enfant*, 39 (1), 41–62.
- Hugues, D. (2004). An attachment-based treatment of maltreated children and young people. *Attachment and Human Development*, 6, 263–278.
- Karen, R. (1998). *Becoming attached: First relationships and how they impact our capacity to love*. New York : Oxford University Press.
- Kobak, R. R., Cole, H. E., Ferenz-Gillies, R. et coll. (1993). Attachment and emotion regulation during mother-teen problem solving: A control theory analysis. *Child Development*, 64, 231–245.
- Kobak, R. R., & Esposito, A. (2004). Levels of processing in parent-child relationships, implication for clinical assessment and treatment. In L. Atkinson & S. Goldberg (dir.), *Attachment issues in psychopathology and intervention* (p. 139–166). Londres : Lawrence Erlbaum associates.
- Kobak, R. R., & Mandelbaum, T. (2003). Caring for the caregiver: An attachment approach to assessment and treatment of child problems. In S. M. Johnson and V. E. Whiffen (dir.), *Attachment processes in couple and family therapy* (p. 144–164). New York : Guilford Press.
- Lieberman, A. F. (1997). Toddlers' internalization of maternal attributions as a factor in quality of attachment. In L. Atkinson & K. Zucker (dir.), *Attachment and Psychopathology* (p. 227–291), New York : Guilford Press.
- Lyons-Ruth, K., Melnick, S., Bronfman, E., et coll. (2004). Hostile helpless relational models and disorganized attachment patterns between parents and their young children, review of research and implications for clinical work. In L. Atkinson & S. Goldberg (dir.), *Attachment issues in psychopathology and intervention* (p. 65–94). Londres : Lawrence Erlbaum associates.

- Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs multiple (incoherent) models of attachment: Findings and directions for future research. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris, (dir.). *Attachment across the life cycle* (p. 127–159). Londres : Tavistock/Routledge.
- O'Connor, T. G., & Zeanah, C. H. (2003). Attachment disorders, assessment strategies and treatment approaches. *Attachment & Human Development*, 5, 223–244.
- Oppenheim, D., & Goldsmith, D. F. (2007). *Attachment theory in clinical work with children: Bridging the gap between research and practice*. New York : Guilford Press.
- Oxford, M. L., Harachi, T. W., Catalano, R. F. et coll. (2000). Early elementary school-aged child attachment to parents: A test of theory and implications for intervention. *Prevention Science*, 1, 61–69.
- Pianta, R. C., Stuhlman, M. W., & Hamre, B. K. (2002). How schools can do better: fostering stronger connections between teachers and students. *New Directions for Youth Development*, 93, 91–107.
- Rutter, M., Kreppner, J., & Sonuga-Barke, E. (2009). Emmanuel Miller lecture: attachment insecurity, disinhibited attachment, and attachment disorders, where do research findings leave the concepts ? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 529–543.
- Schoffield, G., & Beek, M. (2006). *Attachment handbook for foster care and adoption*. Londres : BAAF.Se.
- Speltz, M. (1990). The treatment of preschool conduct problems. An integration of behavioural and attachment concepts. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (dir.), *Attachment in the preschool years* (p. 399–426). Chicago : University of Chicago Press.
- Steele, M., Hodges, J., Kaniuk, J., et coll. (2007). Intervening with maltreated children and their adoptive families, identifying attachment-facilitative behaviours. In D. Oppenheim & D. F. Goldsmith (dir.), *Attachment theory in clinical work with children: Bridging the gap between research and practice* (p. 58–90). New York : Guilford Press.
- Wilson, K. (2006). Can foster carers help children resolve their emotional and behavioural difficulties ? *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11, 495–511.

16 Demande d'aide et alliance : apport de la théorie de l'attachement

Nicole Guédeney, Catherine Attale

Dans ce chapitre, nous développerons l'apport de la théorie de l'attachement à la compréhension de la demande d'aide auprès d'un professionnel dans différents contextes, en nous centrant sur le point de vue de l'utilisateur. Quelle signification interpersonnelle revêt, pour quelqu'un qui demande de l'aide auprès d'un professionnel soignant, cette rencontre, au regard de son système d'attachement ? Nous aborderons aussi les liens entre attachement du sujet et alliance thérapeutique en début de prise en charge.

Conceptualisation théorique de Bowlby sur la relation d'aide

Pour Bowlby (1973), la recherche d'aide chez l'être humain, quel que soit son âge, est un comportement normal d'adaptation évolutionniste. Pour lui (1977, 1988), le processus de demande de soins (*careliciting*) est un type de relation interpersonnelle qui dérive de celui de demande d'aide (*proximity seeking*) : il sollicite donc le système d'attachement du sujet qui est en position de demander de l'aide. Bowlby constate que chez l'adulte, ce processus s'inscrit dans un contexte qui active particulièrement le système d'attachement du sujet. Une première rencontre avec un professionnel expose l'utilisateur à deux niveaux de stress : le stress lié au fait d'être dans un cadre non familial en présence d'un inconnu ; et le stress lié à la situation de vulnérabilité qui a motivé la demande de soin. L'utilisateur, qui est en situation de vulnérabilité ou de détresse, s'adresse à quelqu'un, un professionnel, censé l'aider et représentant « une figure plus sage et plus forte » : ce contexte rappelle celui des relations précoces enfant en détresse - parent protecteur.

Bowlby considérait que les modèles internes opérants (MIO) – modèles interpersonnels de l'autre, de soi et de la relation à l'autre – organisaient les principes de comportement dans les relations proches de l'adulte, dans les contextes d'activation de son système d'attachement. Ils seront donc activés pour tout sujet qui recherche de l'aide auprès d'un professionnel. Ces MIO incluent des représentations internes des autres comme répondant, en

général, de manière sensible, enrichissante (*nurturing*) ou au contraire, non rapidement sensible (*responsive*), voire blessante. D'une manière complémentaire, ces modèles contiennent des représentations internes de soi-même comme ayant « droit » ou non à, et « valant ou ne valant pas la peine de » recevoir de l'attention, du soutien et de l'aide (voir *l'Attachement : approche théorique*, chapitre 5). Demander de l'aide active automatiquement (le sujet n'en a pas conscience) le système d'attachement : en cas d'insécurité, ce contexte interpersonnel risque de réveiller, tout aussi automatiquement, les stratégies conditionnelles habituelles du sujet confronté à un niveau de stress plus ou moins élevé (Bowlby, 1969). De même qu'il y a une méta-communication possible chez l'adulte, sur son système d'attachement (voir *l'Attachement : approche théorique*, chapitre 13), il existe un méta-savoir de chaque sujet sur ce qu'il sait pouvoir attendre des autres, et en particulier sur ce que représente le fait de demander de l'aide (Bifulco et coll., 1998).

Pour Bowlby (1988), la volonté de chercher et d'accepter du soin est associée à la sécurité de l'attachement. Celle-ci permet de se confronter le plus confortablement possible aux défis et épreuves de la vie, à la fois parce que le sujet a confiance dans les autres, ce qui lui procure un sentiment de valeur personnelle sans vécu de solitude, et parce que le développement de capacités de régulation émotionnelle et de stratégies cognitives nuancées lui donne un choix de stratégies adaptatives, dans toute situation le confrontant à des émotions négatives (Slade, 2008).

Théorisation de la demande d'aide dans un contexte psychothérapeutique ou de santé mentale (psychiatrie de soutien)

Les besoins d'attachement qui s'expriment dans une relation thérapeutique sont essentiellement des besoins d'intimité, de pouvoir avoir confiance dans les autres et de liberté par rapport à la crainte d'abandon (Kivlighan et coll., 1998). Bowlby était particulièrement sensible à ce qu'entreprendre une psychothérapie devait demander comme courage et détermination pour quelqu'un qui, justement, se sentait impuissant et en pleine détresse (Holmes, 1993).

Pour Bowlby (1988), les relations de l'enfance jouaient un rôle médiateur dans la capacité du client à entrer dans une relation thérapeutique. La situation psychothérapeutique, par ses règles mêmes de travail (parler de son insatisfaction, de son mal-être ou de sa dépression, se dévoiler à soi-même et à son thérapeute), peut entrer en contradiction avec les règles générales que le patient a enregistrées dans sa mémoire sémantique : a-t-il le droit ou non de se plaindre, de demander de l'aide, de faire attention à ses

émotions ? Les adultes qui viennent en psychothérapie ont développé leurs propres stratégies interpersonnelles dans le contexte de relations antérieures (Tyrrell et coll., 1999). Bowlby (1973) notait que les modèles de travail sont automatiquement projetés sur le thérapeute, conférant une dimension interpersonnelle à la relation transférentielle.

Attachement et alliance thérapeutique : ce qui se joue dans une première rencontre

L'alliance thérapeutique apparaît comme un phénomène initial, voire préexistant au traitement et idiosyncrasique au sujet (Mackie, 1981). Elle traduit en particulier l'idée de recherche d'aide auprès d'un professionnel et les attitudes du sujet face au défi que représente le fait d'en avoir besoin. Le phénomène d'alliance intègre pour chaque sujet la représentation de comment il peut utiliser le phénomène de base de sécurité. La formation de l'alliance thérapeutique est donc affectée par les MIO de soi, de l'autre et de la relation entre soi et l'autre dans un contexte de vulnérabilité ou de détresse (Kanninen et coll., 2000). Les orientations d'attachement que le patient apporte dans la prise en charge risquent d'affecter la formation de l'alliance thérapeutique. Les patients sécures trouvent en général facile de former une bonne alliance. Leurs modèles positifs des autres, leur sentiment fondamental de confiance dans la disponibilité et les bonnes intentions des autres, et leur propension à former des liens intimes interdépendants facilitent la formation de liens émotionnels forts avec le thérapeute (Mikulincer et Shaver, 2007). Chez les sujets insécures, les modèles négatifs des autres et l'expression exagérée de leurs besoins d'attachement inassouvis, ou le déni défensif de ces besoins, sont des entraves majeures à la formation de l'alliance : leur propension à douter de la manière dont le thérapeute les considère, leurs soucis et leurs défenses contre la dépendance et l'intimité peuvent être présents dès la première rencontre et gêner la formation de l'alliance (Saunders, 2001). Les MIO insécures peuvent, du fait de leur inflexibilité, empêcher le sujet d'intégrer les conditions nouvelles d'une relation positive telles que l'offre le thérapeute, justement parce qu'elles ne concordent avec pas le modèle des autres qu'il a construit (Sable, 1992).

Les attentes sur les relations sont réactivées en cas de stress (et particulièrement de stress interpersonnel) et déclenchent automatiquement des réactions émotionnelles en fonction de l'interprétation et de l'évaluation de l'événement, déterminées par les MIO du sujet (Mallinckrodt, 2000). Les attitudes des patients par rapport aux soins sont alors considérées comme des stratégies de régulation de l'activation de l'attachement sur le modèle de l'hyperactivation ou de la désactivation (voir *L'Attachement : approche théorique*, chapitre 5 ; Dozier et Tyrrell, 1998).

Dozier et coll. (2001) soulignent que les adultes à l'état d'esprit évitant régulent leur attachement par la désactivation en éloignant leur attention des questions liées à l'attachement. Ces sujets, bien qu'essayant de paraître invulnérables, sont mal à l'aise lorsqu'on leur demande de parler des questions d'attachement. Or que fait un processus psychothérapeutique, sinon traiter des questions interpersonnelles et donc, inéluctablement, des questions liées à l'attachement ? Harris (2003) a décrit les alliances possibles. Le sujet évitant est décrit comme précautionneux et méfiant, évitant ce que le thérapeute a à lui offrir et déniait la vérité des interprétations pourtant valides. Les sujets ayant surtout recours aux stratégies d'hyperactivation (ambivalents ou préoccupés), ont souvent des conflits irrésolus avec leurs parents et une tendance à reconnaître une grande détresse personnelle. Ceci se traduit par une plus grande recherche d'aide thérapeutique, plus de dévoilement des problèmes et plus de demandes faites à ceux qui sont censés fournir ce soin. L'ambivalent peut masquer son anxiété par une acceptation trop facile du fait que la thérapie a de la valeur. Le patient désorganisé manque de stratégies cohérentes et peut osciller entre différentes attitudes. Il peut parler librement mais vivre les commentaires du thérapeute, surtout les interprétations transférentielles, comme contrôlantes, abusives ou intrusives, et donc ne pas vouloir écouter ou entendre. Il peut se défendre avec un flot de paroles qui ne parlent pas vraiment des choses importantes ou des besoins émotionnels qu'il vit de manière honteuse et dont il craint qu'ils ne suscitent que du rejet de la part du thérapeute ; il a tendance à rater les séances initiales et à rompre. La théorie de l'attachement permet de comprendre pourquoi, pour les patients qui ont des histoires traumatiques d'attachement non résolues, il n'y a rien de plus dangereux ou de plus inutile ou de plus décevant que l'aide alors que les professionnels fonctionnent avec la croyance implicite que l'aide est quelque chose d'utile, bénéfique et sans danger (Fraiberg, 1980).

Études expérimentales sur l'attachement et l'alliance thérapeutique en santé mentale

Nous nous limiterons aux études expérimentales sur l'attachement et l'alliance thérapeutique initiale. Mallinckrodt et coll. (2005) soulignent qu'il faut raisonnablement au moins trois séances, dans un contexte de santé mentale, pour qu'on puisse parler d'attachement au thérapeute. Le modèle d'alliance le plus étudié dans ces études sur attachement et alliance est celui de l'alliance de travail (Bordin, 1979), qui insiste sur la nature collaborative de la relation (partenariat dans la relation). Il s'agit de la co-construction entre « l'usager » et le professionnel d'une relation thérapeutique basée sur l'agrément quant aux objectifs de la prise en charge, aux tâches et moyens pour atteindre ces objectifs, et sur le lien positif entre les deux partenaires.

Le lien dans l'alliance de travail est décrit comme un lien émotionnel, basé sur le sentiment d'avoir de la valeur pour le thérapeute, d'être l'objet de ses soins, et d'être aimé ainsi que le sentiment d'avoir confiance dans la disponibilité et la sensibilité de son thérapeute (Horvath et Greenberg, 1994).

Il existe un lien entre la difficulté des usagers à former une alliance positive de travail en début de thérapie et certaines caractéristiques indirectes ou directes de leur attachement (Hersoug et coll., 2002). Sont associés à une mauvaise qualité de l'alliance la difficulté à maintenir des relations sociales (Mallinckrodt, 1991), de mauvaises relations familiales actuelles (Kokotovic et Tracey, 1990), les souvenirs de soins parentaux de mauvaise qualité (Mallinckrodt et coll., 1995a). Il existe une association significative entre les indicateurs d'une sécurité de l'attachement (états d'esprits ou styles d'attachement) et la qualité positive de l'alliance. Les patients sécures sont à l'aise dans la recherche d'une thérapie et sont capables de s'engager eux-mêmes dans le processus ; les patients détachés ont plus de difficultés du fait de leur déni d'un besoin d'aide, et les préoccupés sont entravés par leur dépendance et leurs besoins trop intenses (Dozier, 1990 ; Dozier et coll., 2001). Il existe une relation significative entre la capacité à dépendre des autres, le confort dans la proximité et une alliance de travail positive (Satterfield et Lyddon, 1995). La crainte d'abandon dans les relations proches est associée à une alliance de travail plus pauvre (Mallinckrodt, 1991). Les études entre style d'attachement et qualité de l'alliance en tout début de rencontre sont plus rares. Mallinckrodt et coll. (1995b), puis Parish et Eagle (2003), individualisent deux types de patients dont les profils rappellent les stratégies d'hyperactivation et de désactivation des stratégies d'attachement. Un premier rassemble les sujets dits « réticents » (*reluctant*), qui montrent une bonne alliance, mais sont peu enclins à se dévoiler dans la thérapie ; le deuxième type regroupe les sujets préoccupés et ayant un évitement bas, qui montrent une alliance marquée de plus de tension. Mallinckrodt (1995b) a développé un outil d'évaluation de l'attachement du patient au professionnel, la CATS (*Client Attachment to the Therapist Scale*). Cet autoquestionnaire comporte 25 items regroupés en 3 dimensions (sécure, détaché et préoccupé).

Théorie de l'attachement et demande d'aide en santé mentale de l'enfant

Les caractéristiques de l'attachement chez les parents et leur capacité à s'engager dans une relation d'aide avec un professionnel en santé mentale de l'enfance ont encore été très peu étudiées (Korfmacher et coll., 2007). Un parent qui amène son enfant consulter en santé mentale vient chercher de l'aide pour son enfant : cette démarche est motivée par son idée de protection et de soin à son enfant (quelle que soit la forme qu'il donne au fait

de protéger ou de prendre soin de leur enfant), et donc par ses modèles de *caregiving*. Le contexte de cette rencontre active également le propre système d'attachement du parent : première rencontre, sentiment d'échec ou d'impuissance en tant que parent. En santé mentale de l'enfant, tout ce qui sera dit et montré par les parents peut être considéré comme un indicateur de l'organisation de leurs MIO d'attachement et de *caregiving* et le reflet de leur fonctionnement réciproque (Guédeney et Guédeney, 2007). Lorsque le système d'attachement d'un parent est activé de manière trop intense, il devient prioritaire pour la survie psychologique du parent de diminuer cette activation (Hoffman et coll., 2006). Si le parent a une organisation insécure de l'attachement, cette activation de son système d'attachement risque de réveiller les stratégies habituellement mises en place pour rétablir son homéostasie et qui empêchent de percevoir les signaux qui normalement activent son *caregiving* (Kobak et Mandelbaum, 2003). Les parents insécures sont à haut risque de se trouver dans un conflit de motivations entre leur volonté d'aider leur enfant (système de *caregiving*) et le besoin de se protéger de leur propre peur suscitée par le fait de demander de l'aide ou de devoir en recevoir (Rusconi-Serpa et coll., 2009).

Il y a encore très peu d'études expérimentales sur l'attachement chez les parents et l'alliance de travail en pédopsychiatrie. Korfmacher et coll. (1997) montrent que les mères autonomes à l'AAI sont les plus engagées dans le processus de visite à domicile (participation, engagement émotionnel et relation positive) alors que les mères désorganisées ont la participation la plus basse, le moins d'engagement émotionnel et la plus mauvaise qualité de relation avec l'intervenant. Sharp et coll. (2003) montrent que la capacité des familles avoir un soutien social de qualité avec leur partenaire et leur famille est associée avec une relation plus positive avec le professionnel. Rector (2002), cité par Korfmacher et coll. (2007), trouve que les parents qui montrent le plus haut niveau de participation dans une intervention à domicile ont une relation de type préoccupée avec l'intervenant. Korfmacher et coll. (2007) trouvent un lien entre la sécurité chez le parent et la force de la relation d'aide avec le professionnel.

Relation malade-médecin du point de vue de l'attachement

Relation d'aide en médecine somatique

La caractéristique des rencontres médecin-malade difficiles est ce sentiment désagréable éprouvé par le médecin lorsqu'il interagit avec le patient qui rappelle la nature interpersonnelle du problème (Groves, 1978). Les différences individuelles concernant les attentes quant aux soignants, les modalités de recherche de soins et les expressions de la détresse découlent

des styles d'attachement et s'avèrent une voie pertinente pour comprendre les difficultés dans la relation médecin-malade (Hunter et Maunder, 2001). Une seule étude a mesuré les liens entre le style d'attachement des patients et les difficultés éprouvées par les médecins (Maunder et coll., 2006). Parmi les patients étiquetés « difficiles » sur le plan relationnel par le médecin, les styles d'attachement insécures dominaient, avec une majorité de styles craintifs et seulement 2 % de sécures. Les auteurs notent que si les priorités du patient sont davantage la mise en confiance et l'établissement d'un sentiment de sécurité, plutôt que le besoin de coopérer avec le médecin pour résoudre le problème, des difficultés relationnelles risquent de surgir ; de même, si le style de communication du patient amplifie ou minimise la détresse, cela interfère avec la capacité du patient à donner ou à recevoir les informations médicales utiles. Les patients avec une forte anxiété en lien avec l'attachement sont plus difficiles à rassurer et peuvent être perçus comme requérant une attention excessive, surtout dans le cadre d'urgences.

La tendance à hyperactiver ou à désactiver les comportements signalant la détresse est centrale dans la description des styles d'attachement (Maunder et coll., 2006). En fonction des styles d'attachement apparaissent des différences au niveau des comportements de santé. Les sujets sécures ont des attentes positives quant à l'aide que les soignants peuvent leur apporter et quant à la confiance qu'ils peuvent leur accorder. Les sentiments générés par la maladie, comme l'anxiété ou la colère, sont exprimés sans altérer ou envahir la relation avec les soignants. Ces patients peuvent à la fois penser sur et ressentir leur maladie, mais également imaginer l'effet de cette maladie sur leurs proches et sur les soignants. Ces sujets peuvent avoir des difficultés, mais ne sont pas difficiles à aider. Les individus préoccupés auraient tendance à idéaliser le corps médical et à s'accuser de leurs problèmes de santé. Cependant, si le problème de santé se prolonge, ils peuvent rapidement devenir déçus et insatisfaits de leur traitement, et agir de telle sorte que le traitement soit inefficace. Les individus détachés seraient réticents à chercher de l'aide ; ils pourraient manifester une hostilité envers les professionnels de santé, ou observer assez médiocrement leur traitement. Enfin, les individus craintifs ne demanderaient de l'aide qu'en situation de grande détresse, de manière apparemment désespérée qui en fait pourrait masquer leur réticence à abandonner leur souffrance.

Relation d'aide en soins palliatifs

Les soins palliatifs sont une situation clé pour le système d'attachement (Tan et coll., 2005). L'imminence de la mort, séparation ultime, active le système d'attachement de celui qui va partir et de ses proches (Petersen et

Koehler, 2006). Kubler Ross, dès 1969, avait analysé les réactions à la mort selon la séquence « protestation, désespoir, détachement » en fonction des réactions décrites par les Robertson. Tan et coll. (2005) revisitent le désir d'euthanasie à la lumière de l'attachement. L'érosion de la capacité d'auto-suffisance et la possibilité de devoir s'appuyer sur les autres pour tous les besoins élémentaires peuvent éveiller des craintes extrêmes de dépendance et contribuer au souhait d'abrégé la vie. Le désir d'euthanasie peut ainsi surgir non seulement à cause de sentiments de dépression ou de désespoir, mais aussi comme l'essai actif d'échapper aux sentiments intolérables de vulnérabilité associés à la dépendance. Petersen et Koehler (2006) notent que les *patterns* d'attachement décrits chez les adultes émergent encore plus nettement dans les phases terminales, et particulièrement en unités de soins palliatifs. L'admission à une unité de soins palliatifs signifie une séparation et active fortement l'attachement, car on a abandonné l'espoir dans une médecine qui peut encore soigner : les *patterns* d'attachement des patients en phase terminale sont repérables dans les interactions physiques au sein de la famille, les expressions verbales et infraverbales. L'unité de soins palliatifs offre aux patients des attachements stables et sécurisants pour ce qui reste de la vie : les soignants soulagent la douleur, ce qui contribue à les faire accepter plus facilement comme de nouvelles figures d'attachement dignes de confiance ; l'approche inéluctable de la mort peut aussi réveiller et accentuer cette volonté de trouver une figure sécurisante, particulièrement pour les patients qui n'ont pu trouver dans leur vie antérieure un havre de sécurité (Shaver et Mikulincer, 2004).

Conclusions et implications cliniques

La théorie de l'attachement apporte une autre lecture au processus de demande de soin : sa signification est analysée au regard des différents systèmes motivationnels sollicités par ce contexte particulier. Comme on l'a vu dans plusieurs chapitres, la théorie de l'attachement a montré que la peur et la lutte contre la peur étaient la question cruciale au début de la vie pour le bébé humain. La première rencontre ne traduit pas forcément l'ambivalence de l'usager en terme de désir et d'agressivité, mais plutôt en terme de désir et de peur (Slade, 2008). Cette reformulation a un impact majeur sur la manière dont on aborde ces patients et celle dont on peut organiser la première rencontre. En mettant la peur au cœur de notre compréhension avec les patients vécus comme difficiles, on se met en tant que professionnel dans une position de sympathie plutôt qu'en opposition avec les défenses et la résistance du patient. La théorie de l'attachement insiste sur la valeur de défi que prend le processus de soin, quel que soit le soin, psychologique ou somatique, pour tel ou tel patient, par rapport à ses stratégies défensives habituelles quant à l'idée de montrer sa vulnérabilité, de la ressentir et de demander de l'aide.

Références

- Bifulco, A., Lillie, A., Ball, C. et coll. (1998). *Attachment Style Interview (ASI): Training Manual*. Londres : Royal Holloway, University of London.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the Working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252–259.
- Bowlby, J. (1969/1982) *Attachment and loss*, vol. 1. *Attachment*. New York : Basic Books. Trad. franç. J. Kalmanovitch (1978). *Attachement et perte, tome 1 : L'attachement*. Paris, PUF.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss*, vol. 2: *Separation: anxiety and anger*. New York : Basic Books. Trad. franç. Bruno de Panafieu (1978). *Attachement et perte, tome 3 : La séparation : angoisse et colère*. Paris, PUF.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds, I : Some principles of psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 130, 421–431.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. Londres : Routledge.
- Dozier, M. (1990). Attachment organisation and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Development and Psychopathology*, 2, 47–60.
- Dozier, M., Lomax, L., Tyrrell, C. L. et coll. (2001). The challenge of treatment for clients with dismissing states of mind. *Attachment and Human Development*, 3, 62–76.
- Dozier, M., Tyrrell, C. (1998). The role of attachment in therapeutic relationships. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (dir.), *Attachment theory and close relationships*. New York : Guilford Press.
- Fraiberg, S. (1980). *Clinical studies in infant mental health: The first year of life*. New York : Londres : Tavistock Publications. Trad. franç. : A. Nataf-Cooper (1999). PUF, Paris.
- Groves, J. E. (1978). Taking care of the hateful patient. *New England Journal of Medicine*, 298, 883–904.
- Guédénecy, N., & Guédénecy, A. (2007). Twelve years later: From « Fraiberg in Paris » to Attachment theory applied to community health care centers for family and toddlers. *The Signal*, 15, 1–8.
- Harris, T. (2003). Implications of attachment theory for developing a therapeutic alliance and insight in psychoanalytic psychotherapy. In M. Cortina & M. Marrone (dir.), *Attachment theory and the psychoanalytic process* (p. 62–91). Londres : Whurr Publishers.
- Hersoug, A. G., Monsen, J. T., Havik, O. E. et coll. (2002). Quality of early working alliance in psychotherapy: Diagnoses, relationship and intrapsychic variables as predictors. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 18–27.
- Hoffman, K. T., Marvin, R. S., Cooper, G. et coll. (2006). Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications. The circle of security intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1017–1026.
- Holmes, J. (1993). *John Bowlby and attachment theory*. London : Routledge.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1994). *The Working Alliance: Theory, research and practice*. New York : John Wiley & Sons, Inc.
- Hunter, J. J., & Maunder, R. G. (2001). Using attachment theory to understand illness behaviour. *General Hospital Psychiatry*, 23, 177–182.
- Kanninen, K., Salo, J., & Punamaki, R. L. (2000). Attachment patterns and Working Alliance in trauma therapy for victims of political violence. *Psychotherapy Research*, 10, 435–449.

- Kivlighan, M. D., Patton, M. J., & Foote, D. (1998). Moderating effects of client attachment on the counselor experience-working alliance relationship. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 274–278.
- Kobak, R. R., & Mandelbaum, T. (2003). Caring for the caregiver: An attachment approach to assessment and treatment of child problems. In S. M. Johnson and V. E. Whiffen (dir.), *Attachment processes in couple and family therapy* (p. 144–164). New York : Guilford Press.
- Kokotovic, A. M., & Tracey, T. J. (1990). Working alliance in the early phase of counselling. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 16–21.
- Korfmacher, J., Adam, E., Ogawa, J. et coll. (1997). Adult attachment: Implications for the therapeutic process in a home visitation intervention. *Applied Developmental Science*, 1, 43–52.
- Korfmacher, J., Green, B., Spellmann, M. et coll. (2007). The helping relationship and program participation in early childhood home visiting. *Infant Mental Health Journal*, 5, 459–481.
- Kubler-Ross, E. (1969/1975). *Les derniers instants de la vie*, trad. C. Jubert & E. De Peyer. Genève : Labor et Fides.
- Mackie, A. J. (1981). Attachment theory: Its relevance to the therapeutic alliance. *British Journal of Medical Psychology*, 54, 203–212.
- Mallinckrodt, B. (1991). Clients' representations of childhood emotional bonds with parents, social support and formation of the Working Alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 401–409.
- Mallinckrodt, B. (2000). Attachment, social competencies, social support and interpersonal process in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 10, 239–266.
- Mallinckrodt, B., Coble, H. M., & Gantt, D. L. (1995a). Working Alliance, attachment memories and social competencies of women in brief therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 79–84.
- Mallinckrodt, B., Gantt, D. L., & Coble, H. M. (1995b). Attachment patterns in the psychotherapy relationship: Development of the Client Attachment to Therapist Scale. *Journal of Counselling Psychology*, 42, 307–317.
- Mallinckrodt, B., Porter, M. J., & Kivlighan, D. M. (2005). Client attachment to therapist, depth of in-session exploration and object relation in brief psychotherapy. *Psychotherapy Research : Theory, Research, Practice and Training*, 42, 85–100.
- Maunder, R. G., Panzer, A., Viljoen, M. et coll. (2006). Physicians' difficulty with emergency department patients is related to patients' attachment style. *Social Science & Medicine*, 63, 552–562.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: structure, dynamics and change*. New York : Guilford Press.
- Parish, M., & Eagle, M. N. (2003). Attachment to the therapist. *Psychoanalytic Psychology*, 20, 271–286.
- Petersen, Y., & Koehler, L. (2006). Application of attachment theory for psychological support in palliative medicine during the terminal phase. *Gerontology*, 52, 111–123.
- Robertson, J. (1952). *A two-year-old goes to the hospital* [film].
- Robertson, J. (1958) *Going to the hospital with mother* [film].
- Rusconi-Serpa, S., Guédenev, N., Hervé, M. J. et coll. (2009). Les ressentis négatifs du thérapeute, partie 2 : Quelles stratégies thérapeutiques ? *Devenir*, 21, 7–30.
- Sable, P. (1992). Attachment theory: Application to clinical practice with adults. *Clinical Social Work Journal*, 20, 271–283.

- Satterfield, W. A., & Lyddon, W. J. (1995). Client attachment and perceptions of the working alliance with counselor trainees. *Journal of Counselling Psychology*, 42, 187–189.
- Saunders, S. M. (2001). Pretreatment correlates of the therapeutic bond. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 1339–1352.
- Sharp, E. A., Ispa, J. M., Thornburg, K. R. et coll. (2003). Relations among mother and home visitor personality, relationship quality, and amount of time spent in home visit. *Journal of Community Psychology*, 31, 591–606.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2004). Attachment in the later years : A commentary. *Attachment and Human Development*, 6, 451–464.
- Slade, A. (2008). The implications of attachment theory and research for adult psychotherapy. In J. Cassidy & P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2^e éd., p. 762–782). New York : Guilford Press.
- Tan, A., Zimmermann, C., & Rodin, G. (2005). Interpersonal processes in palliative care: An attachment perspective on the patient-clinical relationship. *Palliative Medicine*, 19, 143–150.
- Tyrrell, C. L., Dozier, M., Teague, G. B. et coll. (1999). Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders: The importance of attachment states of mind. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 725–733.

17 Applications de la théorie de l'attachement au suivi des adolescents

Frédéric Atger, Claire Lamas

Les applications thérapeutiques que propose Bowlby, comme sa théorie du développement, sont marquées par le même souci de donner toute sa place à la réalité externe, aux réponses données par l'environnement et aux événements traumatiques en rapport avec l'attachement (séparations, pertes, abus). On peut regrouper les propositions d'*A secure base* (1988, chapitre 8) autour de deux axes :

- le thérapeute doit occuper une place dans la réalité. L'expérience relationnelle nouvelle vécue avec lui est une des clés du changement ;
- la réalité externe permet de travailler sur le monde interne. Elle représente un levier thérapeutique essentiel et permet de modifier les MIO.

Cette approche paraît particulièrement pertinente à l'adolescence, période au cours de laquelle le système d'attachement traverse de profondes transformations du fait à la fois de changements dans la réalité externe et de remaniements internes (voir *l'Attachement : approche théorique*, chapitre 9).

La théorie de l'attachement porte essentiellement sur les relations et le sentiment de sécurité qu'elles procurent. Dans le travail thérapeutique, l'accent est mis non seulement sur les représentations que l'adolescent a de ses relations, sur la relation avec le thérapeute, mais aussi les relations actuelles avec ses parents, ce qui suppose qu'ils aient une place dans le traitement.

Nous allons donc envisager ces différents aspects, le travail avec l'adolescent d'une part, le travail avec l'adolescent et ses parents d'autre part, puis seront abordés des points plus spécifiques : la séparation thérapeutique, le rôle du groupe et la place des médiations corporelles.

Travail avec l'adolescent

La mise en place d'un cadre thérapeutique prenant en compte le comportement d'attachement nécessite au préalable d'évaluer le style d'attachement de l'adolescent et son histoire développementale.

Évaluation du style d'attachement

En clinique, le comportement d'attachement est fortement activé lors des premiers contacts : les troubles psychopathologiques s'accompagnent d'un intense sentiment de détresse ; la consultation elle-même est une situation stressante (impliquant nouveauté, étrangers et séparations). Toutefois, à la différence de ce qui se passe avec un enfant, il est difficile de se reposer sur une séméiologie comportementale pendant la consultation pour repérer les schèmes d'attachement (Crowell, 2003). L'évaluation passera donc surtout par le recueil d'informations sur le comportement de l'adolescent dans différentes situations relationnelles et sociales. Son discours et surtout la forme de celui-ci sera également une source d'information précieuse. Ici, les repères issus de l'AAI (voir *l'Attachement : approche théorique*, chapitre 13) peuvent être particulièrement utiles.

Typiquement, les adolescents préoccupés sont anxieux, ils ressentent les problèmes et font preuve d'avidité relationnelle. Vis-à-vis de leurs parents, ils alternent attitudes dépendantes et mouvements de colère. Ils sont également « collants » dans leurs relations amicales et adoptent souvent une position de victimes. Focalisés sur leurs blessures et leurs émotions, ils passent d'un excès d'autocritique à des récriminations vis-à-vis des autres. Allen et Land (1999) soulignent que les adolescents préoccupés ont tendance à avoir recours à des comportements hostiles, autodestructeurs ou exaspérants afin de susciter l'attention des parents et d'exprimer leur colère ou leur opposition. Cette forme d'attachement rend l'adolescent incertain de ses propres compétences, très assujéti au jugement des figures d'attachement représentées par les parents. Il ne développe pas de manière adéquate des relations extérieures par lesquelles il pourrait recevoir une reconnaissance et une validation de ses compétences propres (Hilburn-Cobb, 2004).

Les traits qui caractérisent les adolescents évitants rendent souvent difficile leur prise en charge. Ils ont réprimé depuis longtemps leurs besoins relationnels vis-à-vis de leurs parents et se présentent comme totalement autosuffisants. Ils minimisent leurs problèmes et font des efforts pour éviter d'évoquer les émotions négatives (peur, colère). Les déceptions, les blessures, les sentiments de solitude sont niés ou banalisés. Avec leurs pairs, ils apparaissent comme des déprimés solitaires ou bien s'enferment dans une attitude hautaine, hostile et parfois agressive. Ils ont peu d'amis proches et leurs amitiés sont soit superficielles, soit exclusives et ombrageuses. Les travaux de recherche indiquent que leurs difficultés se manifestent le plus souvent par des troubles des conduites ou la consommation de substances psychoactives.

Il est indispensable de compléter l'évaluation du style d'attachement par une anamnèse orientée sur les événements qui ont pu peser sur les relations d'attachement de l'adolescent : séparations physiques précoces (hospitalisation

d'un parent, adoption), séparation « émotionnelle » (parent souffrant de troubles psychologiques, en particulier d'une dépression), séparations dans la famille, décès importants. Ces séparations peuvent avoir eu un retentissement direct lorsqu'il s'agit de figures d'attachement pour l'adolescent, ou indirect quand il s'agit de la figure d'attachement de l'un de ses parents.

Cadre thérapeutique

Mackey (2003) reprenant les conceptions de Bowlby (1988) et de Sable (1992) propose une formulation des éléments clés dans le traitement des adolescents : le thérapeute doit représenter une base de sécurité ; la relation qui se met en place avec ses distorsions fournit des éléments pour comprendre son style relationnel ; le thérapeute doit encourager l'adolescent à examiner comment ses perceptions et ses attentes résultent de ses interactions avec ses figures d'attachement, l'aider à changer les aspects contraignants de ses *patterns* relationnels. Enfin, à cet âge, le travail avec les parents peut être utilisé pour avoir un accès direct à ses figures d'attachement primaires.

Sur bien des points, ces principes rejoignent ceux de l'approche psychanalytique classique avec les notions de soutien, d'interprétation du transfert et de construction ou de reconstruction du passé. Pour Bowlby (1977), les éléments plus spécifiques sur lesquels insiste la théorie de l'attachement, que nous avons reformulés à propos des adolescents, sont les suivants :

- la place centrale, en théorie comme en pratique, de la notion de base de sécurité ;
- la focalisation sur les expériences réelles de l'adolescent, en évitant les interprétations en termes de fantasmes plus ou moins primitifs ;
- l'attention aux détails de l'attitude actuelle et passée des parents et des réponses de l'adolescent ;
- enfin, l'utilisation des interruptions du cours du traitement, en particulier celles imposées par le thérapeute, pour observer comment l'adolescent les interprète et y répond, l'aider à prendre conscience de ces interprétations et ces réactions, et à les comprendre.

L'exploration au cours du traitement des événements marquants touchant à l'attachement est souvent difficile. Dans bien des cas, l'adolescent omet des faits majeurs ou les falsifie. C'est le cas par exemple pour les souvenirs d'avoir été négligé ou rejeté par les parents, d'avoir été menacé d'abandon, d'avoir été témoin d'une tentative de suicide et bien sûr d'avoir été battu ou abusé sexuellement. L'adolescent a grandi en sachant que la vérité ne devait pas être divulguée et très souvent avec le sentiment d'avoir à se reprocher les problèmes à lui-même, points sur lesquels ses parents ont toujours plus ou moins explicitement insisté. Bon nombre de symptômes, apparemment

sans rapport, peuvent en fait être en relation avec ces secrets familiaux. Il est donc fondamental pour le clinicien de connaître en profondeur les effets sur les *patterns* d'attachement de ces expériences familiales pathogènes et de savoir quels sont les faits qui doivent être recherchés face à certaines manifestations – ceux qui risquent le plus d'être omis, supprimés ou déformés.

Le travail sur les expériences avec les parents ne vise pas à rechercher leurs failles pour encourager l'adolescent à les rendre responsables de leurs difficultés. L'objectif est de l'aider à réaliser dans quelle mesure il a pu percevoir et surtout interpréter le comportement de ses figures d'attachement de façon erronée, et à imaginer d'autres interprétations possibles.

Très souvent, les comportements qui provoquent sentiments de rejet ou de colère et qui sont à l'origine de la mise en place des stratégies secondaires perdurent depuis l'enfance. Très tôt, l'enfant a été amené à construire une explication avec les moyens cognitifs et affectifs dont il dispose. Ces constructions sont marquées par une perspective très égocentrique et une méconnaissance de certaines des motivations des adultes qui caractérisent les années d'immaturité. L'adolescence, au cours de laquelle ces moyens cognitifs et affectifs évoluent considérablement et qui donne accès à de nouvelles motivations, rend possible une réévaluation de ces constructions. Le sujet peut à partir de cette période bâtir des hypothèses plus complexes, moins égocentriques, sur l'intentionnalité sous-tendant le comportement de ses figures d'attachement. L'adolescent peut ainsi se représenter plus finement les difficultés émotionnelles et les expériences douloureuses traversées par ses parents. De la place de thérapeute, avec la neutralité qu'elle suppose, il convient d'appréhender le comportement pathogène des parents avec la même objectivité que celui de l'adolescent. Notre rôle n'est pas de stigmatiser les uns ou les autres, mais de repérer les chaînes causales afin de les rompre et d'atténuer leurs effets.

Travail avec l'adolescent et ses parents

Les raisons de travailler avec les parents, si l'on se réfère à la théorie de l'attachement, sont nombreuses. Certaines ont déjà été évoquées, la principale étant qu'ils restent des figures d'attachement pour l'adolescent. Comme on l'a vu (*l'Attachement : approche théorique*, chapitre 9), la théorie de l'attachement conceptualise les changements en termes de transformations des liens préexistants, qui deviennent plus complexes tout en continuant à jouer un rôle fondamental pour assurer un sentiment de sécurité (Cretzmeyer, 2003). Les adolescents qui présentent des troubles sont probablement ceux qui gardent les liens les plus étroits et les plus rigides avec leurs figures d'attachement primaires, empêchant ainsi les remaniements nécessaires.

Sémiologie

La rencontre des parents en présence de l'adolescent permet de recueillir des éléments concernant leurs interactions habituelles. Là encore, plus que le comportement pendant l'entretien, ce seront les récits qu'ils feront et les caractéristiques de leur discours sur leur enfant et sur leur propre enfance qui pourront apporter des renseignements sur leur état d'esprit en ce qui concerne l'attachement.

On peut tenter d'apprécier leur sensibilité, dans l'acception que donnent Ainsworth et coll. (1978) à ce terme, à la détresse de leur enfant. Cette sensibilité dépend en grande partie de leur état d'esprit vis-à-vis de l'attachement et donc de leurs propres expériences infantiles. Ainsi, certains parents pourront exprimer leur désarroi devant l'impression qu'ils ne parviennent pas à procurer réconfort et apaisement à leur adolescent en difficulté. Ils sont préoccupés par le mal-être de leur enfant et ont une certaine capacité à voir la situation de son point de vue. D'autres, au contraire, sont focalisés sur leur propre point de vue et en particulier sur la façon dont les problèmes de l'adolescent les affectent eux. Ils peuvent ainsi tenir des propos qui donnent l'impression qu'ils ne sont pas convaincus de ses besoins ou de sa détresse. Ils peuvent aussi avoir tendance à présenter les difficultés comme un problème à résoudre par le thérapeute sans manifester le souhait ou la capacité de s'engager eux-mêmes dans la prise en charge. Souvent, ces parents n'ont pas eux-mêmes ressenti la nécessité de demander de l'aide et c'est plutôt à la demande de l'école, de la justice ou des services sociaux qu'ils amènent leur adolescent consulter.

Dans certaines situations, on peut retrouver une inversion des rôles depuis l'enfance. L'un des parents a grandi en développant un attachement anxieux et utilise son enfant comme figure d'attachement. À l'adolescence, cette configuration entraîne des difficultés d'exploration pour le patient et un sentiment de menace de perte pour le parent (Bowlby, 1988).

Cadre thérapeutique

Le cadre thérapeutique doit également représenter une base de sécurité pour les parents. Ils sont eux-mêmes en situation de détresse face aux difficultés de leur adolescent, leur système d'attachement est aussi activé. La problématique de séparation qui sous-tend un grand nombre des difficultés à cet âge est susceptible d'entraîner des résonances chez eux. Il est donc important de leur permettre, à eux aussi, de retrouver un sentiment de sécurité pour qu'ils puissent « explorer », c'est-à-dire mieux comprendre leur enfant, leurs propres réactions, et accepter certains changements.

Par ailleurs, le fait que le thérapeute représente une base de sécurité pour l'adolescent ne signifie pas que les parents perdent cette fonction. Il est souhaitable au contraire que le soutien empathique et actif offert par le thérapeute les aide à garder ou à reprendre ce rôle, tout en découvrant de nouveaux moyens de le faire. Les entretiens réunissant l'adolescent et ses parents vont avoir l'intérêt pour les parents de découvrir à travers la relation entre l'adolescent et le thérapeute d'autres façons de comprendre les comportements d'attachement de leur enfant et d'autres façons d'y répondre.

Les entretiens communs peuvent aussi permettre à chacun de découvrir la façon dont les autres membres de la triade ont vécu certains événements familiaux. Ils sont l'occasion pour l'adolescent d'apprendre, parfois pour la première fois, un certain nombre d'expériences difficiles en rapport avec l'attachement, vécues par l'un ou l'autre des parents. Même si souvent l'adolescent connaît déjà « les faits », le climat rassurant et protecteur instauré par le thérapeute peut favoriser l'expression par le parent des affects liés à ces événements. Ce type d'échanges favorisera une relance de ce que Bowlby appelle le « partenariat corrigé quant au but ». Du fait de ses capacités cognitives accrues et grâce à l'aide du thérapeute, l'adolescent pourra mieux tenir compte des représentations et des motivations de ses parents. Cette évaluation plus précise de leur état d'esprit et donc de leur disponibilité pourra favoriser la reprise de l'exploration.

Applications à des situations particulières

Thérapie familiale dans la dépression à l'adolescence

Diamond et Stern (2003) proposent un modèle d'intervention brève très complet auprès des adolescents déprimés, directement inspiré de la théorie de l'attachement. Il souligne l'échec de l'adolescent déprimé dans la négociation auprès des parents des tâches liées à l'autonomie, du fait de relations d'attachement insécures. La thérapie proposée s'intéresse directement aux échecs dans la relation d'attachement parents-enfants ayant conduit à cette situation. La première étape du traitement vise à rétablir une base de sécurité en aidant l'adolescent à identifier et formuler les conflits familiaux passés et présents ou les éléments ayant interrompu le lien d'attachement et mis à mal la confiance entre les membres de la famille. Le rôle du thérapeute est celui de soutien des parents afin de leur permettre de tolérer et accepter les « accusations » de l'adolescent, de reconnaître le sentiment d'injustice perçu par l'adolescent. Ce processus facilite la diffusion des tensions familiales, et permet de rétablir la famille dans sa fonction de base de sécurité et de rouvrir le système vers les conduites d'exploration. La seconde partie de la thérapie s'articule

davantage autour de la promotion de l'autonomie de l'adolescent afin de lutter contre l'image négative de lui-même et l'isolement, et de rétablir les challenges habituels à cette période de la vie. Les parents jouent alors leur rôle de base de sécurité afin de soutenir cette démarche. Diamond définit également les problèmes cibles de l'intervention : critiques et hostilité dans les échanges familiaux, motivation de l'adolescent et engagement dans la thérapie, stress parental, conduites éducatives inefficaces, désengagement des parents dans la relation avec l'adolescent, régulation émotionnelle au sein de la famille, image de soi négative. Au niveau du cadre, il propose l'alternance entre entretiens conjoints avec adolescent et parents et entretiens individuels non seulement avec l'adolescent, mais également avec les parents.

Séparation thérapeutique

Elle peut être rendue nécessaire lorsque les parents ne sont plus en mesure de jouer leur rôle de base de sécurité ou que l'activation du système empêche toute exploration et donc son ouverture. L'indication doit être prudemment posée en tenant compte du fait qu'elle prive l'adolescent d'une source de soutien importante, même si les interactions sont très perturbées. De plus, cette décision risque de donner l'impression aux parents qu'ils sont disqualifiés dans leur rôle protecteur.

La séparation provoque une crise du système, seule à même de permettre son ouverture : le système d'attachement est activé, mais l'absence de proximité physique et d'interactions directes avec les parents, tout en maintenant une disponibilité notamment par les liens médiés par l'équipe soignante, rompt le cercle vicieux détresse de l'adolescent – activation du comportement d'attachement – augmentation de l'anxiété des parents – accentuation de leurs comportements rejetants ou imprévisibles – augmentation de la détresse de l'adolescent, et autorise la reprise des conduites d'exploration, l'ouverture vers les pairs (système affiliatif).

Importance des pairs et utilisation thérapeutique des groupes

Un certain nombre d'adolescents peuvent avoir du mal à nouer une nouvelle relation d'attachement avec un thérapeute lorsque les angoisses et la colère issues du passé sont trop prégnantes. Le groupe peut alors aider à créer un espace entre l'adolescent et le ou les thérapeutes (Flores, 2001). Cette médiation thérapeutique par le groupe peut être envisagée de deux manières qui sont sans doute complémentaires : le groupe représente une base de sécurité ; le groupe favorise l'activation du système affiliatif, qui lui-même favorise l'ouverture du système d'attachement.

À l'appui de la première façon d'envisager le rôle du groupe, on peut citer Bowlby (1969) pour qui, à partir de l'adolescence, « une partie du comportement d'attachement est communément dirigée, pas seulement vers une personne à l'extérieur de la famille, mais aussi vers des groupes et des institutions autres que la famille. [...] Dans de tels cas, il paraît probable que le développement d'un attachement au groupe est médiatisé, au moins initialement, par l'attachement à une personne ayant une position prééminente à l'intérieur du groupe. » Le groupe peut alors représenter une base de sécurité.

En ce qui concerne la seconde façon d'envisager le rôle du groupe, on a vu (*L'Attachement : approche théorique*, chapitre 2) que le système affiliatif, bien que distinct du système d'attachement, a des liens étroits avec celui-ci. D'une façon générale, le système affiliatif est plus susceptible d'être activé quand le système d'attachement n'est pas activé. Mais dans certaines situations, et la participation à un groupe thérapeutique pourrait en être une, il peut au contraire représenter une alternative lorsque le comportement d'attachement ne peut procurer un sentiment de sécurité. De plus, il peut permettre l'expression d'affects en rapport avec l'attachement autrement réprimés, de peur d'un débordement quand ils ne peuvent être partagés.

Utilisation des médiations corporelles

On a vu que différents types de mémoires jouent un rôle dans la construction des modèles internes opérants (voir *L'Attachement : approche théorique*, chapitre 3). Le niveau procédural, qui n'est jamais conscient, représente les fondations du niveau des représentations, et le façonne pour une part importante. On peut faire l'hypothèse que les soins corporels, en particulier quand le système d'attachement de l'adolescent est fortement activé, sont susceptibles d'avoir un impact au niveau procédural favorisant une ouverture et des remaniements de l'organisation de l'attachement.

Conclusion

Le traitement de l'adolescent vise à restaurer l'équilibre entre attachement et exploration, qui joue un rôle crucial à cette période. L'objectif est de créer une relation qui ait les caractéristiques d'une relation d'attachement sécurisée afin de permettre une reprise de l'exploration, à la fois du monde interne et du monde externe. Cette « expérience » thérapeutique conditionne la possibilité que l'adolescent puisse remanier ses représentations d'attachement et explorer ensuite de nouveaux chemins, sans qu'il s'agisse de réparer toutes les failles du passé.

Références

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. et coll. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale, E.-U : Lawrence Erlbaum.
- Allen, J. P. & Land, D. (1999). Attachment in adolescence. In J. Cassidy & P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (p. 319–332). New York : Guilford Press.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss, vol. 1. Attachment*. New York : Basic Books. Trad. franç. J. Kalmanovitch (1978). *Attachement et perte, tome 1 : L'attachement*. Paris, PUF.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds, I : Some principles of psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 130, 421–431.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. Londres : Routledge.
- Cretzmeyer, S. (2003). Attachment theory applied to adolescents. In P. Erdman & T. Caffery (dir.), *Attachment and family system* (p. 65–78). New York : Brunner Routledge.
- Crowell, J. A. (2003). Assessment of attachment security in a clinical setting, observations of parents and children. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 24, 199–204.
- Diamond, G. S., & Stern, R. (2003). Attachment-based therapy for depressed adolescents. In M. S. Johnson & V. E. Whiffen (dir.) *Attachment processes in couple and family therapy* (p. 191–212). New York : Guilford press.
- Flores, P. J. (2001). Addiction as an attachment disorder: Implications for group therapy. *International Journal of Group Therapy*, 51, 63–81.
- Hilburn-Cobb, C. (2004). Adolescent psychopathology in terms of multiple behavioural systems: The role of attachment and controlling strategies and frankly disorganized behaviour. In J. Atkinson & S. Golberg (dir.), *Attachment issues in psychopathology and intervention* (p. 95-133). Hillsdale, E.-U. : Erlbaum, Associations publishers.
- Mackey, S. K. (2003). Adolescent and attachment: From theory to treatment implications. In P. Erdman & T. Caffery (dir.), *Attachment and family system* (p. 79–113). New York : Brunner Routledge.
- Sable, P. (1992). Attachment theory: Application to clinical practice with adults. *Clinical Social Work Journal*, 20, 271–283.

18 Processus psychothérapeutique chez l'adulte

Frédéric Atger, Nicole Guédeney

Ce n'est qu'avec la parution de son ouvrage clef, *A Secure Base* (1988), que Bowlby, apaisé et reconnu par le monde scientifique, a développé ses réflexions sur l'apport de la théorie de l'attachement aux pratiques psychothérapeutiques, à partir du développement du concept de modèles internes opérants. C'est actuellement une des voies principales de recherche sur l'attachement chez l'adulte (Mikulincer et Shaver, 2007). C'est très logiquement que son œuvre inspirera les différentes formes de psychothérapies psychodynamiques interpersonnelles. Toutefois, pour Bowlby et la plupart des auteurs, il n'y a pas, à proprement parler, de psychothérapie « attachementiste ». La compréhension de la nature et de la dynamique de l'organisation de l'attachement informe plutôt qu'elle ne définit l'intervention et la pensée cliniques (Slade, 2008). Cependant, notons le développement récent de traitements focalisés sur l'attachement, individuels ou familiaux. Les travaux récents de Fonagy (Allen et coll., 2008) sur la mentalisation, au carrefour de la théorie de l'attachement et de l'approche psychodynamique, ont permis de relancer les échanges entre ces courants et d'élaborer de nouvelles modalités de traitement.

A Secure Base : les intuitions de Bowlby

Bowlby a intitulé son livre *A Secure Base* (1988) pour indiquer l'aspect central dans sa conception du rôle du thérapeute comme base sécurisée pour l'exploration. Il propose de distinguer cinq tâches qui peuvent contribuer à la révision des modèles internes et à l'efficacité du traitement (Bowlby, 1977).

La première tâche est d'offrir une base sécurisée à partir de laquelle le patient peut explorer les émotions et les souvenirs douloureux, les croyances, les comportements, et les défenses qui pèsent sur ses relations interpersonnelles. Ce prérequis à tout processus thérapeutique repose sur la notion de balance entre attachement et exploration. Ce n'est que s'il a la certitude que le thérapeute est une base sécurisée sensible et réactive que le patient peut tourner son attention et son énergie vers l'exploration, se confronter aux expériences difficiles, et accepter des changements.

La seconde tâche est d'explorer les relations actuelles du patient avec ses proches. Elle vise à repérer les perceptions, les attentes, les peurs qui les caractérisent. Le thérapeute doit ainsi aider à percevoir les aspects néfastes de certaines stratégies relationnelles, et les partis-pris qui déforment l'interprétation des expériences interpersonnelles. C'est par des interventions sensibles et ajustées que le thérapeute permet au patient non seulement d'en prendre conscience, mais aussi de mesurer leur impact négatif.

La troisième tâche est de comprendre la relation actuelle avec le thérapeute. Elle est similaire à la tâche centrale d'élaboration du transfert dans un traitement psychanalytique. Dès 1973, Bowlby soutenait que les modèles internes sont projetés sur les nouveaux partenaires importants, incluant le thérapeute. La réflexion du patient sur ses attitudes et ses sentiments vis-à-vis du thérapeute, les caractéristiques de la relation qu'il noue avec lui donnent une occasion de comprendre comment s'expriment les MIO dans une relation particulière et comment ils en altèrent le cours. Cela n'est possible que si le thérapeute ne se laisse pas entraîner dans le rôle complémentaire habituel que le patient lui donne.

La quatrième tâche est de repérer la façon dont les MIO s'enracinent dans les expériences infantiles avec les figures d'attachement primaires. Cette tâche est souvent difficile, elle nécessite que le thérapeute aide et encourage le patient à ramener à la conscience des expériences de frustration ou d'humiliation, puis à les élaborer. Il faut passer par l'évocation des figures d'attachement sous leurs aspects incohérents, rejetants, négligents, ou violents pour comprendre comment elles ont pu générer des croyances et des comportements dysfonctionnels et pouvoir les modifier.

La cinquième tâche consiste à aider le patient à réaliser la valeur adaptative qu'avaient les MIO dans un certain contexte, et leur caractère inapproprié dans les relations actuelles. Ce processus suppose d'utiliser l'épreuve de réalité et permet de créer de nouveaux MIO.

Il est clair pour Bowlby que ces tâches, artificiellement séparées pour les décrire, doivent être menées simultanément.

Apport de la théorie de l'attachement au processus psychothérapeutique

Généralités

Un certain nombre d'auteurs (Slade, 2008 ; Holmes, 2001 ; Wallin, 2007) ont développé les intuitions de Bowlby sur l'existence d'une « nouvelle sémiologie » et intégré les aspects essentiels de la théorie de l'attachement dans leur pensée clinique. Le « passage au niveau des représentations » grâce aux travaux de Mary Main a joué un rôle déterminant dans ces applications

au traitement des adultes. Avec l'AAI, elle a conçu une méthode clinique, qualitative et quantitative qui, chez l'adulte, offre des indices sur la qualité des expériences précoces à travers sa manière de penser et de ressentir. Que ce soit dans une approche catégorielle ou dimensionnelle, la structure profonde du codage est la clé des applications cliniques. Elle permet d'analyser la manière dont l'anxiété portant sur les besoins fondamentaux de proximité est gérée. Deux dimensions cruciales sous-tendent ce codage (Slade, 2008), qui sont pertinentes pour la clinique :

- la dimension désactivation-hyperactivation décrit le style de défense de l'individu, sa façon particulière de réguler les expériences affectives. À l'extrémité « détachée » du continuum, les défenses utilisées minimisent les affects, à l'autre extrémité, « préoccupée », les défenses passent par des affects accentués, dans un effort pour établir la proximité ;
- la dimension organisé-désorganisé correspond au niveau et au degré de structures psychologiques chez l'individu pour contenir et réguler l'expérience émotionnelle.

Ces notions sont proches de certaines notions psychodynamiques ; par exemple, les défenses obsessionnelles correspondent à la désactivation, et les défenses hystériques à l'hyperactivation. Mais si les concepts issus de la théorie de l'attachement recoupent souvent des notions déjà familières, ils apportent également un certain nombre d'innovations que nous allons maintenant envisager.

Poids de la réalité

Réalité des expériences vécues

Le clinicien évalue les comportements passés et actuels du patient pour déterminer la manière dont se manifeste son « histoire actuelle d'attachement ». Cette analyse se fait à partir des événements décrits par le patient, qui sont considérés comme des faits. C'est là une première innovation : la réalité de l'expérience compte autant que sa valeur subjective. Dénier cette réalité, c'est ajouter l'injure à la blessure et blâmer la victime (Bowlby, 1988). Si un patient évoque ce qui arrivait dans son enfance, dans ses relations avec ses figures d'attachement, on doit croire *a priori* que ce qu'il évoque s'est réellement passé et n'est pas seulement le reflet de ses fantasmes (Dornes, 2000).

L'incohérence des traces mnésiques ne signifie pas que les événements n'ont pas eu lieu. Chaque fois que son système d'attachement a été activé, chacun des différents types de mémoire sollicités (procédurale, sémantique ou épisodique) donne un reflet de ce que le patient a vécu et a pu utiliser comme stratégies conditionnelles protectrices (Slade, 2008). L'évaluation de ce que le sujet a pu intérioriser enfant de l'attitude des ses parents dans la réalité, autorisation ou non de se plaindre ou disqualification de ses

émotions les plus sincères, est un aspect crucial. Elle va aider le thérapeute à imaginer ce que représente la situation de psychothérapie pour le sujet (Bowlby, 1988).

Relation réelle avec le thérapeute

Du point de vue de l'attachement, la relation réelle avec le thérapeute est non seulement prise en compte, mais cruciale ; pour Bowlby, elle n'est pas seulement déterminée par le transfert, mais tout autant par la manière dont le thérapeute traite son patient. L'attitude du thérapeute influence l'alliance thérapeutique et permet l'expérience d'une nouvelle relation d'attachement dans laquelle l'infraverbal joue un rôle important.

Le concept d'alliance thérapeutique, issu de l'œuvre de Freud, correspond aux processus de « co-construction » et « d'être avec » entre le patient et son thérapeute. L'alliance thérapeutique comprend l'accord sur les objectifs du traitement et les moyens pour y parvenir, et un lien positif entre les deux partenaires. C'est l'alliance qui permet de continuer le traitement, quelles que soient les difficultés que rencontre le patient, grâce à une relation « de base » authentique, non distordue par les manifestations transférentielles et les conflits intrapsychiques du patient. Cette relation est étroitement liée aux manifestations « réelles » du thérapeute de sincérité et d'authenticité. Tant que le thérapeute n'est pas perçu par le patient comme réellement en contact avec sa détresse, la valeur de l'interprétation risque d'être diminuée. L'attachement théorise ce concept d'alliance thérapeutique, qui est inhérent et nécessaire à tout travail psychothérapeutique, avec le terme de « base de sécurité », qui est l'objectif initial et indispensable de toute psychothérapie. « Le thérapeute est une base de sécurité, quelqu'un de régulier et de cohérent, dont le soutien, la compréhension et la guidance occasionnelle aident le patient à explorer les relations affectives même si elles sont douloureuses et tristes » (Bowlby, 1988).

Comme Winnicott et Bion, Bowlby (1977) considère que la relation entre le thérapeute et le patient ressemble à la relation d'une mère avec son enfant. Aux concepts de *holding*, de *handling* et de *Containing*, il ajoute des aspects propres à la théorie de l'attachement.

Tout ce qui vient du thérapeute doit favoriser l'attachement. Ceci répond au besoin inné de recherche d'aide. Le thérapeute est un compagnon (au sens d'« accompagner ») qui peut supporter des émotions intenses et douloureuses et témoigner activement et constamment d'une empathie attentive. On a confiance en lui ; il est disponible, fiable, et le fait de faire l'expérience de cette stabilité et de cette fiabilité est en soi thérapeutique. Cet accompagnement est actif, et le thérapeute manifeste sa présence, chaque fois que nécessaire, en stimulant les capacités de réflexion et d'exploration, sur un fond continu d'attention et d'expression émotionnelle.

La théorie de l'attachement permet de comprendre le rôle de l'interpersonnel dans la régulation des émotions et donc pourquoi la dimension de l'infraverbal joue un rôle si important, quelle que soit la technique psychothérapeutique utilisée. Cramer (2000) a montré que la réalité de ce qui se passe dans une séance de thérapie parents - jeune enfant est souvent loin de ce que les thérapeutes pensent avoir fait, et que l'infra verbal est en fait ce qui domine quantitativement dans une séance, en particulier les manifestations émotionnelles d'incitation. Les interprétations ont en revanche une place limitée. L'expérience qu'acquiert le patient du comportement du thérapeute, et en particulier du ton de sa voix et de la façon dont il approche le patient, est au moins aussi importante que ce qu'il lui dit (Slade, 2008).

Notion de défenses interpersonnelles et adaptatives

La compréhension de l'attachement comme processus et non comme instinct permet des hypothèses sur la genèse des « modes d'être », plus ou moins anachroniques et insatisfaisants, du sujet avec ceux qui lui sont proches, lorsqu'il est lui-même dans une situation de détresse.

Les MIO reflètent les stratégies adaptatives développées par le sujet tout au long de sa vie pour satisfaire ses propres besoins de protection et pour s'adapter aux réponses de ses figures d'attachement à l'expression de ces besoins. Elles visent à susciter et maintenir chez la figure d'attachement un état d'esprit favorable au *caregiving*. Cette idée de valeur adaptative des défenses interpersonnelles pour le sujet et de leur valeur assimilatrice est particulièrement novatrice : tout épisode susceptible d'activer le système d'attachement du patient sera susceptible de réveiller les MIO les plus anciens (Holmes, 2001 ; Slade, 2008), et plus particulièrement les stratégies élaborées en rapport avec les affects négatifs (tristesse, angoisse) éprouvés en présence d'une figure significative. C'est l'analyse, dans le transfert et le contre-transfert sollicités par l'activation du système d'attachement du patient et du thérapeute (Dozier et coll., 1994), de ces stratégies, qui va permettre au thérapeute d'établir une « expérience correctrice », au sein du processus thérapeutique (Bowlby, 1988 ; Holmes, 1993).

Le contexte psychothérapeutique crée, de manière paradoxale, une situation d'attachement inéluctablement émaillée de séparations, d'inaccessibilité et de retrouvailles. Le thérapeute, tout en témoignant d'une réaction émotionnelle personnelle et d'une tolérance bienveillante et empathique aux mouvements émotionnels de son patient, différentes de celles des figures d'attachement du sujet, invite son patient à analyser le ressenti de son expérience actuelle.

Cette autoréflexion entraîne, pour le patient, une prise de distance vis-à-vis de ses modes habituels de pensée, en développant une méta-communication sur sa manière de réagir. C'est cette technique qui participe à la

correction (Bowlby, 1988) ou à l'établissement de nouveaux MIO (Liotti et Pasquini, 2000). Grâce à cette expérience correctrice dans le *hic et nunc* de l'élaboration transférentielle, le patient peut se pencher de nouveau sur les expériences infantiles douloureuses et les reconsidérer à la lumière de sa nouvelle expérience. La réintégration des affects et des représentations ainsi obtenue contribue au développement de la capacité d'autoréflexion du sujet (Allen et coll., 2008). La théorie de l'attachement insiste donc beaucoup sur l'influence du système d'attachement du thérapeute, qui peut faciliter ou gêner le processus psychothérapeutique (Mallinckrodt, 2000).

Forme du discours

Un des aspects les plus importants des travaux de Mary Main a été de repérer des signes d'insécurité grâce à l'analyse du discours. Le style narratif, les distorsions, les incohérences, les dénis et les répressions sont autant d'indicateurs possibles des MIO du patient, et donc de l'intériorisation des réponses habituelles de ses figures d'attachement à ses signaux de détresse. L'identification de différences en rapport avec l'activation et l'organisation du système comportemental d'attachement devient possible.

Les *patterns* révélés par le discours (F, D, E, Ud) montrent directement comment le sujet régule les émotions intenses dans le contexte des relations intimes actuelles. Ils permettent donc d'imaginer comment le patient vit le monde et les relations, de comprendre la fonction de certains *patterns* de pensée ou d'émotion : protection contre certaines émotions, manières de susciter certaines pensées et comportements chez l'autre, y compris le thérapeute. Enfin, l'écoute du patient permet de se faire idée des expériences précoces qui ont été internalisées : comment les expériences de recherche de sécurité ont été encodées dans la structure et la fonction du langage, ce qui peut être dit, comment cela peut être dit, tout cela permet de construire des représentations des expériences précoces, de donner du sens à des expériences oubliées, non formulées.

La psychothérapie grâce à l'accompagnement (Bowlby, 1988 ; Holmes, 2001) et au partenariat va aussi permettre de construire un nouveau récit et au-delà une capacité à créer des récits cohérents des expériences importantes. Quelle que soit la théorie sous-jacente, un aspect essentiel du processus psychothérapeutique est la construction par le sujet, avec le thérapeute, d'une histoire cohérente de sa propre vie, ce que Holmes (2001) appelle l'acquisition d'une « compétence narrative ». La nature de cette construction varie selon les postulats des théories de référence mais, finalement, toute psychothérapie réussie aboutit à une relecture réconciliée, qui donne et ouvre au sens, qui permet la reviviscence des expériences infantiles avec les outils cognitifs et les perspectives de l'adulte, et les fait vivre dans un climat émotionnel et interpersonnel où les réactions du thérapeute seront fonda-

mentalement différentes de celles jusque-là expérimentées par le patient. Pour permettre cette construction, la théorie de l'attachement postule que le rôle du thérapeute comme compagnon et partenaire est aussi important que sa fonction d'interprétation. De plus, l'intériorisation de cette relation de compagnonnage aidera au développement de la compétence narrative.

Théorie de l'attachement et la prééminence de la peur

Un aspect essentiel de la théorie de l'attachement est le rôle prépondérant qu'elle donne à la peur dans le développement de psychopathologie : peur du danger, de la perte, de l'abandon (Slade, 2008). Dans certains cas, la menace vient du *caregiver*, dans d'autres, elle est extérieure à la relation.

Or l'enfant est biologiquement programmé pour rechercher les soins de sa figure d'attachement. Face à la peur, le seul recours est de faire tout ce qui est nécessaire pour maintenir la relation avec la figure d'attachement. L'enfant doit à tout prix s'adapter aux demandes explicites et implicites de cette relation pour survivre.

Les attachements insécures sont des manifestations de ces efforts d'adaptation. Les distorsions du comportement, de la pensée et des sentiments caractéristiques de chaque catégorie insécure sont des reflets des demandes particulières de la figure d'attachement.

Bowlby considère la peur comme une expérience infantile centrale et fondatrice, là où c'était l'agressivité dans les conceptions psychanalytiques classiques. Pour lui, la peur est l'affect premier. L'enfant s'accroche à ce qui est connu et relativement sûr, ou aux croyances qui, même si elles sont peu adaptées, préservent un sentiment de sécurité. Il craint les dangers et les pertes inhérents au changement. Dans le modèle traditionnel l'anxiété (la peur) est secondaire : elle résulte d'une menace sur le Moi, représentée par l'agressivité interne. Dans la conception de Freud, cette agressivité interne résulte de la frustration, ou plus tard dans son œuvre du retournement de la pulsion de mort. Dans la théorie de l'attachement, l'agression est au contraire une réponse à la peur résultant de menaces externes ou internes sur la sécurité et l'intégrité. La conception freudienne, centrée sur l'agressivité et l'œdipe, convient pour les patients névrosés, mais pour les organisations précœdipiennes les conceptions de Bowlby centrées sur la peur sont plus pertinentes.

Les perturbations dans la régulation des émotions, dans les relations, de même que les résistances au changement, sont déterminées par la peur de perdre ce dont le sujet a désespérément besoin pour survivre, littéralement et psychologiquement. Le but du traitement est alors d'aider le patient à renoncer à des manières d'être qui ont été essentielles pour la survie, le rôle du masochisme étant au second plan. Les défenses ne servent pas seulement à protéger le moi d'affects intolérables, mais aussi et surtout à protéger l'autre

d'affects intolérables (de rage face à l'absence ou l'abandon) et de protéger le soi de la perte de l'autre. Ainsi, les patients pour lesquels l'attachement est l'enjeu primaire peuvent être mieux compris comme étant organisés par rapport à la peur plutôt qu'à l'agressivité. Cela représente un changement majeur dans la manière de penser à ces patients et d'organiser la rencontre thérapeutique. L'accent mis sur la peur permet d'être en sympathie et non en opposition aux défenses et aux résistances. C'est parce que les adaptations aux relations sont apparues dans un contexte chargé de sens, avec un but, qu'il est particulièrement difficile d'y renoncer. Le thérapeute est beaucoup plus un compagnon que quelqu'un qui cherche à creuser vers une vérité (désir, agressivité) qui n'est pas reconnue.

Exemples d'applications de la théorie de l'attachement

Thérapie brève basée sur l'attachement de Jeremy Holmes

La BABI (*Brief Attachment Based Psychotherapy*) décrite par Holmes (2001) est une psychothérapie brève intégrative. La possibilité que donne la théorie de l'attachement de passer des comportements observables aux représentations mentales permet en effet d'intégrer les perspectives psychodynamique, cognitive et comportementale.

Pour Holmes, les travaux scientifiques ont permis de vérifier les hypothèses suivantes concernant l'attachement : celles d'Ainsworth (universalité, normativité, sensibilité ; voir *L'Attachement : approche théorique*, chapitre 8) et de plus récentes : celle de la continuité (les *patterns* d'attachements de l'enfance ont des effets à long terme sur les capacités relationnelles et leurs représentations mentales à l'âge l'adulte), celle de la mentalisation (l'attachement sécure est basé sur, et conduit à la capacité de réflexion sur les états mentaux de soi et des autres), et celle de compétences narratives (un attachement sécure pendant l'enfance se reflète dans la vie adulte par la manière dont quelqu'un parle de sa vie et de son passé).

À partir de ces hypothèses, la théorie de l'attachement offre un ensemble de concepts qui permettent d'embrasser la plupart des aspects de la pratique psycho thérapeutique. Holmes (2001) propose de délimiter six principaux domaines d'intervention.

Le concept de base sécure n'a qu'une application limitée chez l'adulte si l'on s'en tient aux aspects comportementaux ; il devient plus riche si on y inclut la représentation de la sécurité dans le psychisme du sujet. Pour Holmes, il est possible de parler de « base de sécurité (BS) interne », celle-ci

jouant un rôle crucial dans la régulation des émotions. L'activation de la BS interne peut se faire par un comportement ou une pensée (images, souvenirs) ou à travers des comportements qui procurent un apaisement : un bain chaud, un livre, une musique... Dans leur variante pathologique, les comportements de BS peuvent prendre la forme de comportements d'auto-sabotage : crises de boulimie, abus de substances psychoactives, automutilations, tous procurent un moment d'apaisement sans avoir recours à une base sécurisante sur laquelle le sujet n'a pas de contrôle.

L'exploration, le jeu et le plaisir constituent le deuxième domaine. Il existe une relation réciproque entre base sécurisante et exploration avec la dimension de plaisir qu'elle procure. L'anxiété est l'ennemi du plaisir. L'attachement n'exclut pas d'autres motivations, intellectuelles ou sexuelles, mais il est une pré-condition pour qu'elles puissent être activées. Faire comprendre cette notion simple au patient permet souvent de progresser face à des difficultés sexuelles ou une incapacité à profiter de moments de détente.

Le troisième domaine représente la protestation, la colère et l'affirmation de soi. La violence physique ou psychique dans les relations est une cause fréquente de consultations. Du point de vue de l'attachement, la colère est déclenchée par une menace de séparation, elle a pour fonction de maintenir le lien d'attachement. Le rôle de la colère comme régulateur de l'attachement peut apparaître de différentes manières dans les relations entre adultes.

Quatrième domaine : la perte. Pour Bowlby, elle est centrale dans la détresse psychologique. L'élaboration des pertes subies est donc un aspect essentiel du traitement basé sur l'attachement.

Les modèles internes opérants constituent le cinquième domaine. Toutes les formes de psychothérapie font référence à un modèle plus ou moins explicite d'organisation du psychisme. Toutes visent à en modifier différents aspects. Bowlby a choisi le terme de modèles internes opérants pour les désigner et insister sur la dimension active de ces modèles.

La capacité réflexive et la compétence narrative caractérisent le sixième domaine. La thérapie est une expérience *in vivo* qui permet au patient d'apprendre l'auto-réflexion. Lorsque les représentations sont rendues explicites par le langage, elles peuvent faire l'objet d'une métacognition et deviennent sensibles aux changements.

Pour pratiquer la BABI, le thérapeute doit avoir une formation en guidance ou en psychothérapie et être supervisé. Le traitement comporte huit étapes sur dix séances. Pour commencer, le thérapeute donne des explications sur la BABI, le patient est ensuite encouragé à raconter son histoire, ce qui permet la définition du problème et des objectifs du traitement. Un questionnaire sur le modèle l'AAI est proposé au patient. L'ensemble du matériel recueilli est discuté avec le superviseur, une première évaluation du

style d'attachement est alors proposée, ainsi qu'un essai de formulation du problème en termes d'attachement. Par exemple, des scarifications peuvent être considérées en termes d'attachement comme des comportements auto-calmants et reliés à la notion de base sécurité. La technique utilisée ensuite sera fonction du style d'attachement ; au début, des techniques dérivées des thérapies cognitives permettent un accès aux MIO par les cognitions, puis le travail est centré sur les relations avec les autres et passe souvent par l'utilisation de matériel pour l'expression d'émotions. Enfin, une dernière étape vise à négocier l'arrêt du traitement ; la notion de base sécuritaire interne est introduite.

Traitement basé sur la mentalisation (MBT, *mentalization-based treatment*) de Bateman et Fonagy dans le traitement des états limites

Il existe de très nombreux arguments reliant attachement insécure et trouble limite de la personnalité (TLP) (Allen et coll., 2008), l'attachement insécure trouvant son origine dans des interactions problématiques parent-enfant qui font le lit d'une mentalisation instable et fragile. Réciproquement, les échecs de la mentalisation jouent un rôle prépondérant dans les altérations de la régulation des affects, du contrôle volontaire de l'attention et des cognitions sociales qui sont apparentes dans la symptomatologie des TLP. Bien que les abus soient courants dans l'histoire des TLP, le manque de disponibilité émotionnelle et l'échec concomitant à encourager la mentalisation est le noyau commun. La psychothérapie stimule les besoins d'attachement, et des besoins d'attachement augmentés sont susceptibles de déstabiliser les relations de personnes souffrant de TLP si bien que des traitements surstimulants peuvent avoir des effets délétères.

La MBT est une approche comportant une dimension de soutien importante et qui s'efforce de relancer la mentalisation active (« *on line* ») chez les patients souffrant de TLP dans le contexte d'une relation d'attachement. Le travail du psychothérapeute s'appuie en permanence sur des conceptions développementales. Les réponses contingentes orientées vers les états d'esprit (*mind oriented*) favorisent la mentalisation dans une psychothérapie comme au cours du développement ; la mère qui a « l'esprit à l'esprit » est le modèle.

Le traitement des TLP a été élaboré selon deux modalités : en consultation ou en hôpital de jour. Il comporte une alternance de séances individuelles et en groupe portant sur la mentalisation, avec une focalisation sur les relations actuelles, l'ensemble étant intégré dans un travail institutionnel d'inspiration psychodynamique. Le protocole prévoit une durée de dix-huit mois, puis un suivi de même durée.

Les résultats à huit ans, comparés à ceux d'un traitement classique (Bateman et Fonagy, 2008) montre une efficacité très supérieure du MBT sur les comportements autodestructeurs et la dysphorie ainsi qu'une diminution du « nomadisme » thérapeutique. De façon concomitante, la MBT améliore le fonctionnement social et occupationnel, toutes ces améliorations persistant sur de très longues durées.

Conclusion

La théorie de l'attachement a dorénavant pris une place de choix dans les théories psychodynamiques inspirant les psychothérapies individuelles. Comme conclut Holmes (2001), le travail du thérapeute, s'il s'inspire de la théorie de l'attachement, met l'accent sur des éléments divers dont aucun n'est spécifique : c'est leur combinaison qui détermine une attitude caractéristique.

Références

- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Arlington, E.-U : American Psychiatric Publishing.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165, 631–638.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, vol. 2: Separation: anxiety and anger*. New York : Basic Books. Trad. franç. Bruno de Panafieu (1978). *Attachement et perte, tome 3 : La séparation : angoisse et colère*. Paris, PUF.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds, I : Some principles of psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 130, 421–431.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. Londres : Routledge.
- Cramer, B., (2000). Can therapists learn from psychotherapy research? In K. Von Klitzing & T. P. Burgin (dir.), *Psychoanalysis in childhood and adolescence* (p. 12–22). Bâle : Karger.
- Diamond, G. S., Stern, R. (2003). Attachment-based therapy for depressed adolescents. In M. S. Johnson, V. E. Whiffen (dir.) *Attachment processes in couple and family therapy* (p. 191–212). New York : Guilford press.
- Dornes, M. (2000). *Psychanalyse et développement précoce*. Paris : PUF.
- Dozier, M., Cue, K. L., & Barnett, L. (1994). Clinician as caregivers: Role of attachment organization in treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 793–800.
- Holmes, J. (1993). *John Bowlby and attachment theory*. London : Routledge.
- Holmes, J. (2001). *The search for a secure base: Attachment theory and psychotherapy*. New York : Routledge.
- Liotti, G., & Pasquini, P. (2000). Predictive factors for a borderline personality disorder: Patients early traumatic experiences and losses suffered by the attachment figure. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 282–289.

- Mallinckrodt, B. (2000). Attachment, social competencies, social support and interpersonal process in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 10, 239–266.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: structure, dynamics and change*. New York : Guilford Press.
- Slade, A. (2008). The implications of attachment theory and research for adult psychotherapy. In J. Cassidy & P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2^e éd., p. 762–782). New York : Guilford Press.
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York : Guilford Press.

19 Théorie de l'attachement et approches systémiques

Susana Tereno, Fabienne Perdereau

C'est seulement depuis les années 90 que s'observe un intérêt manifeste réciproque entre thérapie systémique et théorie de l'attachement. Pourtant, Bowlby avait développé sa théorie en s'inspirant de la théorie de contrôle des systèmes. Cet intérêt est parallèle à l'évolution de la théorie de l'attachement : élargissement du focus initial de la dyade enfant-*caregiver* au contexte familial ; prise en compte du système de *caregiving* et de ses liens avec l'attachement, meilleure connaissance du rôle du contexte sur le fonctionnement du système d'attachement et enfin développement des connaissances sur l'attachement dans les relations entre adultes proches.

Théorie de l'attachement et théorie systémique

Bref historique des liens entre la théorie systémique et la théorie de l'attachement

La psychothérapie familiale est une pratique thérapeutique qui envisage la famille comme un ensemble souffrant dans lequel les symptômes de l'un des membres sont considérés en lien avec la souffrance de tous. Son objectif est de diminuer la souffrance commune en utilisant tous les membres de la famille comme agents et objets de la thérapie. La thérapie familiale se développe dans les années 1950 aux États-Unis ; elle est fortement influencée par les propositions théoriques de von Bertalanffy (1972) sur la « théorie générale des systèmes ».

Bowlby était convaincu de l'intérêt de la perspective systémique pour le développement de la théorie de l'attachement. En 1949, il écrit un des premiers articles sur la thérapie familiale : « The study and reduction of group tensions in the family ». En 1988, il plaide pour le développement de la recherche sur les applications de l'attachement en thérapie familiale. L'approche attachementiste ne se développera cependant vraiment dans le contexte des thérapies familiales qu'après les apports de Main en 1985 (Main et coll., 1985) et de De Wolff et Van IJzendoorn, en 1997. Main effectue le passage au niveau des représentations chez l'adulte, qui donne toute sa valeur psychodynamique à la théorie de l'attachement ; les seconds

montrent que l'on doit prendre en compte le contexte qui entoure la dyade *caregiver*-enfant pour comprendre le phénomène de la transmission transgénérationnelle de l'attachement. Étudier l'attachement dans l'ensemble du système familial devient indispensable.

Marvin et Stewart (1990), dans un article princeps, articulent principes systémiques et théorie de l'attachement en définissant six dimensions.

Globalité et ordre

Tout système est un ensemble organisé dont les éléments sont interdépendants. L'ensemble est plus que la somme de ses parties, car il additionne la propriété des relations entre les parties. Toutes les relations attachement-*caregiving* existent dans un réseau de relations organisées et ne peuvent pas être complètement comprises en dehors de ce contexte. Ces relations comprennent les sous-systèmes enfant-mère, enfant-père, mère-père, et mère-enfant-père. Les sous-systèmes conjoint-épouse et père-mère sont fondamentaux pour le développement de l'enfant.

Relations de causalité circulaire

On considère qu'une cause unique a un unique effet, mais les effets fournissent fréquemment une information en retour au système. Les *patterns* comportementaux dans un système sont donc plus circulaires que linéaires. Il faut prendre en compte non seulement l'interaction de la mère avec son enfant, mais aussi les interactions entre la mère et le père, ainsi que celles entre l'enfant et son père. On considère donc les causes et effets, uniques et réciproques et les causes systémiques multiples et effets de l'interaction ; on distingue la cause immédiate du comportement et l'effet ou la fonction du comportement.

Maintien des relations, invariants

Un système ouvert reçoit une information nouvelle qui peut changer son statut ou son organisation. Si ce changement déborde les limites du système, son organisation sera perturbée ou détruite. Le système familial opère pour maintenir certains « points d'équilibre » qui englobent les relations d'attachement de tout le système familial.

Autorégulation adaptative

Les systèmes ont des traits homéostatiques ou d'autorégulation qui maintiennent la stabilité de *patterns* basiques. L'unité de base de cette autorégulation est la boucle de rétrocontrôle négative, permettant de maintenir le système à l'identique.

Auto-organisation

Un nouvel événement agit sur les caractéristiques du système, et le système se réorganise de lui-même afin de retrouver un nouvel équilibre homé-

ostatique. Dans un système d'auto-organisation qui fonctionne bien, cette réorganisation se déroule de façon à maintenir les variables essentielles du système dans des limites nécessaires à sa survie. La naissance d'un enfant est une crise typique de développement familial. Après une période d'adaptation, la famille expérimente un autre période de stabilité, conséquence de la négociation des nouveaux *patterns* d'interaction familiale.

Sous-systèmes, limites

Les systèmes complexes sont composés de systèmes et de sous-systèmes bien limités et dont les interactions sont régies par des règles implicites et par des *patterns* implicites (le supra-système communautaire, le système familial, les sous-systèmes conjugal, parental, filial, fraternel, etc.). Un membre du système peut appartenir différents sous-systèmes, soit simultanément soit en fonction du temps, et peut changer de sous-système. Cette flexibilité est normalement adaptative (le sous-système conjugal a la même composition que le sous-système parental). Elle devient dysfonctionnelle quand les individus sont forcés à intégrer simultanément deux systèmes en conflit ou contradictoires, quand ils occupent trop longtemps un sous-système inapproprié pour l'âge ou quand un membre approprié est exclu pendant qu'un membre inapproprié est inclus (cas de l'inversion de rôle vécue par un enfant parentifié qui se voit obligé d'appartenir simultanément au sous-système filial et au sous-système parental).

Fonctionnement familial

Familles « normales »

La famille atteint un équilibre de fonctionnement satisfaisant au fil du temps selon sa capacité d'adaptation aux défis normatifs et non-normatifs de son cycle de vie. En réponse à de nouvelles réalités, elle ajuste son fonctionnement et l'appartenance de ses membres aux différents sous-systèmes familiaux. Par exemple, les conditions qui activent le comportement d'attachement de l'enfant vis-à-vis de la figure d'attachement se modifient au fur et à mesure du développement de ses compétences : intérêt pour l'exploration ; développement d'autres relations d'attachement dites secondaires qui appartiennent à d'autres sous-systèmes familiaux. Ce passage du petit enfant d'un sous-système familial à d'autres augmente le degré d'autonomie dans sa relation avec sa mère et évite un engluement plus ou moins réciproque. Elle permet aussi une plus grande interaction au sein du couple. La qualité du fonctionnement marital affecte la sécurité de l'enfant de deux manières : directement, au travers de l'atmosphère émotionnelle, et indirectement, au travers des pratiques parentales (Belsky, 2005).

Familles dysfonctionnelles

Lorsque les familles sont trop effrayées ou trop résistantes aux changements, elles deviennent dysfonctionnelles, en terme de figement ou de symptômes. Beaucoup de problèmes ou de symptômes qui amènent les patients en thérapies familiale ou de couple reflètent une problématique d'attachement. L'insécurité de l'attachement est alors considérée comme faisant partie d'un cercle vicieux avec renforcement négatif, où le comportement d'un membre amène une réponse symétrique d'un autre qui, à son tour, intensifie le comportement du premier. L'interruption de ce genre d'interactions, à partir du travail avec tous les membres de la famille, est nécessaire pour faire évoluer la situation.

Une des structures dysfonctionnelles familiales parmi les plus fréquentes est une relation dite « enchevêtrée » entre la mère et son enfant, marquée par l'intrusivité et les comportements de contrôle réciproques. En situation de séparation, réelle ou anticipée, les deux protagonistes ressentent détresse et insécurité. La mère traite souvent son enfant comme s'il était plus jeune. Paradoxalement, il existe une inversion de rôles évidente dans les interactions d'attachement et de *caregiving*, l'enfant étant mis en position parentale. L'un parle pour l'autre, chacun pense savoir ce que l'autre est en train de penser et de ressentir sans même le vérifier, traduisant un défaut de limites psychologiques. Le maintien d'un degré d'intimité inapproprié entre la mère et l'enfant, compte tenu de son âge, contraste avec une incapacité à résoudre les conflits. Un relatif isolement dans la famille s'installe progressivement.

Ces familles dysfonctionnelles se caractérisent par de nombreux conflits irrésolus (évitement de conflit ou stratégies non productives) et un profond ressentiment entre les partenaires des tâches parentales, au sein du couple. Les conflits familiaux distraient l'attention des conjoints sur la nécessité de résoudre leurs propres conflits. En général, aucun membre de la famille n'a conscience du rôle de ces comportements d'attachement dysfonctionnels, et la famille est plus focalisée autour du « problème médical » de l'enfant. Le symptôme résiste au changement parce que ces interactions d'attachement-*caregiving* stabilisent la famille et diminuent les probabilités de la famille de perdre un de ses membres (Marvin et Stewart, 1990).

Le couple, dans ces familles dysfonctionnelles, manque souvent d'un degré adéquat d'intimité ou de stratégies de résolution de conflits, ce qui accentue la difficulté, pour chacun des parents, de maintenir son rôle parental. La mère transfère son besoin d'intimité dans la relation avec son enfant, tandis que le père se concentre sur son travail, ses hobbies, un autre enfant, etc. Cette relation enchevêtrée mère-enfant augmente la distance émotionnelle dans le couple et laisse peu de latitude au père pour développer une relation avec l'enfant. Cette répartition inappropriée des rôles amène ressentiment et ambivalence dans toutes les relations.

Principes généraux des thérapies familiale et de couple informées par l'attachement

Au lieu de chercher des raisons intra-personnelles aux comportements symptomatiques de l'enfant, le thérapeute familial met en évidence le rôle autorégulateur du symptôme grâce à l'observation de ses effets sur les autres membres de la famille, en particulier celui de solliciter un comportement de *caregiving* d'autres membres de la famille envers le « patient désigné ».

Les thérapies familiales d'orientation attachementiste reposent sur l'assomption suivante : les problèmes des enfants sont le plus souvent efficacement résolus lorsque l'on peut renforcer le fonctionnement du couple comme unité de base de sécurité. Pour cela, le thérapeute familial prend en charge à la fois les représentations intergénérationnelles de l'attachement de chacun des parents et leurs pratiques parentales, afin de permettre à la famille de se restructurer. Un des objectifs de la thérapie est d'accompagner la famille pour comprendre, à partir des scénarios observables, les représentations mentales qui sous-tendent les comportements d'attachement de chacun (Bretherton, 1985).

Importance du couple

Le couple est considéré comme le « cœur » de la plupart des familles : ce sous-système est celui qui a le plus de liberté pour influencer les autres sous-systèmes, y compris le sous-système parental. Cowan et Cowan (2005) montrent que l'intervention centrée sur le changement dans la relation de couple produit des changements dans le style parental, alors que l'intervention centrée sur la fonction parentale n'a pas eu d'effets sur le fonctionnement du couple. De plus, les effets de l'intervention centrée sur le couple sont équivalents ou supérieurs aux effets d'intervention centrée sur la fonction parentale. Enfin, ils ont montré que la sécurité de l'attachement chez l'adulte et la sécurité de l'attachement dans le couple sont toutes deux corrélées avec les interactions observées dans le couple et les comportements parentaux.

Tout problème dans l'alliance de *caregiving* doit faire évaluer la qualité de la relation d'attachement des adultes (Kobak et Mandelbaum, 2003). Les problèmes de fonctionnement comme base de sécurité réciproque du couple, souvent liées à un attachement insécuré, rendent difficile le maintien d'une alliance de *caregiving*. À l'inverse, un des partenaires peut atténuer l'impact négatif du modèle opérant insécuré de l'autre et permettre une meilleure alliance de *caregiving* du couple parental. Les relations adultes d'attachement peuvent répondre aux propres besoins d'attachement du parent, minorant ainsi le risque de compétition entre les systèmes d'attachement et de *caregiving* du sujet (Solomon et George, 1999). Au contraire,

l'insécurité d'un des membres du couple risque de saper le sentiment de sécurité des deux conjoints. L'insécurité chez l'un des partenaires peut être perpétuée, voire même exacerbée, par les réponses de l'autre. Un individu sûr peut devenir anxieux vis-à-vis des pertes ou du rejet face à un partenaire émotionnellement distant – par exemple, un partenaire détaché pourra inciter son conjoint sûr à ressentir et à réagir de manière anxieuse ou préoccupée (Feeney, 2003).

Le système du couple a des caractéristiques homéostatiques qui ont tendance à maintenir une relative stabilité ; quand le comportement excède ce qui est attendu, il est contrôlé via une boucle de rétrocontrôle correctrice, ce qui peut impliquer des *patterns* rigides et une détresse considérable dans le cas de couples dysfonctionnels. Des cycles de persécution - mise à distance (comme moyen d'essayer de réguler la proximité et de contrôler le climat émotionnel de la relation) peuvent être entretenus en partie du fait que chacun des conjoint, face à ces comportements, va attribuer à l'autre des intentions négatives. Quand les partenaires perdent confiance dans la disponibilité et l'aptitude de l'autre à répondre, la menace d'abandon et de perte réveille les émotions les plus basiques de peur et de colère. Restaurer la confiance et la foi de la personne en la disponibilité du partenaire est un but thérapeutique fondamental. La reconstruction de la confiance dans le partenaire (Hugues, 2007) est nécessairement associée avec la question du pardon (Schachner et coll., 2003), qui constitue le premier pas pour aider les sujets à devenir plus conscients de leurs erreurs et de leurs besoins de réparation de la relation émotionnelle.

Niveaux d'intervention

Alliance de *caregiving*

Une des cibles de l'intervention dans les thérapies familiales attachementistes est d'aider à établir une alliance de *caregiving* dans le but de protéger et d'éduquer leur enfant : les soins parentaux deviennent une responsabilité partagée et chaque parent a un partenaire avec lequel il va pouvoir gérer jour après jour les difficultés inhérentes au fait d'élever un enfant. Deux niveaux d'intervention sont possibles, transgénérationnel et interactionnel. Les thérapeutes familiaux sont, en général, centrés sur le présent et sur le fait de favoriser les changements dans les interactions, en particulier dans les sous-systèmes parentaux ou de couple. Explorer les modèles de travail et l'histoire de l'attachement des parents avec leurs familles d'origine qui peuvent interférer dans leurs relations de couple et dans leurs pratiques parentales est également indispensable. L'étude de Cowan et Cowan (2005) aide à comprendre comment les cycles générationnels insécures peuvent être interrompus en améliorant le fonctionnement du couple qui aboutit à une amélioration du fonctionnement familial et à un meilleur fonctionne-

ment de l'enfant : les mères insécures pouvaient développer des attachements sécurés avec leurs enfants, quand leurs conjoints avaient des modèles opérants sécurés. Les thérapies familiales requièrent l'implication des pères dans le processus thérapeutique : le rôle correcteur positif du père dans les modèles opérants des membres de la famille semble majeur (Tereno et coll., 2008). Ces résultats suggèrent qu'il pourrait y avoir plus de bénéfices à soutenir les parents dans la résolution de leurs problèmes de couple afin qu'ils fonctionnent de nouveau comme une base de sécurité réciproque qu'à se concentrer uniquement sur leurs stratégies parentales (Cowan et Cowan, 2005). Il est donc important que le thérapeute continue de surveiller l'impact du travail du couple sur la relation parent-enfants et sur les enfants (Kobak et Mandelbaum, 2003).

Sensibilité parentale

L'autre cible de l'intervention sera le développement de la sensibilité parentale et la diminution des comportements parentaux désorganisés (voir *l'Attachement : approche théorique*, chapitre 19) : le thérapeute apprend aux parents à détecter leurs comportements désorganisés dans les échanges avec leurs enfants. L'approche attachementiste systémique donne une importance cruciale au développement d'une base de sécurité qui encourage la confiance en soi et développe un potentiel d'adaptation. Les interventions thérapeutiques se centrent autour des histoires négatives d'attachement des membres de la famille afin de promouvoir la reconstruction du sens de l'histoire d'attachement des membres de la famille et, ainsi, de reformuler les modèles opérants insécures d'attachement des parents.

Relation avec le thérapeute

L'établissement d'une relation sécurée avec le thérapeute est l'un des prérequis pour que les membres de la famille puissent intégrer de nouvelles expériences et pour permettre une communication libre et ouverte durant les séances de thérapie (Byng-Hall, 1999). Le thérapeute devient un allié des *caregivers*, mais aussi peut donner de nouvelles informations et perspectives sur l'enfant qui facilitent la résolution des problèmes et augmentent la flexibilité cognitive. Le thérapeute familial peut fonctionner temporairement comme figure d'attachement, base de sécurité permettant au couple d'explorer de nouvelles alternatives, dans leur activité réflexive ou dans leurs interactions.

Le thérapeute favorise l'élaboration commune d'une signification nouvelle concernant les relations dans le couple (ou dans la famille) en se focalisant sur l'amélioration des perceptions conscientes : celles-ci offrent de nouvelles opportunités pour une communication plus efficace et une meilleure gestion du stress. Si le parent identifie mieux les sources de détresse familiale et les contient mieux, il voudra progressivement être plus

disponible et prévisible pour ses enfants, et ainsi les rassurer sur sa capacité à les protéger (Kobak et Mandelbaum, 2003). Un *caregiver* secondaire, qui est sensible dans ses réponses à la fois à l'enfant et au *caregiver* principal, peut constituer une source de réconfort et contribuer à ce que la détresse soit mieux contenue au sein de la relation d'attachement. Par contre, une figure d'attachement secondaire en retrait augmente considérablement l'anxiété à la fois de l'enfant et du *caregiver* principal : le manque de disponibilité en situation de stress est facilement perçu comme un abandon émotionnel. La qualité du lien d'attachement entre les *caregivers* a un impact important sur le climat émotionnel général de la famille : les liens sécurisés procurent une base de sécurité aux deux *caregivers*, pour en particulier élever les enfants et faire face aux stress quotidiens. Le thérapeute, en offrant aux parents un espace propice au dialogue réflexif, va pouvoir favoriser le développement d'une « fonction réflexive de couple » (Tereno, 2008), laquelle aidera les parents à mieux réfléchir à leur propre relation et à communiquer ouvertement avec l'autre. Johnson et Best (2003) montrent qu'un conjoint peut protéger l'autre des effets négatifs de l'insécurité et encourager un sentiment de sécurité au sein du couple. Quand un conjoint sécurisé encourage systématiquement une communication ouverte et mutuelle, son conjoint insécurisé pourra modifier ses comportements non adaptés liés à l'insécurité. La fonction réflexive dans le couple suppose que le partenaire joue le rôle de base de sécurité et possède des compétences pour le dialogue réflexif. Elle influence la révision des modèles internes opérants, des processus psychiques conscients et des intentions habituelles des parents, ce qui favorise une meilleure alliance de *caregiving* ainsi que la survenue de comportements de soins parentaux alternatifs plus sensibles.

Alliance fonctionnelle

Dans une alliance fonctionnelle, les *caregivers* peuvent autant s'aider les uns les autres à mieux comprendre l'enfant que bâtir de nouvelles perspectives constructives pour l'enfant (Kobak et Mandelbaum, 2003). Ces pères sécurisés semblent apporter des retours judicieux sur la façon d'élever les enfants ou proposer des solutions alternatives pour répondre aux signaux de l'enfant. La fonction réflexive du couple offre aux parents un espace pour comprendre les perturbations de la relation parent-enfant et réparer les éventuelles ruptures de communication. En permettant aux parents d'être plus conscients des processus d'attachement et de donner un nouveau sens à leur histoire d'attachement, le thérapeute favorise les changements de l'activité parentale réflexive permettant d'éviter la transmission de l'insécurité de l'attachement à travers les générations. Si le stress (quelle que soit son origine) menace la disponibilité du parent, le thérapeute peut aider les parents à améliorer leurs capacités, à contrôler la situation et à en parler avec l'enfant, établissant un « dialogue réflexif parental » de meilleure qualité (Kobak et Mandelbaum 2003). Ce dialogue

crée un espace dans lequel le parent essaie de comprendre ce qui vient perturber sa relation avec son enfant et peut réparer son manque de disponibilité. Une thérapie familiale procure au *caregiver* une base de sécurité afin d'explorer son ou sa relation avec l'enfant. La notion de base de sécurité pour le *caregiving* est centrée sur l'assurance du parent qu'il a un allié qui partage son intérêt pour la protection et le soutien du développement de l'enfant. Quand on ne peut pas mettre l'accent sur le couple au début du processus d'intervention, le thérapeute peut alternativement appréhender le sous-système parental dans un premier temps, puis l'alliance de *caregiving*. La dynamique du processus thérapeutique est ainsi dialectique. Le succès de la focalisation sur l'alliance de *caregiving* déterminera souvent le besoin ou non pour le thérapeute de déplacer l'accent sur les problèmes d'attachement de l'adulte au sein du couple.

Exemples de thérapies informées par la théorie de l'attachement

Une thérapie familiale : la *Family as a Secure Base* de Byng-Hall

Byng-Hall (1999) suggère qu'une « base de sécurité familiale » permet aux membres de la famille d'exprimer les affects négatifs tout en restant rassurés sur la disponibilité et la capacité des autres membres de la famille à répondre de manière sensible. En s'appuyant sur le thérapeute qui représente alors une base sécuritaire temporaire, chaque membre de la famille va pouvoir explorer les représentations qui sous-tendent les scénarios conflictuels, et ceci en présence des autres membres de la famille. Cette exploration permet que chacun comprenne mieux les besoins des autres et surtout les représentations internes des relations qui existent dans le cercle familial. À partir de cette capacité auto-réflexive commune, la famille peut alors construire un meilleur « partenariat corrigé quant au but » pour atteindre un but commun. Les modalités d'attachement de chacun seront ainsi mieux comprises, ce qui permet de cerner les éventuelles incompatibilités des besoins d'attachement de chacun et les conflits qui en résultent. Le thérapeute familial aide ainsi la famille à communiquer sur ses besoins, les représentations des liens, et permet qu'une base de sécurité commune se construise. Pour que cette base de sécurité apparaisse, le thérapeute doit se montrer extrêmement disponible et empathique avant même la première rencontre avec la famille, lors du premier contact téléphonique. Le thérapeute n'a pas pour but de changer les comportements mais, grâce au vécu d'expériences correctrices, de permettre des modifications des modèles internes opérants, et ainsi de conduire à une autre dynamique relationnelle intrafamiliale. Cette exploration contribue, grâce à l'établissement d'une base de sécurité commune, à ce que l'ensemble de la famille explore des solutions face aux

différentes difficultés inhérentes à la vie. Byng-Hall (2001) souligne aussi que la thérapie familiale offre l'opportunité d'accéder à des récits plus cohérents quant au vécu de chacun et à l'histoire de la famille. Cette cohérence concerne à la fois des éléments partagés avec le thérapeute en séance et des éléments de l'histoire familiale.

Une thérapie de couple : l'EFT (*Emotionally Focused Therapy for couples*) de Johnson

Lorsque la peur et la colère dominant la relation d'attachement chez l'adulte et sapent les efforts pour construire une alliance de *caregiving*, les thérapies de couple centrées sur les émotions représentent une approche de choix (Johnson, 2003).

Du point de vue des EFT, l'amour adulte est une adaptation fondamentale du système d'attachement. Le thérapeute se focalise durant la séance sur le fonctionnement des émotions et les *patterns* clefs d'interaction actuels : les expériences émotionnelles sont les principaux outils de changement. Il est un consultant de la relation et offre une base sûre sur laquelle chaque partenaire peut améliorer, développer, transformer son expérience, et trouver de nouvelles façons de se connecter émotionnellement aux autres. Les trois étapes des EFT sont la désescalade, la restructuration des interactions et la consolidation.

Conclusion

La théorie de l'attachement appliquée aux familles permet une approche compréhensive et bienveillante des relations avec autrui en faisant référence aux expériences infantiles et aux modèles internes opérants qui les sous-tendent. Cette théorie qui enrichit les modalités psychothérapeutiques et la compréhension de leur processus semble tout particulièrement intéressante dans le champ des thérapies familiales.

Références

- Belsky, J. (2005). The developmental and evolutionary psychology of intergenerational transmission of attachment. In C. S. Carter, L. Ahnert, K. Grossman et coll. (dir.), *Attachment and bonding: A new synthesis* (p. 169–198). Cambridge, E.-U : MIT Press.
- Bertalanffy, L. von (1972). The history and status of general systems theory. In G. J. Klir (dir.), *Trends in general system theory*. New York : John Wiley.
- Bowlby, J. (1949). The study and reduction of group tensions in the family. *Human Relations*, 2, 123–128.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. Londres : Routledge.

- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: retrospect and prospect. In I. Bretherton (dir.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2), 3-34.
- Byng-Hall, J. (1999). Family and couple therapy: Toward greater security. In J. Cassidy & P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (p. 625-648). New York : Guilford Press.
- Byng-Hall, J. (2001). Toward a coherent story about illness and loss. In R. Papadopoulos & J. Byng-Hall (dir.), *Multiple voices: Narrative in systemic family psychotherapy* (p. 103-124). London : Karnac.
- Cowan, C., & Cowan, P. (2005). Two central roles for couple relationships: Breaking negative intergenerational patterns and enhancing children's adaptation. *Sexual and Relationship Therapy*, 20, 275-288.
- De Wolff, M., & Van IJzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68, 571-591.
- Feeney, J. A. (2003). The systemic nature of couple relationships: An attachment perspective. In P. Erdman & T. Caffery (dir.), *Attachment and family system* (p. 139-163). New York : Brunner Routledge.
- Hughes, D. (2007). *Attachment-focused family therapy*. New York, Londres: W. W. Norton & Company.
- Johnson, S. M. (2003). Attachment theory: A guide for couple therapy. In S. Johnson & V. Whiffen (dir.), *Attachment processes in couple and family therapy* (p. 103-123). New York, Londres : Guilford Press.
- Johnson, S. M., & Best, M. (2003). A systemic approach to restructuring attachment: The EFT model of couple therapy. In P. Erdman & T. Caffery (dir.), *Attachment and family systems : conceptual empirical, and therapeutic relatedness* (p. 165-192). New York : Guilford Press.
- Kobak, R. R., & Mandelbaum, T. (2003). Caring for the caregiver: An attachment approach to assessment and treatment of child problems. In S. M. Johnson and V. E. Whiffen (dir.), *Attachment processes in couple and family therapy* (p. 144-164). New York : Guilford Press.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (dir.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2), 66-104.
- Marvin, R. S., & Stewart, R. (1990). A family systems framework for the study of attachment. In M. Greenberg, D. Cicchetti & E. Cummings (dir.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (p. 51-86). Chicago : University of Chicago Press.
- Schachner, D., Shaver, P., & Mikulincer, M. (2003). Adult attachment theory, psychodynamics, and couple relationships. In S. Johnson & V. Whiffen (dir.), *Attachment processes in couple and family therapy* (p. 18-42). New York : Guilford Press.
- Solomon, J., & George, C. (1999). The caregiving system in mothers of infants: A comparison of divorcing and married mothers. *Attachment and Human Development*, 1, 171-190.
- Tereno, S. (2008). *Intergenerational approach of attachment: The contribution of marital representations*. Manuscrit non publié. dissertation de doctorat de l'université du Minho, Braga, Portugal.

Tereno, S., Soares, I., Martins, C. et coll. (2008). Attachment styles, memories of parental rearing and therapeutic bond: A study with eating disordered patients, their parents and therapists. *European Eating Disorders Review*, 16, 49–58.

Nicole Guédeney

La relation professionnel-patient sollicite, de par sa nature interpersonnelle, le système d'attachement du thérapeute et son système de *caregiving*, car il est aussi celui qui aide le patient. Dans ce chapitre, nous traiterons de l'influence de ces systèmes dans les contre-attitudes du professionnel, particulièrement en santé mentale.

Attachement chez les professionnels de santé

Les futurs professionnels en santé mentale évoquent le plus souvent comme motivation à être soignant le désir de revisiter les blessures et déceptions de leur propre histoire précoce (DiCaccavo, 2006). Ciechanowski et coll. (2004, 2006) montrent que le style d'attachement joue un rôle dans le choix de la pratique médicale, en fonction du facteur « relation avec le patient » : les sujets sûres choisissent plus souvent que les évitants un exercice où la relation médecin-patient est au premier plan.

Les professionnels soignants rapportent davantage d'antécédents de traumatismes émotionnels et d'expériences de déprivation émotionnelle dans leurs expériences familiales précoces, que ceux qui ont embrassé des carrières non soignantes (Leiper et Casares, 2000 ; DiCaccavo, 2006). Sont particulièrement évocateurs une histoire de *Go Between* (faire le négociateur ou le pacificateur) ou le fait d'avoir endossé un rôle de *caretaking* (avoir pris en charge le soin). Cet antécédent d'inversion du rôle parental ou « parentification » est particulièrement associé au groupe des psychothérapeutes (Fusel et Bonney, 1990).

La parentification a été particulièrement étudiée du point de vue de l'attachement par Karen (1998) et par Byng-Hall (2002). Les enfants parentifiés jouent un rôle de soignant, de confident ou de médiateur auprès de leurs parents, rôle rarement reconnu comme tel. Ces enfants apprennent que leurs propres besoins sont moins importants que ceux des autres. Incapable de provoquer une réponse soignante du parent, l'enfant devient expert dans l'anticipation des besoins des autres. De tels enfants sont particulière-

ment doués et motivés à percevoir et à répondre aux besoins des autres : endosser une profession soignante peut alors représenter une extension des rôles de l'enfance (DiCaccavo, 2006).

Les indicateurs de l'attachement actuel des professionnels en santé mentale restent encore peu étudiés. Les études sur l'état d'esprit quant à l'attachement (AAI) des professionnels constatent un l'état d'esprit de type autonome chez la quasi-totalité des professionnels participant à la recherche (Dozier et coll., 1994 ; Tyrell et coll., 1999 ; Diamond et coll., 2003). Les études portant sur les styles d'attachement trouvent que les styles d'attachement insécures prédominent chez les professionnels en santé mentale (Hilliard et coll., 2000 ; Leiper et Casares, 2000 ; Rubino et coll., 2000 ; DiCaccavo, 2006) avec, en particulier, une prédominance du *caregiving* compulsif. Bowlby (1988) décrit ces adultes qui s'occupent toujours des autres, et ce, éventuellement au travers d'activités professionnelles et ou associatives, mais qui ne s'occupent jamais d'eux ni n'expriment un besoin personnel d'aide, de réconfort ou une détresse personnelle. Lorsqu'ils le font, c'est d'une manière extrêmement culpabilisée ou entachée de honte (Karen, 1998). Cette dominance des styles insécures n'est pas retrouvée sur les échantillons de médecins somaticiens (Ciechanowski, 2004, 2006).

Comment comprendre ces résultats contradictoires selon le type d'étude ? Les études sur les styles d'attachement portent sur des échantillons de professionnels plus larges, sans sélection préalable, et elles évaluent les relations actuelles. Les études sur l'état d'esprit de l'attachement portent sur des psychothérapeutes pré-sélectionnés, qui acceptent de participer à une recherche sur la relation psychothérapeutique patient-thérapeute et sur leur contribution au soin. Ces professionnels sont a priori capables d'accepter de se dévoiler dans leur pratique et d'en accepter une évaluation et donc, une remise en cause éventuelle. Ils font suffisamment confiance dans le dispositif de recherche pour accepter d'y participer. Il s'agit là d'indicateurs bien connus d'un état d'esprit autonome quant à l'attachement (Diamond et coll., 2003). La plupart des professionnels qui exercent comme psychothérapeute ont fait eux même une thérapie. Toute thérapie psychodynamique augmente la capacité de fonction réflexive, ce qui soulève le problème de la cotation de l'indice de cohérence à l'AAI : s'agit-il alors de la même sécurité que pour un sujet autonome et s'étend-elle aux relations actuelles (Turton et coll., 2001) ?

DiCaccavo (2002) souligne que les personnes qui, dès leur plus jeune âge, ont vu leurs propres besoins négligés et ont appris que s'occuper des autres est plus important que de s'occuper de soi auront probablement plus de difficultés à demander de l'aide : elles risquent donc plus le *burn out* dans leur exercice professionnel. Racanelli (2005) décrit la fatigue compassionnelle, forme de *burn out* chez les professionnels insécures prenant en charge

des patients exposés à des événements de vie dramatiques. Hawkins et coll. (2007) étudient l'influence du style d'attachement sur l'expérience du stress et la capacité à y faire face chez des infirmières travaillant en hospices et soins palliatifs. Celles au style d'attachement insécure rapportaient davantage de problèmes en santé mentale et présentaient un absentéisme plus marqué que celles à attachement sécure. Les infirmières qui avaient un style d'attachement craintif ou détaché recouraient moins à la recherche d'aide émotionnelle comme moyen de faire face au stress que les infirmières sécures ou préoccupées. Diamond et coll. (2003) notent que le professionnel à l'état d'esprit sécure quant à l'attachement, peut plus facilement reconnaître, dans la relation au patient, ses propres contributions aux difficultés du traitement et montrer un sentiment d'aisance avec l'imperfection en elle-même, en tant que thérapeute. Par contre, un professionnel avec un *caregiving* compulsif risque de moins bien supporter un échec dans sa prise en charge.

Attachement du thérapeute et conduite de la thérapie

La capacité du thérapeute et sa flexibilité à jouer son rôle de base de sécurité et à faire vivre au patient une expérience interpersonnelle qui ne confirme pas les attentes de ce dernier sur la relation sont affectées par son propre système d'attachement (Mallinckrodt, 2000). Le clinicien a comme tâche de comprendre ses propres réactions aux comportements du patient et de répondre de manière thérapeutique dans les situations qui réveillent le système d'attachement (Dozier et coll., 1994). Malgré son importance dans la compréhension du contre-transfert, la question de la manière dont l'attachement du thérapeute joue sur la conduite de la thérapie reste encore peu étudiée (Dozier et Bates, 2004).

La manière dont un sujet pense à propos des relations d'attachement et le traitement de l'information relative à ces relations est liée à son état d'esprit quant à l'attachement (Dozier et Bates, 2004). Quelle signification le thérapeute donne-t-il aux émotions négatives qui éventuellement l'étreignent – colère, impuissance, ennui, tristesse, angoisse, etc. (Rusconi-Serpa et coll., 2009) ? Que connaît-il du phénomène de base de sécurité ? Considère-t-il qu'il doit répondre aux besoins d'attachement de son patient ? Quelle importance donne-t-il au fait de créer une relation d'attachement chez son patient ? Comment définit-il les conditions de sa disponibilité ? Le professionnel considère-t-il que son rôle est de créer une base de sécurité pour les parents lorsqu'il les reçoit pour leur enfant ? Considère-t-il les questions de l'attachement et du *caregiving* comme primordiales, voire prioritaires, dans les cibles de son action thérapeutique ? (Slade, 2008, Brisch, 2002.)

Dozier et Bates (2004) soulignent qu'il ne suffit pas au thérapeute d'être sensible aux signaux de son patient : cela risquerait d'induire des réactions en miroir de ce que montre le patient et donc ne ferait que confirmer ses attentes. Le thérapeute doit montrer un soin particulièrement sensible, c'est-à-dire répondre non pas aux signaux observables, mais aux besoins que le thérapeute imagine derrière les comportements, et en particulier les besoins d'attachement. Un style prédominant insécure risque de gêner la perception adéquate et la sensibilité active du thérapeute aux signaux du patient et donc sa réponse (Rubino et coll., 2000). Les thérapeutes insécures ont plus tendance à répondre aux stratégies conditionnelles de leurs patients qu'aux vrais états mentaux à l'origine de ces comportements stratégiques. Ils ont une gamme de réponses moins variées aux messages du patient, et leurs réponses sont plus liées à leurs propres stratégies habituelles qu'à l'interaction avec le patient et à ce qui serait le plus utile pour ce dernier (Dozier et coll., 1994).

Dozier et coll. (1994) et Tyrell et coll. (1999) constatent que les professionnels dont l'état d'esprit est particulièrement autonome ont des interventions plus susceptibles de confronter, de manière sensible, leurs patients à la possibilité de changement et au défi que cela représente pour eux. En particulier, leurs interventions sont plus « psychologiques » (penser à propos des problèmes avec le patient) avec leurs patients évitants et plus « pratiques » (trouver des solutions aux problèmes) avec leurs patients préoccupés.

La capacité de comprendre et de savoir comment répondre au mieux aux besoins du patient a été associée à la capacité de mentalisation du thérapeute (Beitel et Cecero, 2003 ; Berry et coll., 2008). Berry et coll. (2008) ont trouvé, chez des professionnels et des étudiants en santé mentale, que les styles d'attachement insécures étaient associés avec une « *mind-mindedness* » (la capacité de considérer l'autre comme un esprit dont les motivations sont différentes du sien) de moins bonne qualité.

Quel que soit le type de prise en charge en santé mentale (psychothérapie, psychiatrie de soutien), il semble que la qualité de l'attachement du thérapeute soit associée à la qualité de l'alliance ainsi qu'à celle du devenir de la thérapie (Strauss, 2000 ; Satterfield et Lyddon, 1995 ; Eames et Roth, 2000 ; Dunkle et Friedlander, 1996). Lors de thérapies brèves, le processus thérapeutique, évalué au niveau de la séance et en fin de traitement, est moins favorable lorsque les thérapeutes ont des scores élevés sur les styles d'attachement insécures (Meyer et coll., 2005 ; Bruck et coll., 2006).

Safran et coll. (1994) suggèrent que les thérapeutes ayant des angoisses d'abandon, qui sont liées à des problématiques d'attachement, peuvent trouver difficile le traitement des ruptures dans l'alliance thérapeutique. Ils peuvent en effet interpréter ces ruptures comme un indice de l'intention de leur patient de quitter la thérapie, et leur propre sensibilité à l'abandon peut

diminuer leur capacité d'empathie. Les thérapeutes qui ont des antécédents de parentification ou qui sont dans un *caregiving* compulsif actuel auront moins de flexibilité dans le développement d'une relation thérapeutique de qualité. Ils peuvent, par exemple, encourager l'évitement de la peine psychique par leur patient, développer un comportement excessif de soin (*care-taking*) ou encore s'identifier de manière exagérée, avec un risque d'engluement dans la relation au patient (Fusel et Bonney, 1990, DiCaccavo, 2006).

À notre connaissance, il existe actuellement un seul outil spécifiquement créé pour évaluer l'attachement, et du patient et du professionnel, dans une relation thérapeutique. Le *Patient Therapist Adult Attachment Interview* (PT-AAI) est un outil inspiré de l'AAI mais adapté à la relation thérapeutique, créé par Diamond et coll. (2003). On demande au thérapeute de décrire la relation avec son patient, en général, puis de choisir cinq mots pour décrire cette relation, en s'appuyant sur des exemples spécifiques. On lui demande ensuite de décrire ses réactions lorsqu'il se sent bouleversé ou blessé au cours de la psychothérapie. On explore ses réponses aux séparations d'avec son patient, les moments où il se sent rejeté par le patient et s'il s'est senti, à un moment ou un autre, menacé par le patient. Enfin, on demande au professionnel pourquoi il pense que le patient agit de cette manière au cours du traitement et de décrire et d'évaluer les effets de la thérapie. L'entretien évalue également le degré de cohérence de la formulation par le thérapeute de sa compréhension de l'interaction thérapeutique ainsi que la qualité de la compréhension qu'a le professionnel de son patient.

Appariements patient-thérapeute

L'interaction entre les styles d'attachement du professionnel et du patient influence le processus thérapeutique. L'appariement professionnel-patient à partir de leurs styles respectifs d'attachement reste encore peu étudié et, en particulier, la nature des appariements optimaux (Zegers et coll., 2006 ; Daniel, 2006).

Les travaux précurseurs de Dozier et coll. (1994) et de Tyrrel et coll. (1999) portent sur des professionnels qui prennent en charge, sous forme de psychiatrie de soutien, des patients avec un diagnostic psychiatrique sévère sur l'axe I. Ces professionnels avaient tous un AAI de type autonome, mais ils étaient plus ou moins préoccupés ou intéressés par les questions de l'attachement. Les thérapeutes les plus sécures répondaient aux réels besoins sous-jacents des clients, quel que soit le mode de présentation manifeste de leurs besoins, et ils répondaient plus aux détachés qu'aux préoccupés. Les professionnels les plus sécures sont efficaces avec tous les patients, les professionnels moins sécures sont plus efficaces selon le type de patients qu'ils ont en charge. Il y a un consensus pour noter que les thérapeutes insécures fonctionnent mieux avec les patients qui ont des styles complémentaires

sur la dimension désactivation-hyperactivation (appariement patient pré-occupé - thérapeute détaché ou patient détaché - thérapeute préoccupé). Ces appariements sont associés avec la formation des alliances initiales les plus fortes : le professionnel, de par ses stratégies familiaires personnelles, répond plus facilement de manière non complémentaire aux attentes du patient ; ils deviennent moins fonctionnels en fin de prise en charge et peuvent en rendre la fin plus difficile (Tyrell et coll., 1999 ; Mallinckrodt, 2000).

Ces travaux ont été élargis à d'autres cadres thérapeutiques. Citons les études de Bruck et coll. (2006) sur les psychothérapies pour patients « névrotiques », de Diamond et coll. (2003) sur des patients *borderline* adultes et de Meyer et coll. (2005) qui étudient les appariements concernant le style d'attachement lors de thérapies brèves. Toutes trouvent une association entre la qualité du devenir de la thérapie et l'importance de la différence entre le style d'attachement du thérapeute et celui du patient, à condition que le thérapeute ait un minimum de sécurité d'attachement. Le thérapeute « sûr » fonctionne « bien » avec tous les patients, quel que soit leur type d'insécurité. Il semble plus à l'aise pour intervenir dans des situations incontrôlables et pour les explorer (Diamond et coll., 2003).

Engagement dans le soin : le *caregiving* du thérapeute

Il y a encore très peu d'études sur l'influence du système de *caregiving* du thérapeute sur la conduite de la thérapie. Il est pourtant soumis à de nombreuses influences (comme pour tout sujet, ainsi qu'on l'a vu dans *L'Attachement : approche théorique*, chapitre 3) : les influences de ses propres représentations d'attachement, ses propres facteurs de stress personnels actuels et les caractéristiques du contexte professionnel où il exerce. Celles-ci rassemblent les facteurs liés au patient, ses conditions de travail et la formation professionnelle qui lui a donné son savoir-faire. Il existe, comme pour tout sujet, en particulier pour les professionnels insécures, un risque de compétition entre leurs propres systèmes de *caregiving* et d'attachement lorsque l'attachement du thérapeute est activé trop intensément ou lorsque des facteurs de stress actuels sapent l'expression de son *caregiving* et donc sa capacité de mentalisation (Rusconi-Serpa et coll., 2009).

Processus de supervision et attachement du professionnel

La conduite d'une thérapie avec des patients difficiles expose le thérapeute à un stress intense et sollicite donc fortement son système d'attachement (Mallinckrodt, 2000 ; Mikulincer et Shaver, 2007). Les thérapeutes ont eux

aussi besoin d'une base de sécurité avec leur superviseur, leurs collègues, leurs relations privées ou leurs mentors (Kurtz, 2005). Pour Pistole et Watkins (1995), la théorie de l'attachement aide à conceptualiser les effets de l'attachement du thérapeute et de son superviseur sur le processus de la supervision. Celui-ci implique de se dévoiler, de pouvoir s'appuyer sur un « plus sage et plus fort », de réfléchir sur ses expériences internes et de discuter de questions liées à l'autonomie et à la dépendance. La réactivation de MIO insécures chez le supervisé peut altérer ce processus ; celle de MIO insécures chez le superviseur peut le rendre moins apte à fournir au premier une atmosphère de base de sécurité qui lui permette d'explorer librement parce qu'il sait qu'en cas de problème le superviseur sera là pour le soutenir et l'aider à trouver une solution. Les formations et les supervisions qui autorisent les professionnels en santé mentale à discuter de leurs craintes et de leurs besoins jouent ce rôle de base de sécurité (Mallinckrodt, 2000 ; Mikulincer et Shaver, 2007). Tout professionnel en santé mentale devrait avoir réfléchi sur son propre état d'esprit quant à l'attachement et en particulier sur une éventuelle insécurité ou sur un traumatisme non résolu quant à l'attachement (Slade, 2008). Cette question semble particulièrement cruciale lorsque les thérapeutes ou les professionnels doivent s'occuper de populations particulières telles que les victimes de terrorisme, les enfants abusés ou maltraités, les survivants de désastres, les patients en train de mourir et les patients particulièrement difficiles (Guédénéry, 2008 ; Mikulincer et Shaver, 2007).

Conclusion

L'étude de l'attachement et du *caregiving* du thérapeute n'en est qu'à son début. Elle permet de revisiter le processus du contre-transfert à la lumière de la théorie de l'attachement et de mieux comprendre les facteurs jouant sur l'efficacité d'une prise en charge. Elle évoque aussi le rôle que joue la sécurité (ou l'insécurité) du thérapeute comme facteur de protection (ou de vulnérabilité) dans son exercice professionnel. Elle souligne l'importance des supervisions informées par la théorie de l'attachement, en complément des autres théories psychodynamiques.

Références

- Beitel, M., & Cecero, J. J. (2003). Predicting psychological mindedness from personality style and attachment security. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 163–172.
- Berry, K., Shah, R., Cook, A. et coll. (2008). Staff attachment styles: A pilot study investigating the influence of adult attachment styles on staff psychological mindedness and therapeutic relationships. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 355–363.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. Londres : Routledge.

- Brisch, K. H. (2002). *Treating attachment disorders: From theory to therapy*. New York : Guilford Press.
- Bruck, E., Winston, A., Aderholt, S. et coll. (2006). Predictive validity of patient and therapist attachment and introject styles. *American Journal of Psychotherapy*, 60, 393–406.
- Byng-Hall, J. (2002). Relieving parentified children's burdens in families with insecure attachment patterns. *Family Process*, 41, 375–388.
- Ciechanowski, P. S., Russo, J. E., Katon, W. J. et coll. (2004). Attachment theory in health care: The influence of relationship style on medical students' specialty choice. *Medical Education*, 38, 262–270.
- Ciechanowski, P. S., Worley, L. M., Russo, J. E. et coll. (2006). Using relationship styles based on attachment theory to improve understanding of specialty choice in medicine. *BMC Medical Education*, 11, 1–8.
- Daniel, S. I. (2006). Adult attachment patterns and individual psychotherapy: A review. *Clinical Psychology Review*, 26, 968–984.
- Diamond, D., Clarkin, J. F., Stovall-McClough, K. C., et coll. (2003). Patient-therapist attachment: Impact on the therapeutic process and outcome. In M. Cortina & M. Marrone (dir.), *Attachment theory and the psychoanalytic process* (p. 127–178). Londres : Whurr Publishers.
- DiCaccavo, A. (2002). Investigating individuals' motivations to become counselling psychologists: The influence of early caretaking roles within the family. *Psychology and Psychotherapy*, 75, 463–472.
- DiCaccavo, A. (2006). Working with parentification: Implications for clients and counselling psychologists. *Psychology and Psychotherapy, Theory, Research and Practice*, 79, 469–478.
- Dozier, M., & Bates, B. C. (2004). Attachment state of mind and the treatment relationship. In L. Atkinson & S. Goldberg (dir.), *Attachment issues in psychopathology and intervention* (p. 167–180). Hillsdale, E.-U : Lawrence Erlbaum.
- Dozier, M., Cue, K. L., & Barnett, L. (1994). Clinician as caregivers: Role of attachment organization in treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 793–800.
- Dunkle, J. H., & Friedlander, M. L. (1996). Contribution of therapist experience and personnel characteristics to the working alliance. *Journal of Consulting Psychology*, 43, 456–460.
- Eames, V., & Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance: A study of patients and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research*, 10, 421–434.
- Fusell, F. W., & Bonney, W. C. (1990). A comparative study of childhood experiences of psychotherapists and physicians: Implication for clinical practice. *Psychotherapy*, 27, 505–512.
- Guédeney, N. (2008). Les émotions négatives des professionnels de l'enfance confrontés à la situation de placement : L'éclairage de la théorie de l'attachement. *Devenir*, 20, 101–118.
- Hawkins, A. C., Howard, R. A., & Oyeboode, J. R. (2007). Stress and coping in hospice nursing staff: The impact of attachment styles. *Psychooncology*, 16, 563–572.
- Hilliard, R. B., Henry, W. P., & Strupp, H. (2000). An interpersonal model of psychotherapy: Linking patient and therapist developmental history, therapeutic process and types of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 125–133.

- Karen, R. (1998). *Becoming attached: First relationships and how they impact our capacity to love*. New York : Oxford University Press.
- Kurtz, A. (2005). The needs of staff who care for people with a diagnosis of personality disorders who are considered at risk to others. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 16, 399–422.
- Leiper, R., & Casares, P. (2000). An investigation of the attachment organization of clinical psychologists and its relationship to clinical practice. *British Journal of Medical Psychology*, 7, 449–464.
- Mallinckrodt, B. (2000). Attachment, social competencies, social support and interpersonal process in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 10, 239–266.
- Meyer, B., Olivier, L., & Roth, D. A. (2005). Please don't leave me! BIS/BAS, attachment styles and responses to relationship threat. *Personality and Individual Differences*, 38, 151–162.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: structure, dynamics and change*. New York : Guilford Press.
- Pistole, M. C., & Watkins, C. (1995). Attachment theory, counselling process and supervision. *Counseling Psychologist*, 23, 457–478.
- Racanelli, C. (2005). Attachment and compassion fatigue among American and Israeli mental health clinicians working with traumatized victims of terrorism. *International Journal of Emergency Mental Health*, 7, 115–124.
- Rubino, G., Barker, C., Roth, T. et coll. (2000). Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures: The role of therapist and patient attachment style. *Psychotherapy Research*, 10, 408–420.
- Rusconi-Serpa, S., Guédeney, N., Hervé, M. J. et coll. (2009). Les ressentis négatifs du thérapeute, partie 2 : Quelles stratégies thérapeutiques ? *Devenir*, 21, 7–30.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Wallner-Samstag, L. (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures: A task analytic investigation. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (dir.), *The working alliance: Theory, research and practice* (p. 225–258). New York : John Wiley & Sons, Inc.
- Satterfield, W. A., & Lyddon, W. J. (1995). Client attachment and perceptions of the working alliance with counselor trainees. *Journal of Counselling Psychology*, 42, 187–189.
- Slade, A. (2008). The implications of attachment theory and research for adult psychotherapy. In J. Cassidy & P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2^e éd., p. 762–782). New York : Guilford Press.
- Strauss, B. M. (2000). Attachment theory and psychotherapy research: Editor's introduction to a special section. *Psychotherapy Research*, 10, 381–389.
- Turton, T., McGauley, G., Marin-Avellan, L. et coll. (2001). The Adult Attachment Interview : Rating and classification problems posed by non-normative samples. *Attachment and Human Development*, 3, 284–303.
- Tyrrell, C. L., Dozier, M., Teague, G. B. et coll. (1999). Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders: The importance of attachment states of mind. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 725–733.
- Zegers, M. A., Schuengel, C., Van IJzendoorn, M. H. et coll. (2006). Attachment representations of institutionalized adolescents and their professional caregivers: Predicting the development of therapeutic relationships. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 325–334.

Index

A

abus sexuels précoces 125
accordage affectif 159
addiction 121
adolescence 107, 179
adoption 61, 62
– « précoces » 65
– tardives 65
âge seuil 77
agoraphobie 120
agressivité 2, 97
alexithimie 137
alliance de *caregiving* 9, 156
alliance thérapeutique 143, 169, 192
anorexie 123
anxiété de séparation 20
anxiété généralisée 121
approche psychodynamique interpersonnelle XIII
attachement craintif évitant 122
attachement désorganisé 46, 73
Attachment and Biobehavioral Catch up (ABC) 80
autisme
– adulte 124
– enfant 102
autonomie 107

B

BABI (*Brief Attachment Based Psychotherapy*) 196
base de sécurité XIII, 209
Biobehavioral Catch Up 69
bonding 39
boulimie 123
burn out 214

C

c'est mon bébé (*This is my baby*) 77
caregiving XIII, 39
careliciting 167
caring for the care giver 144

cercle de sécurité 149
children act 67
chronicité 52
co-construction 170
colère explosive 68
communication infra verbale 145
comportements à risque 134
comportements régressifs 30
conduites addictives 121
conflits violents 10
contact physique 159
coparenting 9, 46
couple 205
crèche 2, 5

D

demande d'aide 167
demande de soins 167
dénî 42
dépression à l'adolescence 110
désactivation du système d'attachement 107
désactivation-hyperactivation 191
désespoir 19, 29
désordres alimentaires 20
détachement 19, 20
deuil anticipatoire 44
deuil chez les parents 44
diabète 134
divorce 9

E

EFT (*Emotionally Focused Therapy for couples*) 210
émotions négatives 35
endormissement 20
enfants désorganisés 98
enfants morts-nés 45
énurésie nocturne 20
équilibre exploration/attachement 160
équipe du *Foster Care Team* (FCT) 80
état d'esprit à l'AAI 69
états dissociatifs 114

études longitudinales 62
 événements de vie 101
 exploration 160
 exposition prénatale aux drogues ou à l'alcool 66
 expression somatique 131

F

facteur de vulnérabilité 119
 famille d'accueil 74
 fantômes dans la nursery 146
 fausses couches 46
 figure d'attachement secondaire 4, 14

G

garde 1, 6
 GP 39
 guidance développementale 157
 guidance parentale 162

H

handicap 43
 hospitalisation 17

I

immunité 132
 impact du divorce 10
 impuissance apprise 119
 infirmité motrice cérébrale 43
insight 147
 institutionnalisation 62
 interventions précoces 69

J

journal de la vie quotidienne 77

M

maladie 17, 28
 maladie chronique sévère 25
 maladie mentale 51
 médecine générale 134
 méfiance 75
 mentalisation 126, 159
 MBT, *mentalization-based treatment* 198
 mères violées 48
 méta-communication 168
 metera 61
mirroring 145, 159
 modèle(s)
 – de Lyons-Ruth 115
 – dit « des ressources perdues » 3

– internes opérants (MIO) 167
 – multiples 114
 mort 28
 – d'un parent pendant l'enfance 119
 – périnatale 45
multidimensional Treatment Foster Care for preschoolers (MTFC-P) 80

N

narratifs 68
 négociation des conflits 110
 NICHD 2
 nombre de caregivers 5
 nourrice 2

O

observance 131
 ocytocine 132

P

parentalité 143
 parentification 213
 parler pour le bébé (*Speaking for the baby*) 150
 partenariat corrigé quant au but 162
 pathologie mentale 52
patient therapist adult attachment interview (PT-AAI) 217
 période d'apparente indifférence 29
 personnalité *borderline* 125
 personnalité évitante 126
 personnel hospitalier 24
 phase d'engourdissement 32, 44
 phase d'incrédulité 44
 phobie scolaire 111, 163
 prématurité 39
 procédures d'agrément 61
 processus de deuil 29
 professionnels en santé 213
 protestation 19, 29
proximity seeking 167
 pseudo-phobiques 97
 psychopathie 125
 psychopathologie de l'adulte 119
 psychothérapie (fin) 161

R

ratio adulte/enfants 5
 réaction de deuil prolongée 30
 réaction traumatique au stress 31

réactions de l'entourage 28
 réalité 179
 recherche d'aide 131
 régulateurs cachés 131
 relation médecin-malade 131
 relation réelle avec le thérapeute 192
 remariage 13
 réponse parentale (*sensitive responsiveness*) 143
 résilience 80, 119
 retard mental 102
 retrait relationnel 3
 retrouvailles 15
 retrouvailles/séparation 14
 risques cumulatifs 3
 routines 68
 rupture du lien d'attachement 31
 rythme journalier du cortisol 73

S

santé mentale XIV
 santé physique 131
 satisfaction de la mère 4
 schizoïde 126
 schizophrènes 124
 schizophrénie 55, 124
 schizotypique 126
 sécurité gagnée 160
 sensibilité (*sensitivity*) 143
 sentiment de sécurité 179
 séparation(s) 47
 – conflictuelles 47
 – des parents 11
 sévérité 52
 Shark Music 150
 situation de placement 73
 sociabilité indiscriminée 62
 soins palliatifs 173
 soutien aux accueillants 81
 soutien social 133
 stérilité 67
 stratégies conditionnelles 21

stress 41, 132
 stress des séparations 4
 style contrôlant/punitif 100
 suicide 28
 suicide pendant l'enfance 100
 suites spéciales mère-enfant à 18
 symptômes d'intrusion 121
 syndrome de stress post-traumatique (PTSD) 56

T

tempérament difficile 6
 thèmes terrorisants 68
 théorie de la continuité des liens 34
 thérapie familiale 209
 transfert interpersonnel XIII
 transmission intergénérationnelle 13, 143
 travail de deuil 97
 travail des femmes 3
 très grande prématurité – TGP 39
 trisomie 43, 102
 troubles
 – anxieux 120
 – dépressifs 120
 – des conduites alimentaires (TCA) 123
 – dissociatifs 100
 – du comportement 162
 – hypocondriaques 138
 – psychotiques 124
 – réactionnels de l'attachement (RAD) 161
 – somatoformes 136

U

unités kangourou 41

V

vidéo-feedback (VIPP) 149
 vision chaotique et menaçante du monde 98

W

week-ends chez le père 14