

TROUBLES DE L'ATTACHEMENT

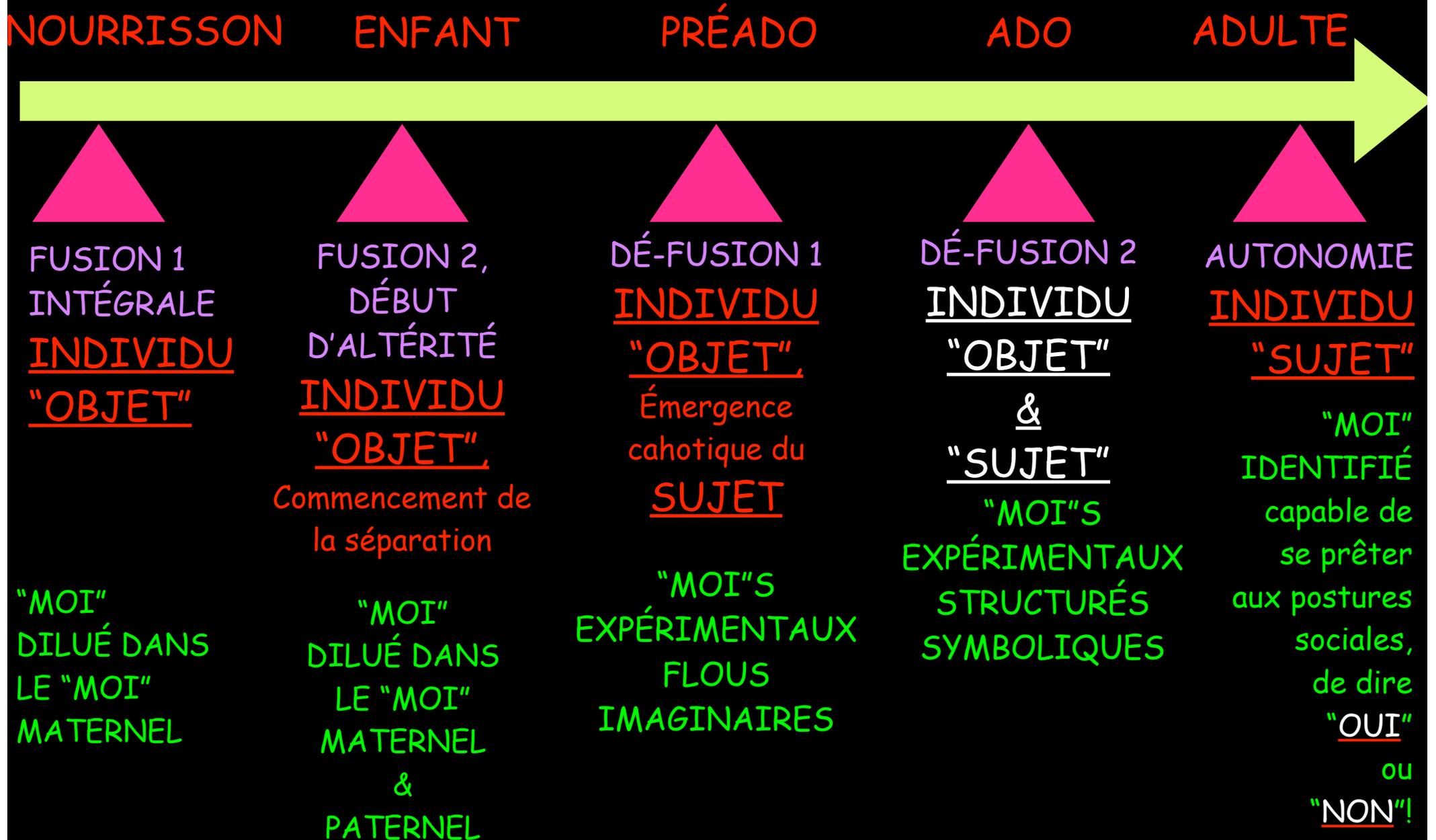
www.taneb.org

Jean-Pierre BÉNAT
Psychologue-Clinicien

taneb@mac.com



DE QUELQUES SEUILS...



DÉFINITION

➔ Le trouble réactionnel de l'attachement (actuellement plus simplement appelé « trouble de l'attachement », en abrégé « TA ») désigne les désordres émotionnels, comportementaux et d'interaction sociale dus à un échec de l'attachement relatif aux besoins primaires lors de la petite enfance.

➔ La problématique des « troubles de l'attachement » est désignée dans le DSM IV sous l'appellation de RAD (Reactive Attachment Disorder) sous le n° (DSM IV) 313.89, (ce qui en fait (de manière contestable) une maladie mentale plutôt qu'un retard de développement ou, pragmatiquement, une vulnérabilité accrue (dépression anaclitique).

PERSONNALITÉ PATHOLOGIQUE

◆ La personnalité ne devient pathologique que lorsqu'elle se rigidifie, entraînant des réponses inadaptées, source d'une souffrance ressentie par le sujet ou d'une altération significative du fonctionnement social.

◆ La définition proposée par l'O.M.S. (CIM-10) est la suivante :

« Modalités de comportement profondément enracinées et durables consistant en des réactions inflexibles à des situations personnelles et sociales de nature très variée. Elles présentent des déviations extrêmes ou significatives des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui par rapport à celles d'un individu moyen d'une culture donnée ».

THÉORIE DE L'ATTACHEMENT : SYNTHÈSE



◆ «MATRICE» STRUCTURANTE & ÉTAYANTE OU NON!

◆ «OUVERTURE» AU MONDE EXTÉRIEUR & À AUTRUI OU NON!

◆ PERMANENCE DE LA «MATRICE» COMME REFUGE
(protection / ressourcement) OU NON!

THÉORIE DE L'ATTACHEMENT (1)



- ➔ Principe: un jeune enfant a **besoin**, pour connaître un développement social et émotionnel normal, de développer une relation d'attachement avec au moins une personne qui prend soin de lui de façon cohérente et continue (« **caregiver** »).
- ➔ Cette théorie a été formalisée, après les travaux de Winnicott, Lorenz et Harlow, par le psychiatre et psychanalyste John Bowlby (enfants sans foyer après la guerre) et par Mary Ainsworth

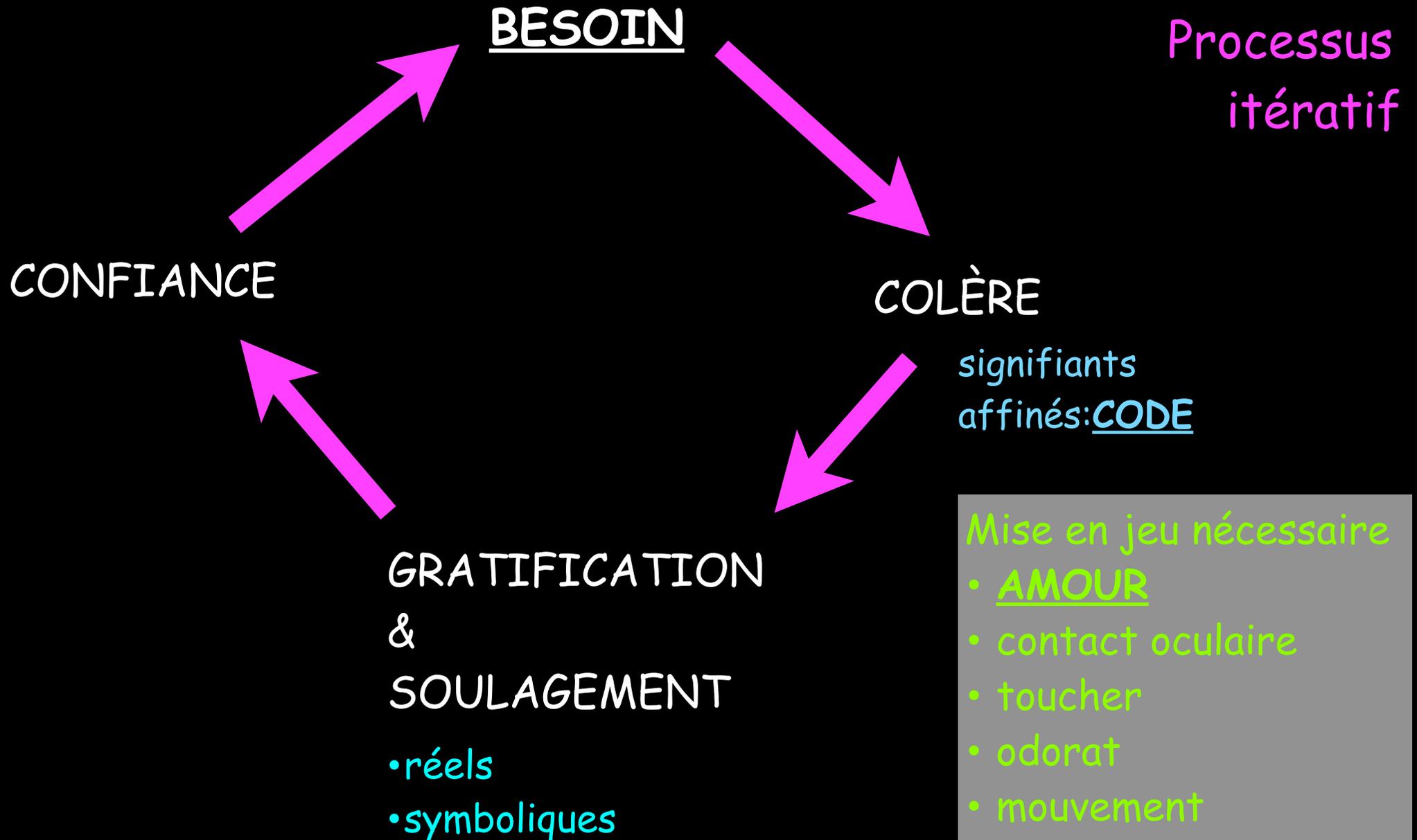


- ➔ Attachement sécurisé
- ➔ Attachement évitant
- ➔ Attachement ambivalent/Résistant
- ➔ Attachement désorganisé

NB: CES SCHÈME DES FUTURES RELATIONS ADULTES! (triple rapport: SOI/SOI, SOI/AUTRUI, SOI/MONDE: analogie: signifiants, corrélations/causalités, ellipses...) sont opérants, sans pour autant induire une prédestination!!!!

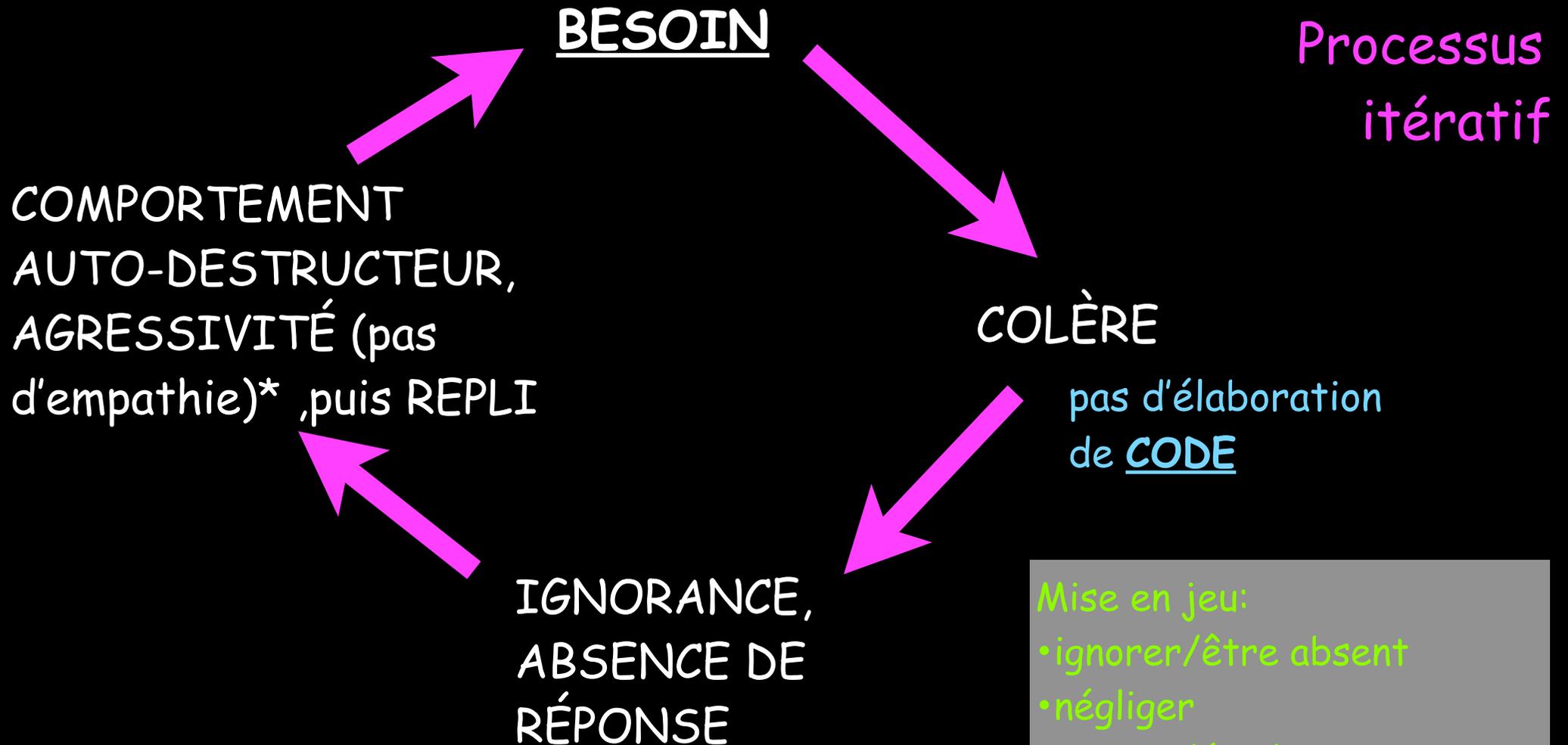
THÉORIE DE L'ATTACHEMENT (2) : clinique

«réussite»



THÉORIE DE L'ATTACHEMENT (2) : clinique

«échec»

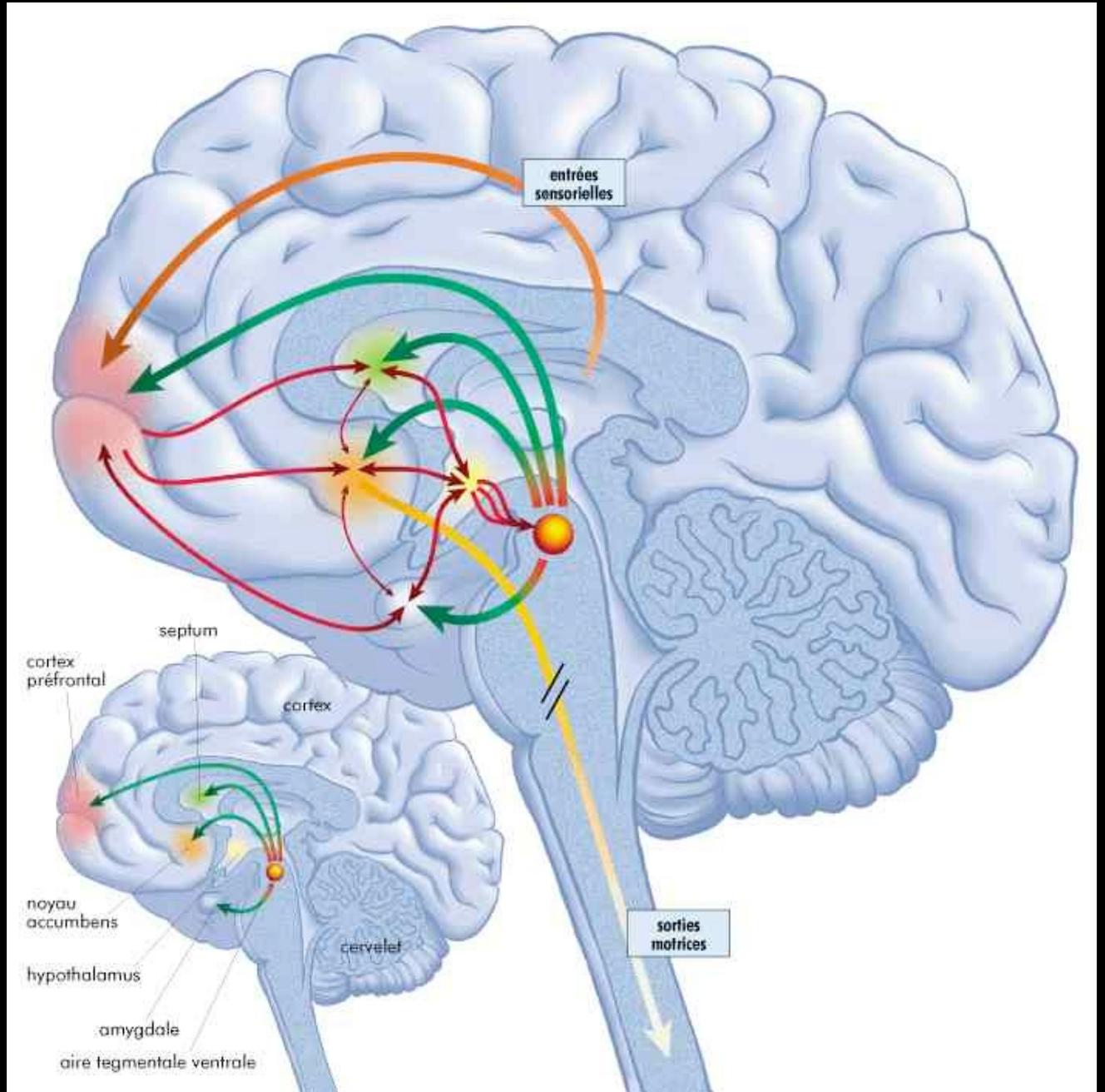
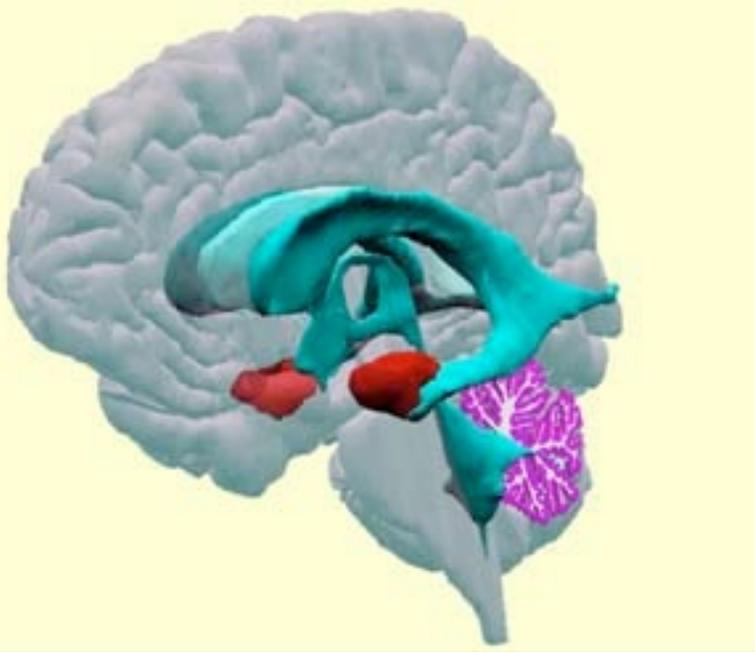


Mise en jeu:

- ignorer/être absent
- négliger
- ne pas décoder
- abus physique
- colère (humeur)/dépression
- NB: transgénérationnel !

* cf. border-line...(amygdale)

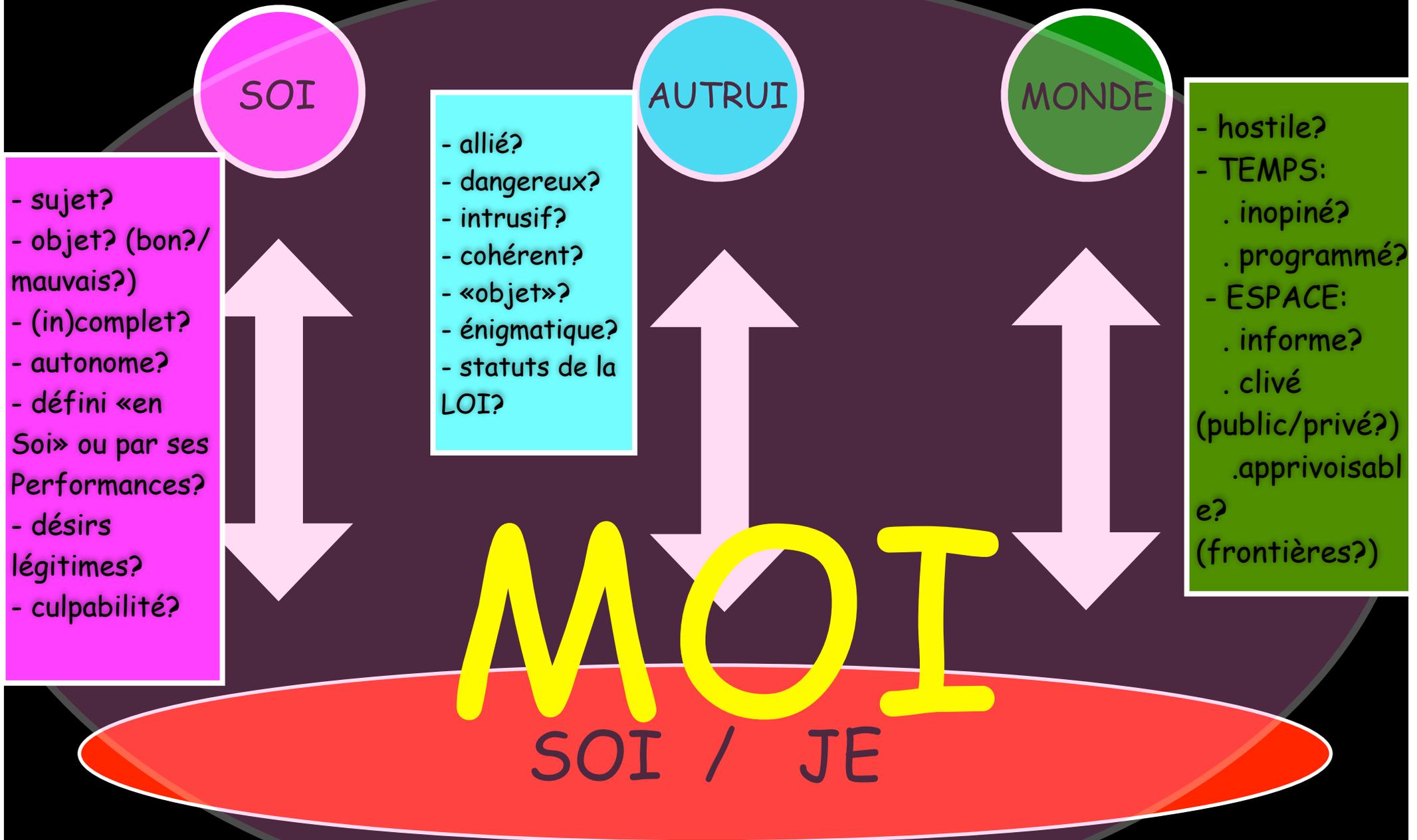
Cerveau... / amygdale



THÉORIE DE L'ATTACHEMENT (3)

- ➔ Enfants en bas âge: s'attachent aux adultes qui se montrent sensibles et attentionnés aux interactions sociales avec eux, et qui gardent leur statut de caregiver d'une façon stable au moins plusieurs mois durant la période qui va de l'âge de six mois environ jusqu'à deux ans
- ➔ Après deux ans: ils utilisent les figures d'attachement(c'est-à-dire l'entourage familial) comme base de sécurité à partir de laquelle ils vont explorer le monde, et vers qui ils savent qu'ils peuvent retourner
- ➔ Les réponses de l'entourage au comportement de l'enfant guident le développement de schèmes d'attachement qui seront à leur tour la base de la mise en place des modèles internes opérants qui régiront les sentiments, pensées et attentes des individus par rapport à leurs relations

TRIPLE RAPPORT MODÉLISÉ DANS/PAR L'ATTACHEMENT



Attachement sécurisé

- ➔ Attachement «spontané» à une personne caregiver (phylogénèse: survie...) ≠ «amour», affection!
- ➔ soins CONSTANTS et COHÉRENTS
- ➔ interactions vivantes et volontaires aux signaux émis par l'enfant (constitution des codes)
- ➔ réseau hiérarchisé de caregiver (mère / fonctions de vicariance)
- ➔ peur (absence ou indisponibilité), anxiété (appréhension d'absence):
 - ➔ APPRENTISSAGE & ORGANISATION DES SIGNAUX D'ALERTE (absence) ET DE JOIE (retour) (ritualisation!)
 - ➔ APPRENTISSAGE DES STRATÉGIES DE DEUIL (objet transitionnel)
- ➔ capacité d'explorer le monde extérieur («base» sécurée!)



MODE DE COMPORTEMENT

SÉCURE

ÉVITANT

AMBIVALENT/RÉSISTANT

DÉSORGANISÉ

SCHÈME	ENFANT	CAREGIVER
SÉCURE	Utilise le caregiver comme <u>base de sécurité</u> pour l'exploration. Proteste en cas de départ du caregiver, recherche sa proximité, est rassuré par son retour, et <u>retourne</u> alors explorer. Peut être rassuré par un étranger, mais montre une préférence nette pour le caregiver	Répond de façon appropriée, rapide, cohérente et régulière aux besoins. Aide à l'élaboration du «SYMBOLIQUE» (voix, objet, codes)

SCHÈME	ENFANT	CAREGIVER
ÉVITANT	<p>Peu d'échange affectif durant le jeu. Peu ou pas de signes de détresse en cas de séparation, peu ou pas de réactions visibles lors du retour, s'il est pris dans les bras ignore ou se détourne sans faire d'effort pour maintenir le contact. Traite les étrangers de la même façon que le caregiver . «Indépendance?»</p>	<p>Peu ou pas de réponse à l'enfant stressé. Décourage les pleurs, nie les codes et encourage (trop?) l'indépendance. «Froideur»</p>

SCHÈME	ENFANT	CAREGIVER
<p>AMBIVALENT/ RÉSISTANT</p>	<p>Incapable d'utiliser le caregiver comme <u>base de sécurité</u>, recherche la proximité avant que la séparation ne survienne. Stressé par la séparation mais de façon ambivalente, en colère, montre de la répugnance à manifester des signes de sympathie pour le caregiver et retourne jouer. Préoccupé par la disponibilité du caregiver, cherche le contact mais résiste avec colère lorsqu'il survient. Pas facilement apaisé par un étranger.</p>	<p>Incohérence & irrégularités entre des réponses: certaines sont appropriées et d'autres négligentes. Variabilité du «décodage», incapacité à ancrer des rituels</p>

SCHÈME	ENFANT	CAREGIVER
DÉSORGANISÉ	<p><u>Stéréotypes</u> en réponse, tels que se figer ou faire certains mouvements. Absence d'une stratégie d'attachement cohérente, montrée par des comportements contradictoires et désorientés tel qu'approcher le dos en avant.</p>	<p>Figé ou comportement figeant, intrusif, se tient en retrait, négativité, confusion des rôles, erreurs de communication affective, maltraitance.</p>

Types d'Attachement (Ainsworth)

SCHÈME	ENFANT	CAREGIVER
SÉCURE	Utilise le caregiver comme <u>base de sécurité</u> pour l'exploration. Proteste en cas de départ du caregiver, recherche sa proximité, est rassuré par son retour, et <u>retourne</u> alors explorer. Peut être rassuré par un étranger, mais montre une préférence nette pour le caregiver	Répond de façon appropriée, rapide, <u>cohérente et régulière</u> aux besoins. Aide à l'élaboration du «SYMBOLIQUE» (voix, objet, codes)
ÉVITANT	Peu d'échange affectif durant le jeu. Peu ou pas de signes de détresse en cas de séparation, peu ou pas de réactions visibles lors du retour, s'il est pris dans les bras ignore ou se détourne sans faire d'effort pour maintenir le contact. Traite les étrangers de la même façon que le caregiver . «Indépendance?»	Peu ou pas de réponse à l'enfant stressé. Décourage les pleurs, nie les codes et encourage (trop?) l'indépendance. «Froideur»
AMBIVALENT/ RÉSISTANT	Incapable d'utiliser le caregiver comme <u>base de sécurité</u> , recherche la proximité avant que la séparation ne survienne. Stressé par la séparation mais de façon ambivalente, en colère, montre de la répugnance à manifester des signes de sympathie pour le caregiver et retourne jouer. Préoccupé par la disponibilité du caregiver, cherche le contact mais résiste avec colère lorsqu'il survient. Pas facilement apaisé par un étranger.	Incohérence & irrégularités entre des réponses: certaines sont appropriées et d'autres négligentes. Variabilité du «décodage», incapacité à ancrer des rituels
DÉSORGANISÉ	<u>Stéréotypes</u> en réponse, tels que se figer ou faire certains mouvements. Absence d'une stratégie d'attachement cohérente, montrée par des comportements contradictoires et désorientés tel qu'approcher le dos en avant.	Figé ou comportement figeant, intrusif, se tient en retrait, négativité, confusion des rôles, erreurs de communication affective, maltraitance.

Être vigilant sur un triple plan

→ matrice sécure structurante

sinon: enfant «perdu», «déstructuré»

→ tremplin pare incestueux

sinon: enfant «fusionnel», «cuvé»

→ havre possible

sinon: enfant angoissé



Troubles de l'attachement?

- pas de déni!
- vicariance
- étayage
- constance
- apprentissage du Symbolique
- autonomisation



RÉPARATION POSSIBLE!



Les troubles de la personnalité selon le DSM IV anglosaxon

1. La personnalité paranoïaque	méfiance soupçonneuse envers les autres dont les intentions sont interprétées comme systématiquement malveillantes (manque de confiance)
2. La personnalité schizoïde	détachement des relations sociales et "froideur émotionnelle" (seul sans vrais amis)
3. La personnalité schizotypique	distorsions en terme de connaissances et de perceptions et conduites excentriques (monde imaginaire)
4. La personnalité antisociale	mépris et transgression des droits d'autrui et exploitation sans vergogne des autres (psychopathie)
5. La personnalité borderline ou "état limite"	problème de gestion des émotions , impulsivité , problèmes relationnels, image de soi instable conduisant fréquemment à des conduites autodestructrices ("sur-émotif")
6. La personnalité histrionique	quête permanente d'attention . ("remarquez-moi")
7. La personnalité narcissique	sentiment de supériorité par rapport aux autres, besoin d'être admiré et manque d'empathie (s'aime lui-même).
8. La personnalité évitante (personnalité phobique ou phobie sociale)	inhibition sociale, sentiments de ne pas être à la hauteur et hypersensibilité au jugement négatif -ou jugé tel- d'autrui et à la critique (pas à la hauteur)
9. La personnalité dépendante	comportement soumis lié à un besoin excessif d'être pris en charge. (pas réellement autonome)
10 La personnalité obsessionnelle - compulsive	préoccupation impérieuse de l'ordre, de la perfection et du contrôle (prisonnier de comportements)
11. La personnalité passive agressive (Dans le DSM III, supprimée dans le DMS IV)	résistance passive à toutes sortes de demandes.

LES PSYCHOSES

	P.M.D. *	SCHIZOPHRENIE	PARANOÏA			
			Délire de persécution	Délire de préjudice et de revendication	Délire de jalousie	Érotomanie
SYMPTOMATOLOGIE	1 - mélancolie 2 - manie	- dissociation (incohérence de l'action) - discordance (incohérence de la pensée)	- sentiment de persécution => cherche le persécuteur => passe à l'attaque	- on lui fait du tort, on lui porte préjudice - revendique quelque chose qu'on lui aurait pris ou qu'on lui aurait refusé	- sentiment délirant de jalousie - chasse méthodique (pour preuves) - trouve un coupable (n'importe qui)	- conviction délirante d'être aimé - pas de remise en question - désir de vengeance devant la passivité de l'être aimé (possible passage à l'acte)
ÉTILOGIE	- deuil impossible - identification à l'objet d'amour	- fixé dans un stade narcissique (fusionné avec sa mère) - problème de langage digital et analogique (gestes ≠ mots)	Freud : amour homosexuel vers le persécuteur (je l'aime => il me hait) Lacan : auto-engendrement (pas de parents) Enriquez : pas de position dans la filiation car n'intègre pas la scène originelle Aulagnier : haine envers les parents, mais pense que c'est normal			
ANGOISSE	1 - culpabilité de mort 2 - persécution	- morcellement corporel - anéantissement - possession	angoisse de persécution			
FANTASMATIQUE	1 - cannibalisme 2 - mégalomanie	- incestueuse (fusion avec la mère) => parfois passage à l'acte meurtrier sur les parents	homosexuelle			
MÉCANISME DE DÉFENSE	1 - déni de la perte de l'objet 2 - déni de la dépression	- déni (rejet, forclusion) - dénégation - intellectualisation - clivage	- projection - attaque - rationalisation			
TRAITS DE CARACTÈRE	1 - anxieux, découragé 2 - excité, irritable	introverti, renfermé, difficile d'accès, froideur affective	paranoïaque se sent persécuté...			

* psychose maniaco-dépressive