

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Philippe DUVERGER,

Je vous remercie de me faire l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse. Veuillez croire en ma sincère reconnaissance et en mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Jean-Bernard GARRE,

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger ce travail, ainsi que pour l'ensemble de vos enseignements. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Jean-Louis GINIES

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger ce travail, ainsi que pour votre volonté de partager et transmettre votre expérience. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Julien VALLEE,

Je te remercie d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse et de m'avoir guidée par tes remarques constructives tout au long de l'élaboration de cette thèse. Avec toute ma gratitude pour ta disponibilité, ton soutien et tes encouragements.

Je remercie aussi toutes les personnes qui m'ont fait partager leur savoir et leurs expériences :

A l'équipe du Service de Psychiatrie Adulte du CHU d'Angers pour vos enseignements.

Aux équipes des Services de Pédopsychiatrie et de Pédiatrie du CHU d'Angers, ainsi qu'au Service de Pédopsychiatrie de Cholet qui m'ont encouragée à poursuivre la spécialisation en Pédopsychiatrie.

A l'équipe de l'Institut Psychothérapique du Pin-en-Mauges qui m'a donné l'envie de choisir le thème de l'attachement pour mon travail de thèse.

A l'équipe de Médecine Légale pour le plaisir de découvrir une nouvelle discipline, avec l'envie de la poursuivre en l'associant à ma spécialité.

A toutes les autres rencontres qui m'ont été si précieuses tout au long de mon parcours universitaire.

A mes parents pour leur soutien et leur affection, ainsi que pour leur aide personnelle dans l'élaboration de cette thèse.

A mon père, pour le partage de son expérience et pour ces précieux échanges qui m'ont permis d'enrichir ma compréhension de la Psychiatrie.

A ma mère, pour m'avoir transmis ses motivations et son intérêt pour le travail avec les enfants.

A ma sœur, pour sa relecture perspicace et à mon frère.

Merci à vous deux pour les moments de partage et votre soutien au cours de mon parcours.

A mes amis et à mes proches qui m'ont accompagnée à travers les dédales de ce travail.

A Fabien, pour son soutien et sa patience, ainsi que pour ses connaissances en informatique.

-
- Bonjour, dit le renard.
 - Bonjour, répondit poliment le petit prince, [...] Viens jouer avec moi. Je suis tellement triste...
 - Je ne puis pas jouer avec toi, dit le renard. Je ne suis pas apprivoisé.
 - Ah! pardon, fit le petit prince. [...] Qu'est-ce que signifie " apprivoiser " ? [...]
 - C'est une chose trop oubliée, dit le renard. Ça signifie " créer des liens... "
 - Créer des liens ?
 - Bien sûr, dit le renard. Tu n'es encore pour moi, qu'un petit garçon tout semblable à cent mille petits garçons. Et je n'ai pas besoin de toi. Et tu n'as pas besoin de moi non plus. Je ne suis pour toi qu'un renard semblable à cent mille renards. Mais, si tu m'apprivoises, nous aurons besoin l'un de l'autre. Tu seras pour moi unique au monde. Je serai pour toi unique au monde...
 - Je commence à comprendre, dit le petit prince. Il y a une fleur... je crois qu'elle m'a apprivoisé...
 - C'est possible, dit le renard. On voit sur la Terre toutes sortes de choses...

Le Petit Prince, Antoine de Saint Exupéry (chap XXI)

ABBREVIATIONS

AAI : Adult Attachment Interview

ACTH : Adréno Cortico Tropic Hormone ou adrénocorticotropine

AQ-C : Attachment questionnaire for Children

A-RSQ : Adolescent Relationship Scales Questionnaire

ASQ : Attachment Style Questionnaire

CRH : Corticotropin-Releasing-Hormon

DMM : Dynamic Maturational Model

ECR-R : Experience in Close Relationship Scale

EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing

HHS : Hypothalamo-Hypophysio-Surrénalien

HTSMA : Hypnose, Stratégies et Mouvements Alternatifs

IPPA : Inventory of Peer and Parent Attachment

IPR : Inventory of Parental Representations

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

MIO : Modèles Internes Opérants

PBI : Parental Bonding Instrument

TCA : Troubles du Comportement Alimentaire

SS : Security Scale

PLAN

INTRODUCTION -----	10
<u>Chapitre 1</u> : Aspects théoriques de l'attachement et de l'adolescence -----	13
I- La théorie de l'attachement, de son émergence aux perspectives actuelles -----	13
II- Le développement à l'adolescence et la question du lien -----	42
<u>Chapitre 2</u> : Apports de la théorie de l'attachement à la clinique de l'adolescent : abords psychopathologique et thérapeutique -----	64
I- Lien entre troubles de l'attachement et troubles psychopathologiques à l'adolescence -----	64
II- Spécificités de la théorie de l'attachement dans la thérapie chez l'adolescent -----	96
III- Illustration de son utilisation dans le travail thérapeutique avec trois vignettes cliniques -----	136
CONCLUSION -----	155
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES -----	159
TABLE DES MATIERES -----	177
ANNEXES -----	184

INTRODUCTION

La théorie de l'attachement naît dans l'après-guerre, à partir des observations de psychiatres et de psychologues des conséquences de la Seconde Guerre Mondiale sur les liens mère-enfant. Pendant cette guerre, de nombreux enfants ont été séparés ou ont perdu leur mère avec des effets notables sur leur développement ultérieur. Dans les années 50, John Bowlby décrit l'intérêt des interactions précoces de l'enfant avec sa mère pour son développement cognitif, affectif, comportemental et social. Il conceptualise la théorie de l'attachement. Pour développer cette théorie, il s'appuie sur les données de l'éthologie, de la psychologie développementale, de la psychanalyse, de la cybernétique et des sciences cognitives. Il définit l'attachement comme un lien émotionnel caractérisé par un comportement maintenant la proximité de la mère, notamment dans les situations de stress ou de danger (Guedeney 2009).

La théorie de l'attachement et le concept d'attachement ont largement été abordés dans la littérature en ce qui concerne les interactions précoces mère-enfant. De nombreuses études ont été réalisées sur la prise en charge de la dyade mère enfant autour de la périnatalité et pendant la petite enfance (Lieberman and Zeanah 1999). Néanmoins, la question de l'attachement intéresse aussi l'adolescence où les thématiques de séparation-individuation, la réactivation pulsionnelle et du complexe d'Oedipe occupent une place importante. Le travail autour des liens semble être au cœur du processus adolescent (Botbol, Cupa et al. 2000).

L'adolescence constitue une étape charnière dans le développement de l'individu. Elle correspond à un processus de maturation, mais aussi à une période de fragilité. Cette période de transition entre l'enfance et le monde adulte engendre des remaniements psychiques, physiques et interpersonnels permettant la mise en place de l'identité et de la personnalité de la personne. Elle est à l'origine du fonctionnement psychique ultérieur de l'individu et de ses représentations de la relation à soi, à l'autre et au monde. Les changements pubertaires vont aussi avoir des répercussions sur les liens entre l'adolescent et ses parents, ainsi que dans ses rapports avec les autres et notamment à ses pairs.

La littérature présente l'adolescence comme une période propice à l'émergence de troubles psychiatriques, avec une prévalence des troubles qui tend à s'accroître (Choquet and Ledoux 1994). Cela représente un enjeu de santé publique pour le potentiel morbide et le risque de passage à l'acte suicidaire au moment de l'adolescence, mais aussi pour le risque d'évolution péjorative vers un trouble psychiatrique à l'âge adulte. A cette période, la présence d'un trouble psychiatrique nécessite aussi de prendre en compte l'environnement familial et social de l'adolescent.

En effet, l'acquisition de l'autonomie à travers le processus de séparation et d'individuation décrit au moment de l'adolescence est caractérisée par la construction de nouvelles expériences. Ces mouvements d'exploration viennent questionner la qualité de l'attachement de l'adolescent à ses parents. L'adolescent va ainsi osciller entre les besoins de sécurité liés à l'attachement et les besoins d'exploration afin d'acquérir une autonomie psychique et physique (Lamas, Vulliez Coady et al. 2010).

Lorsque ses capacités à satisfaire ces besoins spécifiques sont dépassées ou figées, l'adolescent peut être en difficulté pour franchir les étapes propres à cette phase de vie. Il peut alors émerger des troubles psychologiques, signe de sa souffrance psychique, mais aussi d'une tentative de retrouver un équilibre face aux remaniements qui le déstabilisent. Ainsi, un attachement de mauvaise qualité, qualifié d'insécure, peut venir entraver le processus de séparation et d'individuation, susceptible d'induire des manifestations psychopathologiques (Nezelof, Corcos et al. 2006). Celui-ci n'a pas de valeur psychopathologique en soi, il correspond à une stratégie d'adaptation de l'individu dans sa relation à l'autre.

L'utilisation de la théorie de l'attachement et des concepts qui en découlent semble donc pertinente pour cette tranche de vie tant pour la compréhension psychopathologique et étiopathogénique des troubles que pour son apport à la prise en charge psychothérapique de l'adolescent et de ses parents. Elle permettrait d'offrir de nouvelles stratégies thérapeutiques en lien avec le type de relations entretenues entre l'adolescent et ses parents. Aussi, l'évaluation du type d'attachement de l'adolescent pris en charge apporterait une meilleure compréhension de son fonctionnement par le thérapeute et donnerait des précisions sur les

enjeux relationnels intrafamiliaux, améliorant ainsi la cohérence de la thérapie (Miljkovitch 2009).

Quelle place les liens d'attachement prennent-ils à l'adolescence? De quelle façon participent-ils à l'émergence d'un trouble psychiatrique lors de cette étape de vie? Comment ces informations nous permettent-elles de modifier notre prise en charge de l'adolescent et du système familial en thérapie ?

Afin d'y répondre, nous évoquerons dans une première partie la théorie de l'attachement, en prenant en compte le contexte historique et ses fondements. Nous définirons les concepts qui ont émergé dans la lignée de cette théorie et nous évoquerons les apports plus récents de la neurobiologie et les concepts de résilience et d'intersubjectivité. Ensuite, nous aborderons les changements propres à l'adolescence d'un point de vue psychodynamique et à travers la théorie de l'attachement. Nous nous appuyerons sur ces données pour étayer les hypothèses concernant l'émergence de troubles psychopathologiques au moment de l'adolescence.

Dans une deuxième partie, nous proposerons une revue de la littérature concernant l'approche de la psychopathologie de l'adolescent selon le type d'attachement existant. Nous tenterons ainsi de définir la place de l'attachement dans l'étiopathogénie des troubles psychologiques et dans les déterminants psychiques à l'adolescence. Puis, nous réfléchirons autour des stratégies psychothérapeutiques s'appuyant sur le concept d'attachement chez l'adolescent. Nous nous intéresserons aux spécificités des stratégies utilisées dans la relation thérapeutique, dans une prise en charge individuelle et dans le travail avec les parents ou avec le système familial face aux manifestations psychopathologiques en association avec le style d'attachement de l'adolescent. Enfin, nous illustrerons l'intérêt de la prise en compte du lien d'attachement dans l'approche psychothérapeutique de l'adolescent, à travers l'analyse de trois vignettes cliniques. Chacune des vignettes décrira un type d'attachement insécure, son rôle dans l'étiopathogénie des troubles et les aspects de la thérapie en lien avec la problématique d'attachement.

Chapitre 1 : Aspects théoriques de l'attachement et de l'adolescence

I- La théorie de l'attachement, de son émergence aux perspectives actuelles

1) Emergence de la théorie de l'attachement

a) Bowlby et la théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement émerge dans les suites de la Seconde Guerre Mondiale dans un contexte de bouleversement du schéma familial classique. En effet, pendant cette guerre, les populations civiles ont aussi subies des pertes, venant alors soulever des questionnements autour des problématiques de pertes et de séparation chez le jeune enfant et des conséquences de celles-ci pour son développement ultérieur.

Bowlby, pédopsychiatre et psychanalyste anglais, va alors développer le concept de théorie de l'attachement en s'appuyant sur l'éthologie (Harlow 1960; Hinde 2005), les apports de la psychologie développementale (Vygotski 1933; Piaget 1977) et de la psychanalyse (Winnicott 1956), l'informatique et la cybernétique ainsi que sur la théorie de l'évolution de Darwin. En observant les comportements des petits avec leurs mères dans le monde animal, il constate que de nombreuses espèces ont recours à des signaux précis (cris, pleurs) pour attirer l'attention de leur mère. Il pense alors que l'objectif de ces comportements n'est pas seulement le besoin d'être nourri, mais correspond davantage à une demande de proximité de la mère. Il recherche le maintien de cette proximité dans un but de réconfort et de sécurité. Il fait le parallèle entre le besoin de proximité et l'attachement. Il tente alors à travers l'observation de l'enfant avec sa mère de repérer les différents comportements visant à promouvoir l'attachement. Selon lui, l'attachement est initié par l'enfant et non par la mère. Il publie ainsi « *The nature of the child's tie to his mother* » qui rend compte de ses observations (Bowlby 1973).

Dans cette présentation, il ajoute que ces comportements sont des réactions innées qui vont se développer et s'enrichir au fur et à mesure de la croissance de l'enfant. Ces comportements vont alors être intégrés et plus spécifiquement dirigés vers la mère ou la figure d'attachement

la plus importante. Ils peuvent aussi être inactivés par des stimuli extérieurs ou des signaux internes qui correspondraient à des boucles de rétrocontrôle par biofeedback. Bowlby s'appuie alors sur des notions de cybernétique et d'informatique pour expliquer cette évolution possible des comportements d'attachement de l'enfant. Cette description des liens mère enfant bouscule les convictions des psychanalystes de l'époque qui s'appuient sur les théories freudiennes de relation primaire à la mère sur la base de la satisfaction orale liée à la nourriture. Il démontre aussi que ces comportements ne sont pas en lien avec une problématique de dépendance mais un rapport sain et naturel entre individus permettant leur survie et leur développement.

Dans une deuxième présentation, Bowlby analyse la problématique d'angoisse de séparation en se basant sur son concept d'attachement (Bowlby 1976). Il reprend les trois phases décrites par Robertson (Robertson 1971) sur les enfants séparés de leurs parents suite à une hospitalisation : la phase de protestations colériques, puis la phase de désespoir et enfin la phase de détachement où l'enfant semble développer une indifférence face à la séparation. Il peut exister un rejet du parent lors des retrouvailles suivi d'une phase de poursuite anxieuse comme si l'enfant venait vérifier que son parent ne l'abandonne pas de nouveau. Ces manifestations lors des retrouvailles montrent combien l'enfant a été affecté par la rupture des liens. La phase de détachement correspondrait alors à une tentative de l'enfant de fuir ses propres émotions représentant un mécanisme de survie face à la situation de perte. Selon Bowlby, l'absence de ces trois phases lors de la séparation de la figure maternelle correspond à une pseudo indépendance défensive de l'enfant. Lorsque l'attachement est de bonne qualité l'enfant doit naturellement protester face à la séparation. Il fait aussi l'hypothèse qu'une personne ayant des difficultés à investir les relations affectives aurait subi des séparations trop fréquentes dans l'enfance, notamment en ce qui concerne la figure d'attachement (perte maternelle...). Il montre ainsi toute l'importance de la figure d'attachement primaire, nommée aussi *caregiver*. Ces diverses réflexions constituent les prémisses du travail d'Ainsworth sur la Situation Etrange.

b) Mary Ainsworth et la Situation étrange

Mary Ainsworth est une psychologue canadienne, contemporaine de Bowlby. Sa thèse de psychologie porte sur la théorie de la sécurité. Elle soutient que l'enfant a besoin de

développer un lien sûr avec ses parents pour se sentir en capacité d'explorer son environnement.

Dans la continuité de sa thèse, Ainsworth va débiter un projet en 1954 en Ouganda, à Kampala, sur des dyades mère-enfant. Cette étude observationnelle en milieu naturel cherche à préciser les effets de la séparation et du sevrage chez 28 bébés non sevrés. Elle observe alors trois types de fonctionnement mère-bébé : des bébés dont la base de sécurité est de qualité ont un attachement sûr qui se traduit par des pleurs peu fréquents et une capacité à explorer leur environnement, des bébés d'attachement insûre pleurent beaucoup et explorent peu et enfin des bébés avec des comportements d'attachement qui ne sont pas encore spécifiques envers la mère. Cela conforte ses hypothèses sur le caractère primaire de l'attachement. Dans un article *Infancy in Uganda*, elle propose alors un schéma de développement en 5 phases de l'enfant en s'appuyant sur la théorie de l'attachement de Bowlby, la psychologie développementale et ses propres observations sur les dyades. Elle introduit aussi la notion de « base de sécurité » ou Secure base (Ainsworth 1967), où la figure d'attachement sert de base pour permettre à l'enfant d'aller explorer.

Ainsworth retourne ensuite aux Etats-Unis et poursuit ses investigations sur une population de 26 dyades mère-enfant. Elle élabore un protocole d'évaluation standardisé du lien à partir de l'observation des réactions de l'enfant lors de la séparation avec sa figure d'attachement, qu'elle nomme « Strange situation » ou Situation Etrange (Ainsworth, Blehar et al. 1979). Elle distingue trois types principaux de réactions à cette Situation Etrange, qu'elle définit comme formes principales d'attachement ou « *patterns d'attachement* » (catégories A, B, C). Elle s'appuie sur l'étude du comportement de l'enfant en l'absence de sa mère et lors du retour de celle-ci dans la pièce, qui permet à l'enfant ou non de reprendre ses activités de jeu. Cela permet d'apprécier la capacité de l'enfant à se servir de sa mère comme base de sécurité (Ainsworth 1983). **L'enfant « sûr » (groupe B)** active le système d'attachement lors des séparations, mais accueille sa mère à son retour avec plaisir et dans une recherche de proximité (sourire, vocalisation, geste). Il retrouve son calme et son envie d'explorer rapidement après son retour.

L'attachement insûre se définit selon deux formes. **L'enfant « insûre évitant » (groupe A)** donne l'impression de ne pas être affecté par le départ de sa mère. Il ne présente pas de manifestations affectives ou de comportements de recherche de sécurité. Il se focalise

principalement sur son environnement. Cette apparente tranquillité malgré la situation de détresse résulte d'une attitude défensive qui consiste à ne rien attendre de la part d'autrui de peur d'être déçu en retour. Ainsi, il tend à éviter le contact avec sa mère à son retour, sachant qu'elle n'offrira pas le réconfort dont il a besoin. Il peut même accepter d'être réconforté par la personne étrangère s'il est trop angoissé. Lors de la Situation Etrange, l'enfant donne l'impression de réprimer ses émotions et son besoin de réconfort (Pierrehumbert 2003). **L'enfant « insécure anxieux-résistant ou ambivalent » (groupe C)** montre une détresse intense lors de la séparation et une exagération des signaux d'attachement. Au retour de sa mère, il manifeste ensuite des attitudes ambivalentes entre recherche de contact et rejet coléreux de celle-ci. Il peut présenter des comportements agressifs à l'encontre de celle-ci et met davantage de temps à être réconforté. Suite à l'angoisse générée par la séparation, il a beaucoup plus de difficulté que les autres pour retourner jouer.

L'étude d'Ainsworth met en évidence une distribution inhomogène des trois patterns d'attachement dans la population étudiée avec 65% de sécures, 21% d'insécures évitants et 14% d'insécures ambivalents (Ainsworth, Blehar et al. 1979). Les différentes études qui ont suivi, menées sur des populations témoins, retrouvent des proportions similaires (Prior and Glaser 2006). Des sous groupes ont été précisés par la suite permettant de rendre compte d'un continuum sur l'axe sécure-insécure.

Les différents comportements d'attachement peuvent intervenir en réponse à des comportements maternels variables. L'attachement évitant peut résulter d'un cadre où la mère ne prend pas en compte les besoins affectifs de l'enfant ou au contraire celle-ci est trop insistante dans les tâches d'apprentissage sans réel échange affectif. La part éducative du rôle parental prédomine alors sur le partage émotionnel. De même, l'attachement anxieux se construirait dans un environnement relationnel où les émotions et les affects principalement la colère et l'hostilité sont exacerbés et en inadéquation avec le contexte. Dans ce cas aussi, les besoins d'attachement du bébé ne sont ni reconnus ni satisfaits de façon cohérente. Il existe une imprédictibilité et une incohérence dans les réponses maternelles associées à une hostilité latente contrastant avec une forte acceptation du comportement de l'enfant par sa mère. Mary Main (Main 2000) décrit pour l'attachement sécure, un comportement maternel sécurisé et sécurisant pour l'enfant.

c) Mary Main et l'attachement « désorganisé »

Mary Main est une psychologue américaine. Elle a été l'étudiante d'Ainsworth qui lui a appris à coder la Situation Etrange. Lors de ses observations des interactions entre l'enfant et sa mère, elle se rend compte qu'un certain nombre d'enfants ne peuvent rentrer dans les différentes catégories d'attachement proposées par Ainsworth. Elle définit alors une nouvelle catégorie d'attachement : le **groupe D** dont l'attachement est défini comme « **insécure désorganisé ou désorienté** » (Main and Solomon 1986). Ce groupe concerne les enfants présentant des comportements atypiques, bizarres, contradictoires, voire conflictuels lors de la passation de la Situation Etrange, notamment au moment du retour de la mère. Ils ne semblent pas pouvoir adopter une stratégie d'attachement cohérente. L'ensemble de ces réactions au retour de la mère montre une défaillance des patterns d'attachement habituels. La mère représenterait à la fois un havre de sécurité mais aussi une source de danger. Ce comportement paradoxal de la mère est à l'origine d'une incapacité de l'enfant à maintenir une stratégie cohérente et prévisible face à la situation de stress. Il semble exister « un effondrement de la réponse organisée à la détresse » (Main and Hesse 1990). Cette catégorie représente environ 15% des enfants en population générale. Ce pourcentage correspond à certains enfants qui avaient été intégrés dans les enfants insécures (groupe A ou C) dans la classification d'Ainsworth. Il faut préciser que l'enfant peut présenter un attachement désorganisé avec l'un des parents et pas avec l'autre.

Grâce à son bagage en psycholinguistique et en parallèle de ses évaluations des interactions parent-enfant, Main élabore un codage des entretiens des parents d'enfants dont elle a préalablement évalué l'attachement. Elle se rend compte qu'il existe des disparités dans les comportements des parents au moment de l'entretien lorsqu'ils évoquent leurs souvenirs d'enfance et leurs relations avec leurs propres parents. Elle nomme cette manière d'être l'« état d'esprit » par rapport à l'attachement. Lorsque l'état d'esprit est dit sécure ou libre, le parent offre un récit cohérent de son enfance et de ses expériences relationnelles antérieures, sans débordement émotionnel. Celui-ci parle facilement de ses représentations de l'attachement, valorise ses relations d'attachement sans en être dépendant. Elle crée ainsi l'*Adult Attachment Interview* (AAI) avec quatre types de catégories pour les figures parentales : l'état d'esprit libre-autonome correspondant aux enfants d'attachement sécure, l'état d'esprit détaché pour les enfants d'attachement évitant, l'état d'esprit préoccupé pour les enfants dits anxieux-ambivalents et dans un second temps l'état d'esprit non-résolu/désorganisé pour les

enfants d'attachement désorganisé (Hesse 2008). Cette concordance entre les états d'esprit définis chez les parents et les catégories définies dans la Situation Etrange a été largement démontrée par la suite (Main 2000). L'AAI a aussi été validé pour l'évaluation de l'état d'esprit par rapport à l'attachement chez l'adolescent.

2) Du lien d'attachement parent-enfant aux représentations et aux modalités de transmission de l'attachement

a) Inge Bretherton et les modèles internes opérants

L'AAI représente un moyen fiable d'évaluer l'état d'esprit de la personne par rapport à l'attachement, c'est-à-dire ses représentations de soi, de l'autre et du monde. Bowlby a emprunté un terme de Kenneth Craik, philosophe et psychologue britannique, pour rendre compte de ces représentations de l'attachement : les *Internal Working Model* ou Modèles Internes Opérants (MIO) (Bowlby 1969).

Inge Bretherton est une psychologue américaine. Elle est aussi une ancienne étudiante d'Ainsworth et a donc appris à utiliser la Situation Etrange. Dans les années 1970, elle travaille autour des liens entre les différents modes de communication verbale et gestuelle, en décrivant le rôle du jeu chez l'enfant comme ébauche d'interaction sociale. Selon elle, ces modalités interactionnelles seraient des indicateurs de l'émergence de représentations mentales des relations ou de MIO.

Ces MIO permettent une généralisation des expériences de l'individu afin qu'il puisse réagir de façon plus rapide à une situation similaire sans avoir à retraiter à chaque fois l'ensemble des informations. Une fois les MIO mis en place, l'individu va donc traiter les nouvelles informations qu'il reçoit à travers des situations qu'il a déjà expérimentées et intégrées. Les MIO agissent alors comme des filtres au travers desquels se fait l'interprétation des nouvelles expériences. Cela peut expliquer par exemple les biais d'interprétation des émotions ou des réactions de l'autre, dont la compréhension se fait à travers le filtre des événements passés (Bretherton 2005). La construction des MIO concerne donc les intentions que l'on attribue à autrui mais aussi l'image que l'on a de soi-même (Goodvin, Meyer et al. 2006). Le lien d'attachement sécurisé une fois intériorisé s'accompagne chez l'individu d'une meilleure estime de soi (Dugravier, Saïas et al. 2006; Guédény 2011).

La construction des MIO se fait tout au long de la vie. Elle est d'autant plus active dans les phases d'apprentissage et de découverte comme dans les premières années de vie. Dans les premiers mois de vie, les nourrissons vont être capables d'intérioriser des séquences d'évènements en lien avec leur entourage proche et d'adapter leur comportement en s'appuyant sur ces expériences. A la fin de l'enfance, l'individu aura construit son propre modèle interne des représentations d'attachement. L'intégration s'effectue grâce à la mémoire procédurale avec un encodage ensuite sous forme de comportements inconscients. Ces modèles ont un aspect dynamique dans le sens où ils vont permettre à l'individu d'anticiper les réactions d'autrui afin de s'y ajuster. Leur flexibilité constituera une meilleure adaptation face au changement. Elle va dépendre de la qualité et de la congruence des interactions entre l'enfant, ses figures d'attachement et son environnement, au cours de son développement (Bretherton 1996). Progressivement, l'activation du système d'attachement se fera seulement si les capacités internes de l'enfant, basées sur ses MIO, sont dépassées.

b) Le métamodèle de Patricia Crittenden

Pendant l'enfance, l'attachement est spécifique d'une relation. Les MIO intégrés dans la relation aux parents peuvent être différents avec chacun. A l'adolescence, l'ensemble de ces expériences relationnelles vont être intégrées afin de construire un modèle plus général des relations d'attachement. Main évoque alors la notion d' « état d'esprit » général vis-à-vis de l'attachement. Le concept énoncé par Main suppose qu'un seul schéma de l'enfance soit retenu, confirmant l'idée de Bowlby, selon laquelle les relations de l'individu sont toutes calquées sur le modèle relationnel avec la figure d'attachement principale. Pour Crittenden, autre étudiante d'Ainsworth, cette proposition a un aspect réducteur face à la richesse des MIO construits par l'enfant.

Elle propose un métamodèle qui intégrerait tous les sous-modèles spécifiques à une relation donnée. Ce métamodèle est généralement mobilisé dans la relation, afin d'anticiper les réactions d'autrui. Pour autant les modèles différenciés ne disparaissent pas totalement et peuvent être réactivés dans certaines conditions. Cette structuration des MIO permet à l'individu de se construire une identité propre. A partir de cette période, l'attachement peut être évalué comme un état prédominant stable. Cela n'exclut pas pour autant la construction de nouveaux MIO qui viennent moduler le modèle principal (Crittenden 1990).

Par la suite, Patricia Crittenden a élaboré un modèle dynamique de développement (*Dynamic-Maturational Model (DMM) of Attachment and Adaptation*) (Crittenden 2006). Elle a modélisé l'évolution des différents types d'attachement et des stratégies relationnelles associées de la naissance à l'âge adulte. Selon cet auteur, il existerait plusieurs étapes dans le développement des stratégies d'attachement, en lien au départ avec la réponse des figures d'attachement principales puis progressivement dans la socialisation de l'individu. Ainsi les réponses primaires au besoin d'attachement, lorsqu'elles sont congruentes, favorisent l'équilibre psychologique de l'individu et ainsi améliore les relations à autrui à l'adolescence et à l'âge adulte.

c) La transmission intergénérationnelle de l'attachement

- La sensibilité maternelle

Les mécanismes de transmission de l'attachement à travers les générations sont modulés par de nombreux facteurs concernant les parents, les enfants et la qualité des interactions qui se jouent entre eux. Mary Main a fait l'hypothèse que la sensibilité de la mère à son enfant joue un rôle comme facteur favorisant la transmission de l'attachement. La sensibilité de la mère est sécurisante pour l'enfant. Elle va percevoir les signaux de détresse de l'enfant avec plus d'acuité et permettre une réponse plus rapide et cohérente. Elle concerne une des qualités décrites par Bowlby concernant le caregiver, c'est-à-dire celui qui prend soin. Pour autant les études montrent une faible proportion d'association entre sensibilité et attachement chez l'enfant. L'importance de cette notion se situe surtout dans la capacité de la mère à partager son attention entre l'enfant et ses autres tâches et à garder à l'esprit la présence et les besoins de son enfant (Main, Kaplan et al. 1985).

- Les recherches des Steele

Howard et Miriam Steele sont professeurs de psychologie et psychanalystes d'origine américaine. Ils ont fondé le centre de recherche sur l'attachement (*The Center for Attachment Research*) en 2004 à New York. Ils ont publiés de nombreux travaux autour de la transmission intergénérationnelle de l'attachement. Une étude longitudinale faite sur une population de futurs parents montre un lien prospectif entre la réponse à l'AAI de la femme enceinte et la réponse à la Situation Etrange de son enfant à un an. Il en est de même pour le futur père et le

type d'attachement de l'enfant à son père à un an (Steele, Steele et al. 2005). D'autres études ont montré une association significative entre les résultats de l'AAI chez la mère et la passation de la Situation Etrange chez l'enfant, avec 70% de correspondance (Van IJzendoorn 1995). Il semblerait que la corrélation avec le père soit moins significative (37%).

Les Steele mettent en évidence un lien entre les styles éducatifs parentaux et leur état d'esprit par rapport à l'attachement. Ainsi un parent sécure offrira un style éducatif s'appuyant sur l'autorité pour fixer des limites tout en tenant compte des besoins de l'enfant et la nécessité de développer ses capacités à négocier. L'enfant aura alors une meilleure sécurité affective et psychique. Elle lui permettra de faire face plus aisément à la frustration et de pouvoir contrôler son impulsivité. Cela favorise sa compréhension des émotions contradictoires et sa flexibilité psychique. Il en découle une meilleure adaptation sociale. Le rôle de la mère concernerait davantage la compréhension du vécu intrapsychique de l'enfant face à une situation émotionnelle intense et celui du père correspondrait aux compétences à gérer les conflits dans les relations externes. Le rôle du couple parental serait déterminant dans les représentations de l'enfant, comme modèle relationnel et dans l'apprentissage de la gestion des émotions et des conflits avec autrui (Caldera and Lindsev 2006).

- Les recherches de Klaus et Karin Grossmann

Klaus et Karin Grossmann sont deux psychologues d'origine allemande. Il a travaillé au départ autour des théories béhavioristes et de l'éthologie pendant qu'elle faisait des études de mathématiques. Ils se sont intéressés par la suite au concept d'attachement et ont réalisés deux études longitudinales en Allemagne afin de dupliquer les résultats d'Ainsworth sur une vingtaine d'années (Grossmann and Grossmann 2006). Ils vont venir confirmer l'importance des relations d'attachement précoces dans les capacités de l'individu à former des liens affectifs. Ils démontrent que les pensées et les sentiments amoureux des jeunes adultes à l'égard de leur partenaire amoureux sont fortement influencés par les relations précoces aux parents. Ces derniers sont à l'origine des schémas d'attachement et de communication précoces de l'individu, de ses représentations des relations intimes et aussi de ses capacités d'exploration. Ainsi l'aptitude à aborder de nouvelles relations affectives est une compétence qui s'acquiert au sein du système familial. Le parent représente un guide et un soutien dans l'apprentissage des liens affectifs et des émotions et comportements associés. La mobilisation des deux parents permet d'accroître le répertoire relationnel de l'enfant et de renforcer la

validité des relations construites. Selon eux, la stabilité des patterns d'attachement au cours de la vie va dépendre de la manière dont les représentations d'attachement basées sur le langage vont s'établir au cours du développement de l'individu (Grossmann and Grossmann 1998).

- Fonagy et la capacité réflexive

Dans ses travaux, Fonagy fait état de la mentalisation ou conscience réflexive qu'il définit comme la capacité de l'individu à comprendre les intentions et les émotions de l'autre. Cette aptitude à ressentir et à interpréter les états mentaux de l'enfant permet à la mère de donner du sens à ce qu'il ressent et lui permet de faire de nouvelles expériences en sécurité. La conscience réflexive parentale a un rôle majeur dans la régulation du stress et de la détresse de l'enfant et favoriserait ainsi l'attachement sécure (Fonagy, Steele et al. 1991).

De plus la capacité de la mère à parler de son enfant en terme d'états mentaux (ressenti émotionnel, cognition...) en le traitant comme un être présentant une vie mentale autonome favoriserait le développement chez l'enfant de ses capacités de mentalisation. L'attachement constituerait un milieu intersubjectif de contenance dans lequel la figure d'attachement représente un facteur de stabilité permettant à l'enfant de développer ses capacités à penser. L'attachement ne correspond pas uniquement à un lien émotionnel mais comporte aussi des aspects cognitifs et affectifs facilitant le développement de l'enfant (Fonagy and Target 1997).

- Autres facteurs favorisant la transmission de l'attachement

D'autres facteurs peuvent influencer la transmission de l'attachement, comme l'environnement qui jouerait un rôle propre. En effet des études concernant les familles d'enfants adoptés ont démontré la transmission de l'attachement, prouvant une transmission malgré l'absence de lien biologique parent-enfant. Les facteurs de tempérament positifs du bébé favoriserait le caregiving et améliorerait la transmission de l'attachement du parent à l'enfant (Carter 2005). Aussi, la génétique et l'épigénétique, c'est-à-dire les interactions entre l'environnement et les gènes modèleraient cette transmission. Pendant la période du post partum, la sécrétion d'ocytocine induite par l'accouchement et l'allaitement va avoir un effet sur le système de récompense de la mère et favoriser son engagement dans les soins maternels et la transmission de l'attachement (Saive and Guedeney 2010). Il a aussi été démontré que la

transmission par le père est plus significative si le père est le principal donneur de soins (Bernier and Miljkovitch 2009).

La transmission est le reflet de la qualité du lien, du temps passé entre la figure d'attachement principale et l'enfant et les capacités de celle-ci à donner des soins adaptés. La transmission de l'attachement est donc multifactorielle avec des composantes bio-génético-psycho-environnementales, qui explique le modèle bio-psycho-social de la théorie de l'attachement.

3) **Les systèmes comportementaux ou motivationnels**

Le lien affectif se définit selon Ainsworth comme un lien durable, unique et non interchangeable entre deux individus (Ainsworth 1991). Bowlby démontre que chaque type de lien affectif est relié à une fonction biologique précise nécessaire à la survie de l'individu, à son développement et à son épanouissement. Il va ainsi décrire différents systèmes comportementaux ou motivationnels dont le système d'attachement et celui de caregiving. Il a développé ce concept en s'appuyant sur les théories darwiniennes de l'évolution et sur l'éthologie afin d'expliquer les comportements observés dans les espèces animales et chez l'homme orientés dans le but d'assurer leur sécurité. Chaque ensemble de comportement est régi par un système motivationnel qui est biologiquement programmé et module une fonction précise : l'alimentation, la reproduction, la sécurité, l'exploration...(Marvin and Britner 1999). Ces comportements sont innés mais se développent progressivement au cours des différentes périodes de vie, en interaction avec l'environnement et vont être intégrés au niveau intrapsychique par le biais des représentations. Chaque système motivationnel s'appuie sur un type de liens affectifs.

Ce système de contrôle va induire des comportements différents chez l'individu selon le but spécifique recherché. La coordination des différents comportements va se faire dans un objectif commun de façon à s'adapter au contexte dans lequel le système est activé. Son activation se fait par des signaux internes et/ou environnementaux, pouvant être modulés et interagir afin de répondre à l'objectif spécifique (Hinde and Stevenson-Hinde 2010). Ainsi, au niveau biologique, il existe un système de rétrocontrôle par biofeedback qui module la sécrétion ou l'inhibition de certains neurotransmetteurs (sérotonine, dopamine...) et des hormones comme l'ocytocine pour l'attachement. Cela induit une correction quant au but.

a) Le système d'attachement

L'attachement est un besoin social primaire et inné d'entrer en relation avec autrui. C'est une fonction adaptative qui permet la protection et l'exploration. Son rôle principal est de favoriser et maintenir la proximité de la figure d'attachement lorsque l'enfant est en situation de stress ou de danger. Il correspond à une unité fonctionnelle de comportement. La spécificité des signaux émis lors de l'activation du système compte moins que la manière et la finalité dans lesquelles il est produit, interrogeant ainsi la notion d'intentionnalité. La figure d'attachement concerne « toute personne engagée dans une relation durable et qui fournit des soins à l'enfant » (Bowlby 1969).

Le déclenchement du système d'attachement est fonction du contexte de survenue de l'élément perturbateur, de la distance à la figure d'attachement et de la réaction de celle-ci. L'élément déclencheur peut être un facteur extérieur en lien avec l'environnement comme un bruit violent ou un facteur interne lié à son propre vécu comme la fatigue ou une douleur physique. Les signaux produits par l'enfant sont variables (pleurs, cris...). La durée d'activation du système va être fonction de la cohérence de la réponse de la figure d'attachement dans le temps et dans l'espace. Si la réponse est précoce et adaptée, le système va être rapidement désactivé. A contrario, une réponse tardive ou en inadéquation va générer un biofeedback négatif et faire perdurer l'activation du système, l'enfant n'étant pas rassuré par le comportement de sa figure d'attachement (Sroufe 2005).

Le maintien actif de la proximité et la capacité de la figure d'attachement à répondre correctement à ces comportements ont un rôle majeur dans le développement des capacités réflexives de l'enfant, par un rétrocontrôle cognitif (Atger and Lamas 2009). En effet, comme vu précédemment, la réponse émise par la figure d'attachement est intégrée par l'enfant sous forme de représentations intrapsychiques. Celles-ci vont moduler et faire évoluer l'activation du système d'attachement. Par exemple, un enfant sécure, ayant déjà fait l'expérience d'une réponse adaptée de sa figure d'attachement, peut être rassuré par un seul contact visuel lors d'un stress modéré. Il ne sera plus nécessaire d'avoir une proximité physique pour la réassurance.

Les comportements d'attachement perdurent tout au long de l'existence « du berceau à la tombe », comme Bowlby l'a écrit (Grossmann and Grossmann 1998). Les relations

d'attachement primaires se forment dans les premières années de vie et par la suite l'individu va intégrer de nouvelles figures d'attachements dites secondaires ou alternatives. La relation d'attachement se construit donc progressivement tout au long de la vie. De nombreuses études montrent la stabilité des patterns d'attachement au cours de la vie, surtout pour l'attachement de type sécure. Le schéma serait génétiquement programmé, puis modelé par la suite par l'environnement socio familial : l'attachement représente un modèle biopsychosocial du développement de l'individu dans sa relation à soi, à l'autre et au monde (Mintz and Pérouse de Montclos 2009). Cette continuité de la qualité de l'attachement peut être remise en question par différents facteurs comme la présence d'évènements de vie négatifs et/ou traumatiques pendant l'enfance et selon les relations aux parents. Cela montre toute l'importance des facteurs environnementaux et relationnels dans ce modèle théorique.

b) Le système de caregiving

Bowlby a défini la réponse du parent à l'activation du système d'attachement de l'enfant par le concept de caregiving qui signifie fonction de prendre soin (Bowlby 1988). Ce système complémentaire du système d'attachement représente un autre aspect du lien parent-enfant. Cela correspond à l'ensemble de soins parentaux, physiques et émotionnels, appropriés à l'enfant qui influencent la qualité de l'attachement et qui sont nécessaires à ses besoins de proximité et de réassurance.

Le rôle du caregiver consiste à protéger l'enfant. Les systèmes de caregiver et d'attachement fonctionnent de façon dyadique pour garder l'enfant dans un environnement sécure à l'abri des dangers afin qu'il puisse se développer et explorer (Britner, Marvin et al. 2005). A l'instar du système d'attachement, il est activé par des signaux spécifiques de danger, de détresse de l'enfant, mais aussi lorsque le caregiver est confronté à une situation qu'il juge dangereuse, stressante ou effrayante pour son enfant. De même lorsque celui-ci n'est pas en mesure d'établir une proximité avec son enfant telle qu'il la jugerait nécessaire, le système de caregiving va s'activer. Une fois la bonne distance rétablie et l'enfant réconforté ou en sécurité, le système va s'inactiver. Aussi, si le système de caregiving des deux parents est activé lors d'une situation de détresse, lorsque l'un des deux parents aura apaisé l'enfant, le système de caregiving de l'autre parent va s'inactiver. Il faut préciser que la proximité n'est pas obligatoirement physique. Elle peut être uniquement psychologique (George and Solomon 2008).

Ce système fonctionne de façon adaptative face aux situations rencontrées. Il doit être flexible selon le contexte et le développement de l'enfant. L'activation est généralement liée aux signaux repérés chez l'enfant de sa détresse, mais le fonctionnement global du caregiving est aussi influencé par les représentations parentales de l'attachement. Comme le système d'attachement, il est organisé en MIO et sa régulation est multifactorielle. Il regroupe la capacité du caregiver à lire et à interpréter de façon cohérente les signaux de l'enfant, sa volonté de répondre aux besoins de celui-ci et des stratégies de protection qu'il peut mettre en place pour y répondre de façon congruente et adaptée. Les schémas mentaux sollicités dépendent donc de l'expérience du caregiver de son système d'attachement et de son système de caregiving, des relations parentales face à l'enfant et à ses besoins d'attachement et de façon plus générale, à des facteurs biologiques telle l'ocytocine, des facteurs psychologiques et des facteurs socioculturels. Ces différents facteurs vont influencer la flexibilité dans la réponse et l'activation du caregiving (Cassidy and Shaver 2008).

Les émotions que l'enfant génère par son comportement, c'est-à-dire l'intentionnalité dans laquelle il active son système d'attachement, vont guider la réponse du caregiver. Elle sera d'autant plus cohérente si le caregiver est sensible à ses propres émotions comme reflet des états mentaux de son enfant. Cela correspond à la capacité parentale réflexive, cette aptitude à se mettre à la place de l'enfant (Slade 2005). Il peut par exemple lui proposer une réponse dite en miroir, mais avec une intensité émotionnelle plus faible. Cela permet de valider l'existence de l'émotion négative ressentie par l'enfant tout en apportant une solution concrète au problème. Fonagy introduit la notion de *mirroring* pour définir ce mode de comportement (Fonagy, Gergely et al. 2003).

- Systemes de caregiver et d'attachement chez le parent

Le parent possède lui aussi son propre système d'attachement. Chez le parent sécure, il existe une synergie entre ces deux systèmes, l'expression du caregiving étant alors favorisée par le comportement d'attachement du parent. En effet les qualités de caregiver sont liées à sa capacité à créer un lien durable avec son enfant, à s'engager dans la protection de celui-ci et à s'en sentir responsable. Le caregiver sécure active son système uniquement lorsque la situation le nécessite, sans interférer dans le processus d'exploration de l'enfant. En revanche, dans certaines situations ou pour des parents d'attachement insécure, les deux systèmes

peuvent rentrer en compétition. Lorsque le système d'attachement du parent s'active, il devient alors préemptif sur tous les autres systèmes entraînant une inactivation du caregiving (Liotti 2004). Ainsi, le parent insécure risque d'interférer dans les processus d'exploration de l'enfant par la répétition de l'inactivation de son caregiving au profit de son propre système d'attachement. Il peut ainsi altérer les possibilités de l'enfant de partir à la découverte de son environnement en fragilisant le système d'attachement de l'enfant. Cela rejoint le concept de base de sécurité d'Ainsworth : offrir la sécurité à l'autre pour qu'il explore nécessite de se sentir soi-même en sécurité au préalable.

- Capacités et rôle du caregiver

Le système de caregiving requiert différentes capacités propres à la figure d'attachement. La sensibilité, décrite par Main, et la responsabilité parentale lui permettent de percevoir, d'interpréter, de répondre rapidement et adéquatement à l'enfant et ainsi d'obtenir un bon accordage parent-enfant. Les capacités de coopération, la présence d'une fonction réflexive, la disponibilité physique, affective et émotionnelle et l'empathie sont aussi nécessaires pour offrir une réponse adaptée aux besoins de l'enfant et l'aider dans ses processus exploratoires (Pierrehumbert 2003).

Il existe certaines différences entre le caregiving maternel et paternel. La mère représente souvent la figure d'attachement principale, encourageant la proximité en cas de détresse. Elle favorise la compréhension du vécu intrapsychique de l'enfant, la résolution des conflits internes et la régulation des émotions qui en découlent. Le rôle du père comprend essentiellement celui de base de sécurité lors des processus exploratoires de l'enfant, le stimulant et l'accompagnant dans la découverte de son environnement. Il semble davantage impliqué dans la régulation des émotions dans la relation aux autres, notamment les pairs et la fratrie (Steele, Steele et al. 2005). Des études longitudinales montrent une corrélation positive entre le comportement de « *challenge* » proposé à l'enfant par son père à l'âge de 2 ans et la sécurité des représentations d'attachement des adolescents (Grossmann and Grossmann 2006). De façon schématique, la figure maternelle donne sens à ce que l'enfant ressent et la figure paternelle à ce que l'enfant perçoit de son environnement. L'exploration du fonctionnement de caregiving et des interactions entre caregiving maternel et paternel

permettrait probablement une meilleure compréhension des enjeux familiaux et des difficultés liées à la parentalité impliqués dans les problématiques de l'adolescent.

c) Base de sécurité et système d'exploration

L'enfant doit activer son système d'exploration afin de découvrir son environnement, et d'en extraire des informations utiles à son évolution et au développement de ses capacités. Ce système est fonctionnel rapidement après la naissance (extraction d'information à partir de 7 mois) mais la locomotion joue un rôle capital dans son développement par l'étendue des capacités de mobilité et d'autonomie qu'elle apporte (Marvin and Britner 1999). Ce système lorsqu'il est en place permet à l'individu d'intégrer la capacité à compter sur soi de manière autonome et individuelle. Ce système occupe une place centrale au moment de l'adolescence par l'exploration d'un nouveau corps pubertaire, par les nouvelles sensations liées à l'activation du système sexuel, par l'investissement du monde extérieur et par de nouvelles modalités relationnelles avec les pairs.

Ce système est dit « antagoniste » du système d'attachement au sens où son activation nécessite que le système d'attachement se mette « en veille ». Cela sous-tend que l'enfant soit suffisamment en confiance et en sécurité pour que le système d'attachement soit hypoactivé ou en veille. Ainsi, une hyperactivation du système d'attachement qui perdure du fait de l'indisponibilité de la figure d'attachement est génératrice d'anxiété et va limiter l'exploration. Déjà dans l'enfance, le processus d'attachement a comme rôle de servir l'autonomie et non de créer de la dépendance (Miljkovitch, Pierrehumbert et al. 2003).

Ainsi, expérimenter l'exploration et être dans l'autonomie nécessite d'être sécurisée, c'est-à-dire avoir fait l'expérience d'un attachement positif. L'exploration n'a pas un sens de rupture car la personne part découvrir le monde avec ses liens d'attachement. Ainsworth utilise la notion de « base de sécurité » pour expliquer le lien qui unit attachement et exploration (Ainsworth 1991). Cela correspond au rôle du tiers soutenant et sécurisant et permet de comprendre les enjeux d'attachement mis en place dans le processus d'exploration. Cette notion soutient l'idée que l'exploration de l'environnement sera davantage facilitée si l'individu sait qu'il peut compter sur une figure de soutien disponible, rassurante et protectrice vers qui il peut se tourner s'il est en difficulté. Il existe donc une balance entre sécurité de l'attachement et

processus d'exploration, la « base de sécurité » permettant de passer de l'un à l'autre des systèmes dans un mouvement de va-et-vient qui accompagne progressivement l'enfant vers l'autonomie. La base de sécurité conserve un rôle tout au long de la vie de l'individu.

d) Le système peur-vigilance

Ce système a pour objectif d'identifier et de s'adapter à toute information considérée comme effrayante pour l'enfant. Il a un rôle de protection et de survie en permettant à l'individu de percevoir et de réagir face à une situation de danger en se tenant à distance de celle-ci. Les phobies infantiles sont parfois décrites comme des traces de signaux universels de danger ou des « indices naturels de danger » (peur des loups...) (Bowlby 1976). L'activation de ce système engendre une réaction de sauvegarde en inactivant le système d'exploration, en activant le système d'attachement et en diminuant de façon active la distance avec la figure d'attachement.

e) Le système affiliatif

C'est un autre système motivationnel inné, primaire et nécessaire à la survie de l'espèce. Il s'active lorsque l'individu s'engage dans des relations avec ses pairs (hors relation amoureuse). L'objectif spécifique est de nouer des liens sociaux. Ce lien créé correspond comme le lien d'attachement à un lien affectif durable avec un individu unique non interchangeable. Il se met en place très tôt dans la vie de l'enfant. Dès 2 mois, il est fonctionnel, l'enfant peut alors se montrer curieux des gens qui l'entourent et chercher à interagir avec eux. A 3 ans, l'enfant est capable d'entretenir des échanges sociaux complexes avec des enfants de son âge. L'activation du système nécessite une mise en veille du système d'attachement. Par conséquent, les rapports sociaux seront d'autant plus facilités que l'enfant se trouvera en situation de sécurité avec sa figure d'attachement. Ce système est très activé à la période de l'adolescence, nécessitant un remaniement des relations d'attachement (Dugravier 2006).

Selon Bowlby, la qualité de l'attachement précoce va influencer les relations avec les pairs par le biais des MIO. Ces représentations de soi et des autres sont progressivement intégrés par le jeune lors de son développement dans son interaction avec le(s) figure(s) d'attachement

tout d'abord puis avec les autres et son environnement (Bowlby 1982). Plusieurs études démontrent la prédictivité des interactions précoces dans la représentation de soi et des autres ainsi que dans le comportement social ultérieur. Les résultats sont similaires aux différents âges de la vie. Une étude longitudinale du Minnesota montre que la qualité de l'attachement avec la mère favorise les relations sociales, une meilleure considération par les pairs et des rapports non conflictuels (Carlson and Egeland 2004). L'attachement sécure donnerait donc un avantage adaptatif dans l'aptitude à nouer des liens sociaux sur un plan qualitatif et quantitatif (Elicker, England et al. 1992; Sroufe, Egeland et al. 1999).

En revanche, lorsque l'enfant a dû solliciter des stratégies d'adaptation secondaires pour maintenir le contact avec son caregiver, dans un attachement insécure, il va reproduire ces schémas relationnels lors de l'établissement de nouveaux liens sociaux. La capacité à nouer des liens sociaux de manière adaptée peut alors s'avérer défailante. Une méta-analyse de 2001 précise que la prédictivité est d'autant plus forte s'il s'agit de liens affectifs véritables que de rapports sociaux uniquement. L'attachement a donc un rôle central pour permettre l'exploration et la création des nouveaux liens affectifs par l'activation du système affiliatif (Schneider, Atkinson et al. 2001).

4) Les différents patterns d'attachement et la constitution des modèles internes opérants

a) De l'attachement aux MIO

Comme nous l'avons vu précédemment, les MIO correspondent à des représentations du monde, de soi et des autres que l'individu intègre au fur et à mesure de ses expériences. Ils lui permettent ensuite de moduler son comportement pour s'adapter au contexte présent. Le système des représentations d'attachement chez l'enfant sera d'autant plus cohérent que les relations avec ses figures d'attachement primaires auront été congruentes au cours de son développement (Kerns 2013). La qualité de l'attachement conditionne donc la qualité des MIO relationnels de l'individu et par conséquent les qualités relationnelles de l'individu et les intentions qu'il peut attribuer à autrui et à lui-même. Sa capacité réflexive va ainsi être favorisée par des MIO des relations aux autres sécures.

Le pattern d'attachement sécure est relativement stable dans l'évolution de la personne excepté en cas d'évènements de vie particulièrement traumatiques. Pour les autres patterns d'attachement, l'adolescence représente une période propice aux modifications des MIO d'attachement par l'accès progressif à une autonomie psychique et intellectuelle permettant de nouvelles capacités de mentalisation. Ces modifications peuvent être structurantes mais aussi d'ordre défensif voire pathologiques. La théorie de l'attachement prend alors tout son sens dans l'abord psychothérapeutique du jeune à cette période de vie (Atger and Lamas 2009).

b) Adaptation des stratégies d'attachement à travers les MIO

L'enfant en grandissant va internaliser les réponses obtenues à ses comportements d'attachement, lors des interactions avec le caregiver en MIO. Il va alors modifier ses comportements d'attachement afin de promouvoir au mieux sa sécurité et gérer ses affects. Selon Crittenden, il existe plusieurs étapes dans le développement des stratégies d'attachement qui correspondent à différentes périodes de vie. Pendant l'enfance, l'activation du système d'attachement va induire une réponse de la figure d'attachement. Lorsque la réponse parentale est congruente et accordée, cela va permettre le développement d'un attachement sécure chez l'enfant. Lorsque cette réponse est inadaptée ou incohérente et ce de manière répétée, l'enfant va développer un attachement insécure (Crittenden 1990).

- Stratégie d'attachement primaire

Lorsque la disponibilité de la figure d'attachement et les interactions avec l'enfant répondent aux attentes et au besoin de sécurité de celui-ci, cela correspond à un attachement sécure. L'enfant va conserver les mêmes stratégies dites « primaires » pour interagir avec sa figure d'attachement. Il intègre donc des stratégies relationnelles fonctionnelles : des cognitions et des affects congruents entre eux, une communication authentique et réciproque entre attentes et émotions. Cela permet un équilibre psychologique et des réactions adaptées aux circonstances avec une circularité dans le système des informations. L'équilibre induit par des interactions fluides enfant-caregiver va faciliter l'empathie, la compréhension de soi-même et d'autrui.

- Stratégies d'attachement secondaires

Lorsque l'enfant est insécure, il va modifier le fonctionnement de son système d'attachement et développer des stratégies d'adaptation dites « secondaires » (Main 1990). Elles ont pour objectif de préserver la relation avec ses figures d'attachement, relation nécessaire à sa survie physique, mais aussi psychique. Ces stratégies vont être de deux types en fonction des réponses obtenues antérieurement de la part du caregiver à ses comportements d'attachement : les stratégies de « minimisation » correspondent à une inhibition des comportements d'attachement et les stratégies de « maximisation » à une hyperactivation des comportements d'attachement.

Ces stratégies ont pour objectif d'inciter la figure d'attachement à être davantage présente. Elles ne sont pas pathologiques en elles-mêmes mais traduisent une adaptation de l'enfant à la situation pour préserver la relation. En revanche, elles sont à l'origine d'une anxiété plus importante que lors de l'utilisation des stratégies primaires. Les stratégies secondaires adaptatives vont induire chez l'enfant insécure des réactions automatiques et rigides. L'enfant anxieux aura tendance à être centré sur les affects, l'enfant évitant sur les cognitions. Ces stratégies interviennent dans la relation parent-enfant. Elles ne sont pas généralisables aux autres relations entretenues par l'enfant, dont la relation avec l'autre parent.

- Stratégies d'attachement masquées

L'enfant peut aussi intérioriser des séquences d'interactions qui n'étaient pas directement en lien avec des comportements d'attachement, mais qui ont été à l'origine d'une majoration du sentiment de sécurité. Elles se nomment alors « stratégies d'attachement masquées » (Miljkovitch 2009). Par exemple, l'enfant qui constate qu'en étant turbulent, il augmente l'attention que lui porte sa mère, va réutiliser ce comportement lorsqu'il souhaitera qu'elle s'occupe de lui. Cela explique certains comportements ordaliques chez les adolescents, comme la consommation de substances illicites en laissant des marques de leur consommation facilement visibles par leurs parents.

c) Les spécificités de l'attachement désorganisé

Ces différentes stratégies décrites peuvent se révéler inefficaces, lorsque l'enfant tente de s'adapter à des réponses incohérentes du caregiver. Il peut alors développer un type d'attachement désorganisé traduisant le conflit entre deux stratégies contradictoires. Selon certains auteurs, la désorganisation apparaît comme un facteur de risque de développer par la suite un trouble psychopathologique (Lyons-Ruth and Jacobvitz 2008).

Le comportement désorganisé de l'enfant peut être induit par le comportement paradoxal de la figure d'attachement responsable d'une situation de stress. Celle-ci est à la fois responsable de l'activation du système d'attachement de l'enfant face à la situation de stress et simultanément sensée représenter la base de sécurité permettant le réconfort. L'enfant se trouve alors dans un conflit entre la réaction de fuite et le besoin de proximité, ce qui peut être à l'origine des comportements étranges simultanément contradictoires décrits précédemment. Lyons Ruth démontre que l'absence de régulation du caregiver engendre aussi de la désorganisation chez l'enfant (Cassidy and Shaver 2008). Selon cet auteur, le manque de régulation effective par celui-ci plutôt que la peur du caregiver serait responsable de l'attachement désorganisé. L'enfant peut présenter un attachement désorganisé avec l'un de ses parents et pas avec l'autre.

Les situations qui favorisent l'émergence d'un attachement désorganisé chez l'enfant sont : les facteurs de stress mettant en compétition les systèmes d'attachement et de caregiving du parent (Liotti 2004), à l'origine d'une diminution des ressources du caregiver, les conflits majeurs entre les parents (violences physiques et psychologiques marquées), la présence d'un trouble psychiatrique parental (trouble bipolaire, décompensation psychotique...) ou tout comportement parental inadapté (intrusif ou dans le retrait) engendrant une confusion au niveau des rôles de chacun (Lyons-Ruth and Jacobvitz 2008).

d) L'exclusion défensive

L'intégration de nouveaux MIO est rendu difficile lorsque la personne s'accroche au modèle relationnel de l'enfance par un comportement d'exclusion défensive. Ce terme a été introduit par Bowlby pour définir le défaut d'intégration de nouvelles informations considérées comme gênantes dans le système de représentation de l'individu (Bowlby 1969). Ce fonctionnement permet à l'enfant de pallier l'absence de sécurité qui résulterait de l'intégration de notions contradictoires. Il choisit ce qui correspond le plus à son système de représentations et à celui transmis par les générations précédentes. Il peut par la suite avoir des difficultés à se défaire de ce mode de fonctionnement.

Ainsi, dans certains contextes, l'enfant ne va pas pouvoir intégrer une nouvelle expérience dans ses représentations internes. Deux causes principales peuvent expliquer ce dysfonctionnement dans l'encodage des MIO : la présence d'interdits parentaux de forte intensité ou une hypersollicitation du système d'attachement restée sans réponse. L'enfant va alors réagir de deux façons. S'il intériorise les deux modèles (celui expérimenté personnellement et la réinterprétation parentale de son vécu), cela peut générer une discordance dans son discours avec une scission entre les émotions/affects et les cognitions. Dans un deuxième cas de figure, il peut ne pas prendre en compte l'évènement, souvent vécu comme intolérable par rapport à ses représentations intrapsychiques. Il va alors présenter une réaction déconnectée du contexte à l'origine de son comportement (Bretherton and Munholland 2008). L'enfant est donc dans l'impossibilité de moduler ses propres représentations et réactions comportementales pour s'adapter au contexte. Ce fonctionnement est à l'origine d'une résistance au changement. Aussi, la cristallisation des croyances autour de représentations altérées induit une difficulté à s'adapter à la nouveauté (Delage 2008).

e) Intérêts et limites des catégories d'attachement et des MIO

Les catégories d'attachement permettent une meilleure compréhension du fonctionnement de l'individu, de ses relations aux autres et du contexte transgénérationnel dans lequel il s'est développé. Il permet de prendre en compte le jeune dans son histoire, avec le fonctionnement de son environnement, dans un modèle biopsychosocial.

L'attachement sécure représente un facteur de protection au long cours relativement stable dans le temps. En revanche l'attachement insécure est plus malléable et donc plus facilement modifiable, notion qui prend tout son intérêt en psychothérapie. De nombreuses études ont mis en évidence une corrélation entre la présence d'un attachement insécure et le risque de développer un trouble psychique, de manifestation essentiellement comportementale ou émotionnelle (trouble anxieux, dépression, abus de substance, actes médico-légaux...). Pour autant, ce n'est ni une pathologie ni un diagnostic psychiatrique et l'émergence du trouble reste multifactorielle. L'attachement insécure correspond à un facteur de vulnérabilité, nécessitant d'autres facteurs pour qu'un trouble psychiatrique émerge.

La catégorisation des patterns d'attachement ne met pas en valeur l'aspect dimensionnel de la qualité du lien et le continuum dans lequel se situe l'attachement du sécure à l'insécure. La notion de stratégies adaptatives face à l'attachement offre de meilleures perspectives par rapport à la nécessité d'adaptation de l'individu à son environnement et dans ses interactions aux autres, avec une flexibilité plus ou moins importante des stratégies utilisées.

Cette classification n'évalue pas non plus l'intensité de l'insécurité et de l'impact du trouble de l'attachement. Il semble opportun pour répondre à ces deux questions de connaître le fonctionnement des systèmes motivationnels décrits par Bowlby afin de définir la relation d'attachement comme une synthèse des interactions avec soi, l'autre et l'environnement. Il n'y a alors pas de lien de causalité direct et linéaire entre chaque système, mais l'ensemble évolue dans une circularité dont l'objectif est un maintien de l'homéostasie des systèmes existants (Duclos, Cook-Darzens et al. 2012). Ainsi, il existe une balance entre attachement et exploration chez l'enfant, entre attachement et caregiving chez le parent, dans une recherche constante d'équilibre permettant le développement de chacun dans un environnement sécure. La qualité de l'attachement parent-enfant est donc multifactorielle et dépend des variables intrapsychiques et internes de chacun (Bowlby 1982).

5) L'attachement et ses perspectives actuelles

a) Les apports de la neurobiologie

- Rôle des différentes structures cérébrales dans le processus d'attachement

Les interactions précoces avec les parents permettent au bébé de développer un réseau neuronal efficace face au déclenchement du processus d'attachement lors d'un signal d'alarme. Lorsque la réaction de la figure d'attachement est adaptée, cela va consolider les réseaux neuronaux mis en action. Ce fonctionnement présente des similarités avec les MIO décrits par Bowlby.

L'amygdale correspond à un système d'alerte dont le fonctionnement est inné. Lors d'une réaction de stress, elle va produire un signal d'alarme. Lorsque la réaction de la figure d'attachement est en adéquation avec l'appel de détresse de l'enfant, cela va le rassurer et désactiver le signal d'alarme produit par l'amygdale. Ce processus va être transmis à l'hippocampe, responsable de la mémoire émotionnelle comme un comportement permettant un vécu d'apaisement et de sécurité. Lorsque l'enfant se trouvera de nouveau confronté à un stress, la mémoire hippocampique aura pour rôle de renforcer le sentiment d'apaisement et de sécurité véhiculé par la figure d'attachement. Progressivement, une réponse moins intense de la figure d'attachement, par un regard par exemple, suffira pour retrouver ce sentiment de réconfort chez l'enfant. L'amygdale a donc un rôle de coloration affective de la perception du vécu de stress et de la réponse du caregiver. L'hippocampe permet l'encodage mnésique des effets du comportement et du contexte environnemental (Pichon and Vuilleumier 2011).

Si au contraire, la figure d'attachement est défaillante dans son rôle de base sécuritaire, les réseaux cérébraux entre l'amygdale et les autres structures vont peu à peu s'inactiver. Tout d'abord, l'hippocampe reçoit un message d'inadéquation entre le comportement de l'enfant et celui de la figure d'attachement. L'activation du signal de détresse n'active pas en retour de comportement rassurant chez la figure d'attachement et ne permet pas l'apaisement du vécu de tension. Pour sa survie, le cerveau doit alors trouver un moyen de se protéger et d'empêcher la propagation du signal de détresse. Il engendre alors une dissociation entre le vécu d'alerte qui

sera toujours présent (déterminant de la survie de l'individu) et le ressenti émotionnel lié à cette activation du stress (Guédénéy, Leblanc et al. 2009). Les ressentis de peur liés à l'activation du signal d'alarme, déconnectés du lien émotionnel peuvent être traduits par le jeune comme des désagréments physiques (douleur abdominale d'indigestion...) sans traduction émotionnelle propre. Les études récentes montrent le lien entre cette déconnexion et le risque d'alexithymie ou de sentiment de vide chez l'individu.

De même, les nouvelles techniques d'imagerie comme l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) fonctionnelle ont montré une activation des régions basales du cerveau antérieur chez le parent lors d'un stimulus provenant de son bébé. Cette région régule la réponse parentale de caregiving. Elle active aussi des circuits moins spécifiques tels que celui de l'empathie, de l'attention et de la régulation émotionnelle qui sont des capacités importantes de la fonction de caregiving (Swain, Lorberbaum et al. 2007).

- Rôle des hormones dans la transmission de l'attachement

L'ocytocine et la vasopressine

L'ocytocine et la vasopressine sont deux peptides qui fonctionnent à la fois comme hormone et comme neuromodulateur. Ils sont synthétisés au niveau de l'hypothalamus et sécrétés dans la circulation sanguine par la neurohypophyse pour remplir leur fonction hormonale. L'hypothalamus ainsi que d'autres régions du cerveau peuvent les produire dans un but de régulation neuronale. Les terminaisons axonales des neurones qui les synthétisent se trouvent principalement au niveau de l'hippocampe, du système limbique, des noyaux de la base et du tronc cérébral. Ils vont moduler le système méso limbique dopaminergique impliqué dans le système de récompense et le circuit amygdalo-hippocampique de régulation du stress. Ces deux systèmes occupent une place centrale dans le fonctionnement de l'être humain (Insel 2000; Lambert and Lotstra 2005).

L'ocytocine a un rôle privilégié dans la période du post partum avec une libération hormonale au moment de l'accouchement et pendant la lactation. Son rôle serait alors de favoriser les comportements maternels vis-à-vis de l'enfant et permettre en retour l'attachement de celui-ci

à sa mère comme figure d'attachement privilégiée. En effet, la libération d'ocytocine active le système de récompense et renforce de façon positive les liens mère-enfant. De plus elle module le circuit de la régulation du stress, améliorant l'adaptation de la mère aux changements liés à cette période de vie (Saive and Guedeney 2010). Les techniques d'IRM fonctionnelle ont montré que les régions activées chez le caregiver par les stimuli de l'enfant correspondent à des régions riches en récepteur à l'ocytocine et à la vasopressine. L'ocytocine et la vasopressine ont donc un rôle de médiateur de l'attachement et des liens entre individus en activant le système de récompense et en modulant le circuit de gestion du stress (Bartels and Zeki 2004).

La régulation du stress

Le stress est associé à une activation de l'amygdale et de plusieurs systèmes neuroendocriniens, dont le système sympathique et l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS). Lors d'une situation de stress, le taux de glucocorticoïde sanguin va immédiatement augmenter. Les glucocorticoïdes vont activer l'hippocampe qui possède de nombreux récepteurs spécifiques à cette hormone. Celui-ci va alors envoyer un influx nerveux à l'hypothalamus, responsable de la sécrétion d'une hormone : la corticotropin-releasing-hormon (CRH). La CRH active ensuite la production d'adrénocorticotropine (ACTH) par l'hypophyse. L'ACTH libérée dans la circulation sanguine va être responsable d'une sécrétion de cortisol par les glandes surrénales (Pichon and Vuilleumier 2011). L'augmentation du taux de cortisol sanguin est à l'origine d'une boucle de rétrocontrôle négatif en activant les récepteurs aux glucocorticoïdes cérébraux. Cela permet de réguler le stress et de désactiver le système une fois la situation stressante résolue. Cette boucle de rétrocontrôle est sensible aux activités neuro-immunitaires et aux facteurs environnementaux. Le stress chronique est à l'origine d'un taux de cortisol sanguin élevé par défaillance de la boucle de rétrocontrôle et altère le fonctionnement de l'hippocampe.

De nombreuses études sur l'axe HHS chez le nourrisson font part de la fragilité de celui-ci lors d'événements de vie stressants et le rôle de la figure d'attachement dans la régulation du stress (Lyons-Ruth 2005; Gunnar, Herrera et al. 2009; Berger, Castellani et al. 2010). Un caregiver intrusif ou insensible aux besoins de l'enfant induirait une augmentation du cortisol sanguin chez l'enfant, contrairement à des soins de bonnes qualités qui auraient un rôle

tampon par rapport à l'activité de l'axe HHS. Cela reflète la sensibilité de cet axe à la disponibilité et la sensibilité de la figure d'attachement dans les premières années de vie ainsi que leur rôle dans le développement neuronal de l'enfant (Guédénéy, Leblanc et al. 2009).

En résumé, les soins précoces de qualité permettent d'instaurer chez l'enfant des réponses stables au stress, améliorant ainsi ses capacités d'adaptation face aux nouvelles situations. En revanche, l'exposition à des stress sévères pendant la petite enfance fragiliserait le système de régulation de la réponse au stress et serait à l'origine d'un dysfonctionnement limbique, notamment de l'amygdale et de l'hippocampe. Les manifestations symptomatiques qui peuvent en résulter sont principalement un trouble de la régulation des émotions avec des réponses parfois exagérées et un trouble des comportements d'attachement, de la mémoire affective et de la mémoire des apprentissages. Des études récentes montrent la réversibilité de ces dysfonctionnements par la mise en place d'un contexte sûr et de soins adaptés. Cela constitue un axe de prévention non négligeable concernant la neurotoxicité de l'environnement insécure et le risque psychopathologique ultérieur (Gunnar and Davis 2013).

b) Les nouveaux concepts associés à l'attachement

- L'intersubjectivité : un rôle complémentaire

Selon les dernières études sur les relations précoces (Lyons-Ruth 2005), le nourrisson aurait des aptitudes uniques à l'échange intersubjectif dès le début de sa vie, bien que les comportements orientés vers un but décrits par Bowlby n'apparaissent qu'à la fin de la première année de vie. Contrairement aux autres espèces, l'enfant développe progressivement la capacité à attribuer à autrui une vie mentale semblable à la sienne, puis à intégrer le fait que les états mentaux d'autrui puissent être différents des siennes par l'émergence de la capacité réflexive. Cela confère au nourrisson la capacité d'entrer dans l'expérience émotionnelle de l'autre permettant ainsi une communication affective plus large avec ses figures d'attachement (contact visuel soutenu...). Bernard Golse, pédopsychiatre français, définit l'intersubjectivité comme la différenciation de soi et de l'autre en deux entités distinctes ayant chacune des intentions, des désirs différents. Elle permet ainsi l'expérience de l'être ensemble dans la coopération et le partage (Simas and Golse 2009).

Cette notion d'intersubjectivité a été peu prise en compte par Bowlby. En effet, il n'y avait alors que peu d'études faites sur les interactions avec le nourrisson. Cette capacité intersubjective de l'individu va se complexifier progressivement et venir moduler son système d'attachement. Les signaux de base traduisant l'activation du système d'attachement (s'agripper, pleurer...) vont ainsi céder leur place au partage de signaux affectifs suffisamment rassurant pour le désactiver sans nécessité systématiquement un contact physique. Le sentiment de sécurité de l'enfant serait alors régulé par des processus intersubjectifs, existants en continu et non uniquement par des activations intermittentes du système d'attachement.

Les études en neuroscience confirment cette hypothèse en démontrant des capacités de régulation du stress et du taux de cortisol différentes selon la qualité d'attachement de l'enfant : chez l'enfant désorganisé la sécrétion de cortisol salivaire est augmentée lors de la Situation Etrange. Cela prouve tout l'intérêt de l'engagement positif dans la relation parent-enfant, dans une dimension intersubjective, pour réguler le sentiment de sécurité en amont de potentielles situations de stress. L'intersubjectivité correspond ainsi à des processus relationnels coopératifs plus continus permettant aux affects d'être vécus, communiqués et intégrés dans la pensée (Lyons-Ruth 2005).

Selon Lyons-Ruth, être en relation avec les autres est la condition nécessaire et vitale au cerveau humain pour se développer et fonctionner. L'intersubjectivité et le partage de la vie mentale avec autrui sont des paramètres du fonctionnement humain et de son existence qui ne peuvent pas être désactivés à la différence des systèmes motivationnels décrits par Bowlby. En revanche, la qualité de l'attachement entre donneur de soin et enfant et les MIO qui en découlent auront des conséquences non négligeables sur les capacités que l'individu pourra utiliser pour entrer en relation avec l'autre et ainsi développer ses capacités intersubjectives et organiser sa vie mentale.

- Le concept de résilience, une piste thérapeutique

Cyrulnik a proposé le concept de résilience afin de définir les capacités adaptatives et les aptitudes de l'individu à faire face à un évènement traumatique ou à une situation potentiellement néfaste pour lui. L'enfant peut ainsi développer des capacités de résilience dans un environnement déficitaire, par exemple en choisissant chez ses figures d'attachement les liens qui lui conviennent pour ne pas mettre en danger son équilibre psychique (Cyrulnik and Duval 2006). Par cette définition, le concept de résilience vient s'opposer au concept de vulnérabilité sans pour autant que les facteurs d'acquisition de cette capacité ne puissent être précisément définis. Cette capacité semble intégrer une part propre à l'individu et une autre part liée aux relations interpersonnelles et aux facteurs environnementaux.

Ainsi, face au même évènement de vie potentiellement déstructurant, chaque individu va réagir de façon différente, selon ses propres ressources et sa capacité à interpeler l'autre pour lui demander de l'aide. La qualité de l'attachement de l'individu peut expliquer en partie ces différences. Pour autant devant des capacités adaptatives similaires, certaines vont s'effondrer quand d'autres vont sublimer l'obstacle. De même un trouble de l'attachement de type insécure n'induit pas systématiquement une psychopathologie chez l'individu. L'attachement sécure, bien que considéré comme facteur de protection face à des manifestations psychopathologiques en étant un facteur de résistance au stress n'est pas toujours associé à des capacités de résilience. Cette notion montre l'intérêt de prendre en charge le patient en tant qu'individu unique tout en intégrant son environnement dans la compréhension de l'étiopathogénie des troubles qu'il présente (Golse 2006).

- Quelles perspectives pour la recherche française

De nombreux travaux sont menés actuellement par les psychiatres et pédopsychiatres français comme Bernard Golse, Pierre Humbert ou encore l'équipe parisienne constituée par Antoine et Nicole Guédénéy. Ils ont ainsi permis de diffuser en France les recherches internationales sur l'attachement et les apports cliniques et thérapeutiques qui en découlent.

Dans un premier temps, les travaux sur l'attachement ont essentiellement concerné le champ de la périnatalité et des interactions précoces parents-enfant. Par exemple, A. Guédénéy a mis en place une échelle « ADBB » ou Alarme Détresse BÉBÉ dans l'objectif de dépister les

troubles de l'attachement précoce chez le bébé entre 2 et 24 mois. En reprenant les notions de Main, Pierre Humbert démontre l'intérêt de l'attachement dans l'acquisition d'aptitudes de narration autobiographique et dans la régulation des émotions (Pierrehumbert 2003). L'individu sécure, par ses capacités à traiter mentalement ses émotions, va pouvoir donner un sens aux expériences vécues. Ainsi, l'attachement sécure, par l'apprentissage expérientiel qu'il permet, a un rôle protecteur face à l'émergence de perturbations psychologiques.

Actuellement, les recherches s'étendent à la période de l'adolescence, à l'âge adulte, au travail autour du couple et à la compréhension psychopathologique et étiopathogénique de certains troubles psychiatriques comme le trouble borderline. Ces recherches ont comme objectif d'offrir une meilleure compréhension de l'étiopathogénie et de la psychopathologie des troubles psychiatriques ainsi que de nouvelles perspectives thérapeutiques autour des relations interpersonnelles (Guédéney and Tereno 2009; Lamas, Vulliez Coady et al. 2010).

II- Le développement à l'adolescence et la question du lien

1) Introduction

L'adolescence se définit comme la période de vie comprise entre l'enfance et l'âge adulte qui débute avec les premiers signes pubertaires et se termine avec l'acquisition de l'autonomie permettant au jeune d'avoir sa propre identité et de s'inscrire socialement. Elle correspond à un processus de maturation engendrant des remaniements physiques et psychiques importants. Les modifications du fonctionnement psychique et des représentations de soi, de l'autre et du monde prennent part au développement de la personnalité de l'individu.

Les effets psychiques et physiques induits par les modifications pubertaires vont fragiliser l'individu. Ils vont sexualisés et conflictualisés les liens que l'individu entretient avec son entourage dont ses parents. Les liens déjà établis sont alors questionnés dans leur solidité et leur flexibilité et l'adolescent doit retrouver une distance relationnelle qui lui convient pour poursuivre son processus de maturation (Jeammet and Wildoher 1994). De plus, l'acquisition de l'autonomie au travers du processus de séparation individuation vient interroger ses

propres capacités notamment ses capacités d'adaptation au changement. Lorsqu'elles sont dépassées ou que les liens sont trop fragilisés, le processus adolescent peut se figer ou être à l'origine de manifestations psychopathologiques. Pour autant, la distinction entre normal et pathologique reste difficile à évaluer car les bouleversements internes, psychiques ou pulsionnels nécessitent des capacités d'adaptation de l'adolescent souvent sur un mode défensif, avec des moments de crise ou de perte de contrôle (Golse 2002).

2) **Abord psychodynamique de l'adolescence**

Le développement de l'adolescent peut se définir en deux axes : celui de l'Œdipe pubertaire et du corps mature et celui de l'autonomisation avec la mise à distance des figures parentales. Le premier axe correspond à une problématique objectale. En effet, la possibilité de réalisation pulsionnelle du corps mature nécessite une désidéalisée des objets libidinaux de l'enfance et un investissement de nouveaux objets par des jeux d'identifications, notamment dans l'échange et les expériences avec les pairs. Le deuxième axe correspond à une problématique narcissique, c'est-à-dire à la mise en place des assises narcissiques dont la stabilité aide à l'acquisition d'une identité propre et précise les limites entre soi et les autres.

Ces deux axes ont un rôle central dans le développement de la personnalité de l'individu. Ils vont être mis en jeu aux différentes phases de l'adolescence et peuvent se conflictualiser réciproquement. Jeammet apporte la notion d'écart narcissico-objectal pour expliquer le sentiment chez l'adolescent d'un antagonisme entre ses deux axes (Jeammet 2002). En effet, il existe une réactivation et une reviviscence de mécanismes psychiques et de relations d'objet précoces. L'adolescent peut alors être confronté à un mouvement de repulsionnalisation parfois massif. Il se retrouve pris entre deux besoins paradoxaux : celui d'affirmer son autonomie et sa différence d'ordre narcissique et celui du soutien de l'autre pour grandir et évoluer, d'ordre objectal.

a) Le corps mature : immuabilité et irréversibilité de la puberté et Œdipe

La puberté est une période de profondes modifications corporelles et biologiques, notamment hormonales, rendant le corps sexué. Elles vont permettre à l'adolescent d'accéder à la sexualité et ainsi à la reproduction. Cela va aussi bouleverser ses représentations concernant son schéma corporel, qu'il doit en premier lieu réapprendre. Ces changements sont à l'origine d'une vulnérabilité de l'individu sur un plan physique face à des pulsions qui peuvent désormais se réaliser et sur un plan psychique autour des assises narcissiques. Face à ce nouveau corps, il peut émerger des angoisses autour de la perte de l'intégrité corporelle et de soi. De même, le déficit instrumental transitoire parfois difficile à gérer par l'adolescent peut être à l'origine d'un sentiment de perte d'estime de soi. Ce corps qui devient pubère exige donc des remaniements des assises narcissiques pour permettre l'intégration du corps sexué ainsi que des désirs qui s'y associent. Cela permet aussi à l'adolescent de parvenir à une autonomisation face aux objets primaires préalablement investis (Michon-Raffaitin 2000).

Cette maturation sexuelle va venir réactiver le conflit œdipien. Le réveil de l'Œdipe se traduit par la résurgence de deux grands interdits : l'interdit de l'inceste et l'interdit du meurtre. De façon symbolique, grandir dans le processus adolescent revient à prendre la place de l'adulte par des modifications physiques, sexuelles et intellectuelles liées à cette période. La sexualisation et la conflictualisation des rapports aux objets primaires investis pendant l'enfance nécessitent de modifier les liens et de trouver une distance relationnelle acceptable par rapport à la problématique œdipienne que la puberté soulève. Les objets primaires avaient pour rôle de soutenir les assises narcissiques de l'enfant, avec l'élaboration de fantasmes de l'enfant à l'égard de ses parents correspondant au complexe d'Œdipe. Selon Jeammet, l'accès au corps génitalisé rendrait réalisable la mise en actes des fantasmes incestueux et parricides, l'adolescent doit alors investir de nouveaux objets externes afin que la rencontre avec l'objet sexuel devienne possible. Pour Freud, le complexe d'Œdipe joue un rôle fondamental dans la structuration de la personnalité en termes d'identification et dans l'orientation du désir humain. Il représente un axe de référence majeur de la psychopathologie de l'individu (Pontalis and Laplanche 1967). Pour Jeammet, il s'agirait davantage de solutions d'ordre identificatoire traduisant une problématique objectale. Cela permet à l'adolescent de faire face à plusieurs types de perte tout en réinvestissant de nouveaux objets d'identifications (Jeammet 1991).

Dans cette période de quête d'une identité propre et de besoin de reconnaissance, le corps occupe donc une place centrale. Il se retrouve au cœur du processus d'individuation et de subjectivation. Psyché et corps vont être intriqués dans le paradoxe adolescent du besoin et du rejet simultanés du lien et du contact.

b) L'acquisition de l'autonomie et le conflit narcissico-objectal

L'adolescence est une période de profonds bouleversements nécessaires à l'acquisition de l'autonomie et d'une identité propre. Cette phase correspond au processus de séparation et d'individuation. L'individu va alors faire l'expérience de différentes pertes qui vont venir interroger la solidité de ses assises narcissiques. Deux grands types de pertes existent : une perte des idéaux infantiles avec la prise de conscience de l'imperfection parentale et la perte du lien oedipien de l'enfance, utilisé auparavant comme soutien à son développement. L'adolescent passe par une phase de séparation individuation de la mère refuge, puis par un conflit d'identification. Il existe des modifications des imagos parentaux, voire un rejet des idéaux éthiques et sociaux des adultes en général. L'adolescent en quête de son identité propre tente par le biais d'un jeu d'identification de trouver un système de valeurs dans lequel il se reconnaisse, afin de pouvoir s'appuyer dessus. Cela permet à l'adolescent d'acquérir une autonomie psychique et physique face aux objets parentaux (Jeammet 1991).

Ce processus d'autonomisation et d'individuation implique de débiter un travail de deuil face aux objets primaires et aux différentes pertes liées à l'adolescence dans l'objectif de répondre au besoin d'autonomisation et d'établissement d'une identité propre. Les modifications dans les relations avec les objets primaires, mais aussi les objets secondairement investis, vont alimenter la dialectique entre investissement objectal et assises narcissiques. En effet, le conflit narcissico-objectal s'inscrit dans le paradoxe de deux mouvements contradictoires d'ouverture : entre le besoin d'investir de nouveaux objets et la recherche d'autonomie et d'indépendance. Il émerge ainsi un nouveau mode relationnel interne et externe risquant de majorer les conflits intrapsychiques et les conflits avec les parents : les remaniements identificatoires vont être à l'origine d'une double menace de blessure narcissique et de perte objectale et le rejet des imagos parentaux peut générer des angoisses d'abandon et déstabiliser l'équilibre libidinal entre investissements objectaux et narcissiques de l'adolescent. Cela peut alors induire des troubles dans la relation de l'individu à lui-même. Pour autant, ces différents

remaniements liés à l'adolescence correspondent à une période de transformation psychique nécessaire à la subjectivation de l'individu (Nezelof, Corcos et al. 2006).

c) L'apport des concepts psychanalytiques à l'adolescence

- La théorie des pulsions de Freud

La théorie des pulsions décrite par Freud correspond à « *un processus dynamique consistant dans une poussée qui fait tendre l'organisme vers un but* » avec une force constante (Pontalis and Laplanche 1967). La pulsion d'origine organique prend sa source dans une tension corporelle. L'objectif est alors d'éliminer cet état de tension. Selon Freud, la théorie des pulsions intègre tous les grands besoins et fonctions nécessaires à la conservation de l'individu. Cette théorie s'appuie sur la fonction vitale de l'alimentation et la dualité entre pulsion d'autoconservation et pulsion sexuelle. Ainsi, il existerait un conflit psychique, où le Moi trouve dans la pulsion d'autoconservation l'énergie nécessaire à la défense contre l'état de tension sexuel.

Cette question est centrale au moment de la puberté avec le passage de l'auto à l'hétéro-érotisme. Le primat des zones génitales va induire une modification de la libido de l'individu. La libido se définit comme une énergie ou un substrat du processus de transformation de la pulsion sexuelle. Freud décrit deux modes d'investissement de la libido : la libido du Moi ou narcissique (investissement de soi comme objet d'amour) et la libido d'objet (investissement d'un objet extérieur). Dans l'enfance, la libido commencerait par s'investir sur le moi (narcissisme primaire), puis au moment de la puberté, investirait les objets extérieurs. Un retour à la libido du moi uniquement (narcissisme secondaire) serait à l'origine des états psychotiques (Freud 2011).

De plus, la puberté induit l'émergence d'un nouvel éprouvé : l'orgasme. Il va modifier le rapport au plaisir et à la satisfaction pulsionnelle. La pulsion sexuelle et l'orgasme vont faire effraction et menacer de l'intérieur l'équilibre de l'appareil psychique. Cette période d'instabilité au niveau des modalités de fonctionnement interne de l'individu est à l'origine des différents réaménagements psychiques de l'adolescence. Elle permet par la suite

l'installation d'un fonctionnement psychique relativement stable, dans lequel les représentations mentales, les désirs et le plaisir sexuel avec l'objet dans le réel cohabiteront. Lorsque l'évolution du système est entravée, il y a un risque de fixation à un stade précoce à l'origine d'un appauvrissement du moi et des échanges avec l'objet. La persistance d'une instabilité ou d'une fixation précoce du fonctionnement psychique amènent à l'émergence de troubles psychopathologiques à l'adolescence.

- Du Moi Idéal à l'Idéal du Moi

L'Idéal du moi est une partie de la personnalité résultant de « *la convergence du narcissisme (idéalisation du moi) et des identifications aux parents, à leur substituts et aux idéaux collectifs* ». C'est un modèle auquel l'individu va chercher à se conformer (Pontalis and Laplanche 1967). Cette notion est importante au moment de l'adolescence, période d'investissements d'objets extérieurs et de socialisation de l'individu. L'Idéal du Moi se différencie du surmoi, instance définie uniquement par l'identification aux parents corrélativement au déclin de l'Œdipe (conscience morale). Il va permettre à l'adolescent de se décaler du narcissisme primaire pour investir de nouveaux objets extérieurs à lui et ainsi développer le moi. Le refoulement occupe une place importante comme opération défensive du moi. Le refoulement représente « *une opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir dans l'inconscient des représentations liées à une pulsion* ». Son rôle à l'adolescence prend tout son sens dans le conflit entre libido du moi et libido d'objet et les remaniements narcissiques corrélés à l'idéal du Moi.

3) Aspect relationnel et liens d'attachement à l'adolescence

Les modifications/pubertaires et le processus de séparation/individuation vont venir modifier le fonctionnement relationnel du jeune avec son entourage au moment de l'adolescence. C'est une période où les liens déjà installés se complexifient et de nouveaux se créent. L'adolescence permet au jeune de découvrir de nouveaux centres d'intérêt et d'investir de nouvelles valeurs. Il peut s'identifier à de nouvelles figures, qui ne sont pas toujours en lien avec les propres champs de ses figures d'attachement. Il va ainsi faire appel à sa propre subjectivité. Cette phase d'autonomisation psychique, physique et intersubjective correspond

à un moment de fragilisation et de vulnérabilité. La capacité parentale à répondre aux besoins de sécurité a un rôle majeur dans le déroulement du processus. Cela ne se situe plus dans la survie physique (manger, boire...), mais dans la nécessité d'un sentiment de sécurité inconditionnel permettant au jeune de faire par lui-même de nouvelles expériences tout en sachant que sa base de sécurité est présente. Ce sentiment inconditionnel de sécurité soutient l'idée que l'adolescent peut faire des erreurs ou investir de nouvelles figures d'attachement sans que sa figure d'attachement primaire ne le rejette. La notion de base de sécurité d'Ainsworth a donc une place centrale à l'adolescent.

a) Rôle de l'attachement précoce dans les stratégies adaptatives de l'adolescent

Cette période est propice à la recherche d'intimité et de partage affectif. L'attachement sûr va alors aider l'adolescent à faire confiance à l'autre et à anticiper les intentions d'autrui. Il va le guider pour réfléchir aux conséquences de ses actes et de ceux des autres et pour s'appuyer sur ses expériences et celles d'autrui afin de grandir. Il améliore ses compétences sociales, sa reconnaissance des émotions d'autrui, ses capacités à proposer des solutions constructives (Fonagy, Gergely et al. 2003).

L'adolescent dont l'attachement est évitant va avoir des stratégies relationnelles et des comportements plus rigides. Il va utiliser des stratégies de minimisation, s'appuyant sur les stratégies d'attachement développées vis-à-vis de sa figure d'attachement. Il peut se présenter comme indépendant, hautain, voire agressif. Il peut limiter voire refuser les échanges avec ses pairs (Sroufe 2005). Ses liens vont se créer autour du registre cognitif, en essayant de limiter au maximum les affects. Il va s'appuyer davantage sur ses cognitions, faisant abstraction de ses émotions, en préférant rationaliser, être dans l'illusion du contrôle, avec une distorsion des informations. Il existe souvent un détachement émotionnel face aux situations qui le mettent en difficulté. L'adolescent est alors soit dans la proximité compulsive, soit dans l'autosuffisance (Sroufe 2005; Kobak and Madsen 2011).

A l'inverse, l'adolescent ambivalent-résistant va utiliser des stratégies de maximalisation. Il va se montrer très en demande dans la relation à l'autre, exprimant un besoin d'attention constant et démontrant sa vulnérabilité. Cela reflète de façon exacerbée le besoin d'attachement insuffisamment comblé. Il est en grande difficulté pour établir des liens de

causalité, submergé par ses affects et son impulsivité. Il a alors tendance à rejeter sur autrui la responsabilité de ses propres actes (Kobak and Sceery 1988).

Ces deux types de comportements, pourtant opposés dans leur démarche sont souvent source de rejet et de moqueries de la part des pairs. Une étude de Grossmann et Grossmann montre que chez des jeunes de 10 ans, ceux identifiés comme sécures nommaient un certain nombre d'amis, alors que les jeunes identifiés comme insécures (essentiellement évitants) expliquaient avoir beaucoup d'amis sans pouvoir les nommer. Ils utilisaient alors une stratégie de minimisation par exclusion défensive afin de diluer le sentiment de solitude associé (Grossmann and Grossmann 1991).

b) Evolution des MIO à l'adolescence

- Acquisition de la pensée abstraite et capacités réflexives

L'adolescent acquiert la capacité de raisonner logiquement par l'abstrait en formulant des hypothèses et leurs conséquences, c'est-à-dire d'élaborer des pensées hypothético-déductives. Cela correspond au stade des « opérations formelles » selon la classification de Piaget (Piaget 1977). L'acquisition de la pensée abstraite permet le développement des capacités réflexives et de la métacognition chez l'adolescent. Elles vont moduler les MIO construits pendant l'enfance à travers la relation aux figures d'attachement. Ces MIO intègrent les attentes que l'adolescent va avoir vis-à-vis de lui-même et à l'encontre des autres. Ils ont un rôle majeur dans les compétences sociales du jeune et dans sa capacité à réguler ses émotions (Fonagy and Target 1997).

Concernant le développement des capacités réflexives de l'adolescent, il est possible de différencier trois temps. Le début de l'adolescence s'inscrit essentiellement dans une dynamique en lien avec les questions autour de la séparation et de la relation aux parents. L'adolescent acquiert progressivement des capacités d'introspection qui vont modifier ses représentations de soi, de l'autre et du monde. Le milieu de l'adolescent est au cœur du processus d'individuation avec un va-et-vient de l'adolescent entre le semblable et le différent dans une perspective identificatrice. La fin de l'adolescence se ponctue par un

réinvestissement des relations familiales. L'adolescent a intégré des concepts moraux et éthiques qui lui permettent un gain d'autonomie sur le plan intellectuel. Il va être davantage acteur dans ses relations et dans ses capacités de projection dans le futur, par l'accès à la fonction réflexive. Il peut ainsi réinvestir ses liens aux parents dans une relation moins asymétrique (Fonagy, Gergely et al. 2003).

- Cohérence des MIO et exclusion défensive

Un attachement sécure permet de développer des MIO cohérents dans la relation à soi et aux autres. Ils vont influencer de façon positive le discours et les capacités à penser de l'adolescent, facilitant la souplesse et la cohérence dans les relations qu'il crée. En revanche, l'attachement insécure caractérisé par l'exclusion défensive des informations concernant l'attachement majore le risque d'avoir des expériences négatives dans la relation à l'autre et de distorsions dans les échanges, conséquence d'un discours parfois peu cohérent (Rosenstein and Horowitz 1996). L'attachement sécure aux parents présente donc des ressources plus efficaces pour traverser le processus adolescent et faciliter l'adaptation à la nouveauté. Cette efficacité est liée à l'intégration de MIO cohérents concernant l'attachement aux figures primaires. Ils aident le jeune à trouver un équilibre entre sa prise d'autonomie et la continuité de la qualité des échanges avec ses parents et à se séparer de l'image maternelle de façon positive sans angoisse d'abandon associée. Il peut s'apaiser par lui-même, en s'appuyant sur l'expérience antérieure du soutien et de l'accordage de ses figures d'attachement à l'origine d'une réassurance. La communication est plus constructive, et tempère plus aisément les situations conflictuelles. Les parents peuvent accéder plus facilement à ses états émotionnels, afin d'offrir une réponse la plus congruente possible (Allen and Land 1999).

- Les MIO et la régulation des émotions

L'adolescent au fur et à mesure du processus adolescent a de plus en plus recours à une régulation interne de ses émotions. Cela montre une fois de plus l'importance de la qualité des MIO construits pendant l'enfance, d'autant que les multiples changements dont ils sont les protagonistes vont être à l'origine d'excitation et d'anxiété, sources d'insécurité. Cela va nécessiter une augmentation des stratégies d'adaptation internes. Si elles sont dépassées, le

système d'attachement de l'adolescent va s'activer, sollicitant la réassurance de ses figures d'attachements primaires (activation du caregiving) (Allen and Miga 2010).

Les Grossmann ont identifiés quatre types de patterns développementaux de base selon les expériences précoces d'attachement (stade préverbale et paraverbale) et les capacités narratives autobiographiques de l'individu concernant l'attachement ensuite (Grossmann and Grossmann 1998). Les patterns développementaux correspondent aux différents modèles comportementaux de l'enfant dans sa relation à sa figure d'attachement. Les capacités narratives correspondent à l'aptitude de l'individu de parler autour de ses représentations intrapsychiques des relations et de son ressenti émotionnel. Deux patterns sont qualifiés de continus et les deux autres de discontinus.

Le premier pattern continu serait insécurisé : les besoins d'attachement ne sont pas pris en compte pendant l'enfance et l'individu échoue ensuite dans la construction d'une mémoire autobiographique narrative cohérente à propos des relations d'attachement. Le deuxième pattern continu est dit sécurisé : les figures d'attachement sont sensibles et empathiques aux besoins de l'enfant, base sur laquelle l'individu s'appuie ensuite pour la construction d'une mémoire narrative autobiographique cohérente à propos des relations d'attachement. L'individu se montre capable d'intégrer des émotions négatives.

Le premier pattern discontinu correspond à des réponses cohérentes des figures d'attachement à un stade précoce sans pouvoir par la suite construire une mémoire autobiographique narrative cohérente à propos des relations d'attachement. Le second pattern discontinu correspond à des troubles de l'attachement précoces avec une insensibilité des figures d'attachement aux besoins d'attachement de l'enfant, alors que l'individu réussit ensuite à construire une mémoire autobiographique narrative cohérente et positive à propos des relations d'attachement. Main introduit la notion de «sécure acquis » pour qualifier ce type de pattern. Cela montre les capacités du jeune à moduler ses MIO au moment de l'adolescence, notamment autour de sa représentation de soi et de son vécu émotionnel (Main 1991).

c) Evolution des liens d'attachement avec les parents à l'adolescence

L'intégration de la pensée abstraite et du raisonnement hypothético-déductif au niveau des MIO de l'adolescent a une incidence sur le plan affectif, notamment avec ses figures d'attachement et donc ses parents. L'adolescent passe d'un attachement spécifique à chaque figure d'attachement à un modèle plus général des relations d'attachements appelé métamodèle par Crittenden ou état d'esprit pour Main selon l'AAI (Crittenden 2006; Hesse 2008). Il existe ainsi des remaniements des relations aux figures d'attachement primaires et des créations de nouveaux liens qui vont influencer les MIO et par conséquent le processus d'autonomisation.

L'acquisition de la pensée abstraite et le développement de la métacognition permettent aussi une plus grande souplesse dans le partenariat corrigé quant au but. L'adolescent, grâce à ses capacités réflexives, peut intégrer à ses propres besoins les besoins et les désirs de ses parents lors des situations de négociation. Ce type d'interaction complexe a été décrit par Bowlby dès l'enfance. Elle définit la capacité de l'enfant et des parents à élaborer des stratégies en adaptant leurs comportements et leurs intentions afin d'atteindre un but commun (Atger and Lamas 2009).

Pour autant, au début de l'adolescence il existe une prise de distance de l'adolescent vis-à-vis de ses parents, concernant les activités partagées, les rapports affectifs et le besoin accru d'intimité. Les mouvements d'opposition et les autres conflits ont pour objectif de développer les capacités de négociation du jeune. Ils permettent par la conflictualisation de marquer sa différence, mais provoquent parallèlement un désengagement du jeune à l'égard de ses parents. Cela est mis en évidence lors de la passation de l'AAI à cette période. Elle montre une tendance au dénigrement des parents et des difficultés à évoquer des souvenirs ou des affects d'attachement (Scharf and Mayselless 2007). Le risque est alors d'induire un blocage relationnel. Néanmoins, il existe une forte corrélation entre les indices de relations positives parents-enfant et les comportements de recherche d'autonomie de l'adolescent (Allen, Hauser et al. 1994). En effet, la présence d'une base de sécurité rassurante et disponible permet au jeune d'activer plus facilement son système d'exploration. Cette activation est essentielle à

son développement tant sur le plan physique et intellectuel que social, afin de créer de nouveaux liens, de repenser ses liens préétablis et de gagner en autonomie.

Mary Main propose la notion d'« espace épistémique » pour qualifier la liberté cognitive et émotionnelle induite par l'autonomie (Main, Goldwyn et al. 1998). Cet espace permet aux jeunes de réfléchir et de se réapproprier les liens avec les parents, voire de surmonter les conflits rencontrés avec eux. Ainsi, le système d'attachement, lorsqu'il est sécurisé, semble jouer un rôle fondamental pour aider l'adolescent à surmonter les défis développementaux propres à l'adolescence. En effet, il est nécessaire d'avoir expérimenté le lien sécurisé pour l'intérioriser comme ressource et l'utiliser secondairement lors d'expériences douloureuses ou en situation de danger. L'adolescence correspond donc à une balance dynamique entre système d'attachement et système d'exploration. La relation aux parents reste importante pour équilibrer ce mouvement de balancier.

Cependant, la sécurité de la relation aux parents diffère de la sécurité de l'état d'esprit de l'adolescent par rapport à l'attachement qui est évalué par l'AAI. L'attachement est relativement stable pendant l'adolescence, essentiellement pour l'attachement sécurisé, mais il reste sensible à l'environnement psychosocial de l'individu. Une étude longitudinale, parue en 1997, a évalué la qualité de l'attachement mère-enfant à l'âge d'un an (par la Situation Etrange) puis la qualité de l'interaction mère-adolescent ainsi que l'état d'esprit de ce dernier (par l'AAI). Elle a démontré que le résultat de la Situation Etrange à un an est plus prédictif de la qualité de l'interaction mère-adolescent que de l'état d'esprit de l'adolescent (Atger and Lamas 2009). En effet, la Situation Etrange évalue des modalités relationnelles dans le lien mère-enfant à la différence de l'AAI qui évalue l'état d'esprit, c'est-à-dire la qualité des représentations de l'attachement au niveau intrapsychique. Cela souligne l'absence d'isomorphisme entre attachement et caregiving bien qu'ils soient intrinsèquement liés. Le système d'attachement à l'adolescence va donc évoluer sous de multiples formes intégrant les nouveaux investissements relationnels, notamment aux pairs.

d) Liens d'attachement avec les pairs à l'adolescence et système affiliatif

A l'adolescence le système affiliatif prend toute son importance dans la mise en place des liens avec les pairs auxquels le jeune va pouvoir s'identifier. La complexité de l'attachement à ses figures d'attachement peut alors le mettre en difficultés dans ce jeu d'identification et d'exploration du monde environnant. La mise en jeu du système affiliatif est d'autant plus complexe que l'adolescent passe d'une relation de l'enfant asymétrique où l'adulte prend soin de lui (caregiver) à une relation aux pairs donnant lieu à davantage de réciprocité, chacun étant soutien de l'autre. Ces changements dans les modalités relationnelles peuvent être source d'anxiété. Elles vont modifier aussi certains aspects de la relation au caregiver (Atger and Lamas 2009).

Les investissements affectifs en lien avec le système affiliatif n'ont pas la même valeur que ceux des figures d'attachement lors des interactions précoces. Ils correspondent au besoin de l'adolescent d'un attachement plus subtil, comme composante d'attachement. Le soutien nécessaire à l'adolescence est différent de l'enfant où l'activation de l'attachement est en lien direct avec sa survie (manger...). Progressivement le jeune va devoir trouver un équilibre entre les différents systèmes motivationnels activés, notamment le système d'attachement, le système affiliatif et le système d'exploration.

Dans la première partie de l'adolescence, les relations aux pairs sont marquées par une certaine instabilité. L'adolescent s'essaye, se confronte, dans un jeu d'identification. Le rôle des pairs est important car il permet au jeune de trouver une autre voie de régulation interpersonnelle des situations de stress ou de détresse, en diversifiant les moyens d'assurer un sentiment de sécurité (Scharf and Mayseless 2007). La figure d'attachement principale reste quand même la référence lors d'une situation d'insécurité majeure. A la fin de l'adolescence, ces relations se stabilisent, devenant de réelles figures d'attachement secondaires.

La notion de groupe à l'adolescence a aussi un rôle important dans la construction identitaire du jeune et dans son sentiment d'exister. Ce développement d'une identité propre peut être marqué par les phénomènes d'enveloppe groupale et d'identification adhésive à l'autre. Cet

investissement des pairs peut alors prendre une forme pathologique dont il est nécessaire de tenir compte dans la prise en charge de l'adolescent et dans l'instauration du lien thérapeutique. Ce déséquilibre relationnel est souvent associé à des défaillances narcissiques et se manifeste par une identification ou une idéalisation du chef de la bande ou encore des projections des problématiques narcissiques.

En revanche, les relations amoureuses fonctionnent sur un autre mode avec de façon synthétique une activation essentiellement du système sexuel en début d'adolescence et du système d'attachement et de caregiving en fin d'adolescence. Une étude portant sur une population de 100 jeunes de 6 ans à 17 ans a cherché à déterminer les différentes composantes de la relation d'attachement. Les résultats montrent que la recherche de proximité concerne davantage les pairs, que le havre de sécurité concerne les parents pour les plus jeunes, puis évolue vers les pairs pour les plus âgés et que la base de sécurité et la personne recherchée en situation de stress sont les parents pour la majorité. Cela peut être l'« amoureux » pour les plus âgés (Hazan and Zeifman 1994).

e) La balance sécurité/exploration : une fonction importante du processus d'autonomisation

Il faut souligner le fait que les processus d'autonomisation et d'individuation à l'adolescence sont liés à la notion de distance, ils ne sont pas synonyme de rupture mais doivent se faire autant que possible dans le lien. Les modifications/pubertaires induisent un paradoxe dans les besoins d'attachement de l'adolescent. Il oscille entre un besoin de prendre de la distance face aux nouvelles sensations corporelles liées à l'activation du système sexuel et des cycles hormonaux et entre un besoin de sécurité face aux changements corporels qui le déstabilisent.

De même, au moment de la phase de séparation/individuation, l'adolescent alterne entre les besoins de proximité de la figure d'attachement et le besoin d'exploration et d'autonomie. Il va alors réinterroger ses liens d'attachement précoces en vérifiant la qualité de la réponse de sa figure d'attachement. La stabilité, la congruence et la fiabilité de cette réponse sont des facteurs clés pour lui permettre une sécurité suffisante dans son exploration du monde. Aussi,

le respect par la base de sécurité de la distance nécessaire au développement du jeune va lui permettre de traverser ces obstacles de façon autonome, tout en gardant un « filet de sécurité ». L'adolescent peut ainsi faire ses propres expériences, subir les échecs nécessaires au processus de maturation sans mettre en danger son intégrité psychique et physique. Bowlby rappelle que l'attachement existe « du berceau à la tombe » (Bowlby 1988), bien que la forme se modifie avec l'âge, le fond reste inchangé. La construction de MIO cohérents permet de pouvoir conserver ce sentiment de sécurité interne et de favoriser la communication afin de soutenir l'adolescent face à la menace des remaniements de la puberté.

En résumé, l'adolescence est une phase d'exploration multiple qui s'étend du monde physique, dans l'acquisition de nouveaux rôles sociaux et dans la découverte de la sexualité jusqu'à la découverte de soi-même, dans l'appropriation d'un nouveau corps, de ses émotions et d'un mode de pensées propre à soi. La théorie de l'attachement considère le système d'attachement et la base de sécurité comme des axes centraux dans cette période de transition entre l'enfance et le monde adulte. L'adolescent s'autonomise progressivement vis-à-vis de ses figures d'attachement primaires et il développe des capacités à fonctionner indépendamment avec ses propres représentations internes. Ces acquisitions ont pour objectif que l'individu devienne lui aussi par la suite une figure d'attachement pour son partenaire, ses pairs, puis ses enfants.

4) De l'abord psychodynamique au concept d'attachement à l'adolescence

Théorie psychanalytique et théorie de l'attachement ont été fortement opposées au siècle dernier. Les théories psychanalytiques proposent une compréhension du fonctionnement de l'individu autour des conflits intrapsychiques et du déterminisme psychique, tandis que Bowlby dans sa théorie de l'attachement soutient que le développement de l'individu repose sur les liens qu'il crée avec ses figures d'attachement, puis avec son entourage (Guédénéy 2009). En s'appuyant sur l'éthologie et l'observation des comportements humains, il décrit un ensemble de comportements innés de l'individu produits dans une intention de rechercher la relation à autrui et corrigés quant au but par la réponse de l'environnement.

Le Colloque Imaginaire proposé par René Zazzo en 1979 a pour objectif de diffuser les connaissances autour de la théorie de l'attachement (Anzieu 1996), Didier Anzieu montre alors l'intérêt de cette théorie qui réintroduit le corps dans la psychanalyse. La théorie de l'attachement ne se limite pas à l'abord cognitif de la personne comme cela a pu être mentionné, mais prend en compte le corps dans ses ressentis sensorimoteurs, intégrant les affects et les émotions. Dans ses différents écrits, Fonagy tente de démontrer les similitudes et les ponts qui existent entre la psychanalyse, la psychologie du développement dont la théorie de l'attachement et la psychologie sociale chez l'adulte. Il s'appuie sur la concordance des discours autour des effets néfastes des troubles des interactions précoces et de l'attachement insécuré sur le développement ultérieur de l'individu (Wiat 2011).

a) Points de convergence entre ces théories à l'adolescence

L'adolescence est une période complexe. Les remaniements nécessaires au développement de l'adolescent nécessitent de prendre en compte l'individu dans sa globalité et dans ses relations à l'autre et au monde. Les liens ont un rôle majeur dans l'accompagnement du besoin d'autonomie venant marquer l'individualité du jeune, dans le soutien qu'il offre dans l'exploration de ces bouleversements et dans l'aide pour la construction des assises narcissiques nécessaires à cette prise d'autonomie. Il semble exister des passerelles entre l'abord psychodynamique de l'adolescent soutenu par les théories psychanalytiques et la psychologie du développement ou la théorie de l'attachement s'appuyant sur l'aspect interpersonnel de la constitution de l'être.

- Œdipe et réactivation pulsionnelle à l'adolescence : rôle de l'attachement

Si l'on reprend la notion d'Œdipe et les modifications relationnelles inhérentes au corps pubertaire, la théorie de l'attachement offre une compréhension de cette prise de distance nécessaire de l'adolescent, non pas uniquement liée à l'activation du système sexuel, mais aussi dans la nécessité d'explorer et de s'approprier ce nouveau corps grâce à l'existence de la base de sécurité. Celle-ci, alors en arrière plan, permet à l'adolescent de se sentir en sécurité afin de s'autoriser à explorer.

Ainsi, les adolescents présentant un trouble de l'attachement de type évitant auront plus de difficultés à intégrer ce nouveau schéma corporel, du fait d'une lecture altérée de leur ressenti corporel et émotionnel. L'usage de l'exclusion défensive face à ces ressentis peuvent engendrer des troubles de type alexithymie (Chahraoui and Vinay 2012). Les attachements qualifiés d'anxieux auront recours à la projection sur autrui de leurs propres ressentis, jusqu'à leur donner un sens erroné. Le rapport au corps et les capacités à intégrer les modifications du corps pubère nécessitent une flexibilité des représentations de soi et de son corps. Le concept d'exclusion défensive de Bowlby présente certaines similitudes avec la notion de clivage de Mélanie Klein (Andjelkovic 2002). Ces deux mécanismes de défense ont un rôle de protection de l'enfant face à deux informations non-congruentes. Pour autant, il existe une opposition majeure entre ces deux concepts dans l'importance de la relation parent-enfant dans la mise en place du sentiment de sécurité.

- Entre la théorie de l'étayage et des pulsions de Freud et la théorie de l'attachement de Bowlby : divergence ou convergence

Critiques de Bowlby

Selon la théorie des pulsions de Freud, il existerait un conflit psychique où le moi trouve dans la pulsion d'autoconservation l'énergie nécessaire à la défense contre l'état de tension sexuel. Bowlby remet en cause la théorie des pulsions qui s'appuie sur des conflits intrapsychiques, en se basant sur l'éthologie et l'observation des comportements humains. Dans sa théorie de l'attachement, il décrit un ensemble de comportements innés de l'individu produits dans un besoin de proximité nécessaire à sa survie. L'individu se développe selon lui dans la relation à l'autre, en intériorisant puis en généralisant ses représentations internes issues des relations à ses figures d'attachement primaires (MIO).

Contrairement à la psychanalyse notamment freudienne et lacanienne qui explique l'émergence de troubles psychiques dans les conflits intrapsychiques, Bowlby propose de rechercher les causes des distorsions névrotiques dans les interactions de l'individu avec son environnement et plus particulièrement ses figures d'attachement primaire (Wuart 2011).

Pour autant, il est possible de faire certains liens entre la théorie de l'étayage et la théorie de l'attachement. Cette dernière définit l'attachement comme un mécanisme de survie, un besoin primaire d'être aimé de façon totale et inconditionnelle. La théorie de l'étayage suppose que les pulsions d'autoconservation chez l'enfant sont d'emblée en lien avec l'objet. Cet objet est choisi sur le modèle des figures parentales en tant qu'elles assurent à l'enfant nourriture, soins et protection. Selon Freud, les pulsions sexuelles s'étayaient originellement sur les pulsions d'autoconservation, donc elles sont aussi dans un premier temps en relation avec l'objet (Pontalis and Laplanche 1967). Les psychanalystes post freudiens développent la théorie de la relation d'objet pour rendre compte de l'interaction de l'individu avec son entourage et non comme un organisme isolé fonctionnant seul. Celle-ci correspond alors au mode de relation du sujet avec son monde. Elle module la notion de pulsion mais reste à un niveau intrapsychique fantasmatique.

Le parallélisme entre la théorie de l'étayage et la théorie de l'attachement se situe donc sur l'investissement de l'objet. Cependant, l'attachement est un comportement en lien avec la sécurité de l'individu dans sa relation à l'autre, tandis que la théorie de l'étayage s'appuie sur les pulsions d'autoconservation d'ordre essentiellement alimentaire. Le choix d'objet d'amour s'appuie sur les pulsions sexuelles satisfaisant la suppression d'un état de tension organique. L'objectif est proche, mais la source est différente.

La pulsion d'attachement de Didier Anzieu

Didier Anzieu propose le concept de « pulsion d'attachement » pour mettre en évidence cette convergence entre la théorie de l'attachement et la théorie de l'étayage et des pulsions ou entre stimulus extérieur et pulsion interne (Golse 2004). La théorie de l'attachement permettrait alors la protosymbolisation autour de la présence de l'objet à travers ses manifestations et ses variations. Elle concerne les vécus subjectifs de l'individu en lien avec cette présence de l'objet. Cela conduit à l'acquisition de l'intersubjectivité. La théorie de l'étayage et la notion de pulsions sont liées à l'absence de l'objet. Elles correspondraient au travail psychique d'intériorisation et d'intégration de l'objet en son absence. Cette symbolisation qui s'effectue dans un deuxième temps est davantage inscrite dans le registre

intrapsychique et intra-personnel. Ce concept de pulsion d'attachement permet d'articuler les différents modèles de symbolisation de l'objet. Les théories psychanalytiques apportent alors une explication à la variabilité des capacités adaptatives de l'individu selon le travail intrapsychique réalisé (Golse 2004).

- Conflit narcissico-objectal et système d'attachement à l'adolescence

Concernant le conflit narcissico-objectal décrit par Jeammet, certaines convergences peuvent exister avec la théorie de l'attachement et les concepts associés. La constitution ou le maintien des assises narcissiques chez l'adolescent sont fortement corrélés au degré de sécurité préexistant dans le lien parent-enfant. Cependant, pour certains adolescents insécures, il existe une capacité à mobiliser ses propres ressources internes face au système familial défaillant. Cela correspondrait aux instances psychiques constituant la personnalité, décrites en psychanalyse. Cette mobilisation des ressources s'explique à travers la théorie de l'attachement par la mobilisation de MIO de soi efficaces en lien avec des capacités de résilience.

L'aptitude à traverser les différentes pertes et deuil liés à ce conflit se traduisent au niveau des théories de l'attachement par la mobilisation de MIO efficaces en lien avec un attachement sécurisé aux figures d'attachement primaires. Les remaniements des liens sont rendus possibles par la flexibilité des MIO de l'individu. Il existe probablement un lien avec la transmission transgénérationnelle des représentations. Cela renvoie à la notion d'affiliation et au mandat transgénérationnel des théories psychanalytiques. Celles-ci vont servir de base au processus identificatoire, dont l'objectif est la mise en place de l'identité de l'adolescent (Jeammet 2002).

Enfin, il existe certaines similitudes entre la problématique objectale psychodynamique et la mobilisation du système affiliatif à l'adolescence. Le processus de séparation individuation nécessite la mise en place de nouvelles relations objectales et des conflits identificatoires propres à l'adolescence permettant l'acquisition de la personnalité et de passer du moi idéal à l'idéal du moi. De même, le système affiliatif et le système d'exploration s'activent à l'adolescent afin de permettre à l'individu d'acquérir une autonomie psychique, physique et

sociale, ainsi qu'un état d'esprit par rapport à l'attachement et un métamodèle de ses représentations de soi de l'autre et du monde.

A la différence de la vision uniquement intrapsychique de la psychanalyse, la théorie de l'attachement soutient une organisation du système d'attachement dans ses aspects comportementaux et internes de l'individu (état d'esprit par rapport à l'attachement) dans un équilibre dynamique et adaptatif par rapport à l'environnement et aux réponses de celui-ci. Cela diffère de la théorie de l'étayage de Freud, mais adopte certaines similitudes avec l'aire transitionnelle de Winnicott (Winnicott 1975). Les divergences se fondent alors sur le fond du concept : l'aire transitionnelle reste dans l'intrapsychique, alors que l'attachement se crée dans l'inter-psychique. Au moment de la constitution de la personnalité à l'adolescence, ces différences ne sont pas négligeables. Il existe donc des passerelles entre les deux approches avec une complémentarité permettant dans un modèle intégratif de prendre en compte l'adolescent dans sa globalité.

- Rôle du langage : un pont entre ces deux théories

Certains prédécesseurs de Bowlby dans la psychologie développementale comme Vygotski avaient défini l'ontogénèse de l'individu comme un processus d'interactions et de capacités sociales qui de façon biologiquement innée sont intersubjectives, c'est-à-dire dans la relation interpersonnelle auxquelles s'ajoutent secondairement les aspects cognitifs individualistes et intrapsychiques. La régulation de la communication serait alors au premier plan dans la découverte et de l'apprentissage de la réalité. Vygotski précise qu'il existe une « *organisation extra-corticale des fonctions mentales complexes* » (Vygotski 1933). Il donne toute son importance au contexte socioculturel dans le développement psychologique de l'individu. Il situe alors le langage comme médiateur du processus.

Le rôle du langage a été largement décrit par les successeurs de Bowlby. Main a créé l'AAI en se basant sur l'importance de la narrativité pour qualifier l'état d'esprit vis-à-vis de l'attachement de l'individu. Bretherton s'est appuyée sur ses connaissances en communication gestuelle et verbale pour étudier la capacité des enfants à parler sur eux et sur leurs émotions.

De même, les Grossmann ont décrit quatre patterns d'attachement selon les capacités de narration autobiographique concernant l'attachement de l'enfant une fois le langage acquis.

Ainsi, la théorie de l'attachement octroie au langage non verbal une importance non-négligeable. D'une part, l'activation du système d'attachement se fait par des signaux dès le plus jeune âge, d'autre part, au fur et à mesure que le lien sécure se met en place, le caregiver a la possibilité de rassurer l'enfant à distance par le biais du langage corporel, comme un soutien du regard. Cette importance du langage dans le lien entre la mère et son enfant a aussi été décrite par les psychanalystes. Le « bain de langage » permet ainsi à l'enfant de se développer dans une enveloppe sécure. Lacan soutenait aussi l'importance de la « lettre du discours », c'est-à-dire la façon dont il est produit. Cela représentait pour lui un enjeu transférentiel (Lacan 1971). Ce n'est pas le contenu qui prime mais la cohérence du discours. La capacité de mise en récit cohérent d'une expérience traumatique permettrait de ne pas transmettre le traumatisme à l'enfant. Cette transmission se ferait par le biais de l'interaction, dans le langage non verbal.

b) Intérêt de la théorie de l'attachement dans la psychopathologie de l'adolescent

L'adolescence représente une nouvelle chance de rejouer les phases de développement précoce afin de les élaborer de façon non-pathologique. C'est aussi une période de vulnérabilité pour l'individu, avec un risque d'émergence de troubles psychiques. L'adolescence est souvent pensée dans l'intériorité de l'individu, au niveau des remaniements internes, or cette période correspond aussi à la réactivation de conflits identificatoires et de modifications relationnelles déstabilisant l'individu. Le processus adolescent nécessite d'intérioriser les qualités parentales et les relations nouées avec eux avant de s'en détacher et de pouvoir investir de nouvelles relations. Il existe donc un impact du lien dans les modes relationnels et les différents problèmes psychopathologiques de l'adolescent.

L'agir est un moyen d'expression privilégié à l'adolescence. Agir par le passage à l'acte peut représenter une modalité d'expression face aux émotions, aux ressentis et aux pertes non élaborables. Cela peut aussi correspondre à une attaque du lien. Cela témoigne alors d'un échec lors de l'activation du système d'attachement défaillant ou de l'absence ou de

l'incohérence de la réponse du caregiver ne produisant pas l'effet d'apaisement souhaité. Cette modalité de confrontation au monde extérieur se fait parfois dans la rupture du lien. Le processus exploratoire dans une tentative de séparation et d'autonomisation se révèle souvent un échec. Cela témoigne de la fragilité, voire de la souffrance psychique de l'adolescent conduisant à une rupture de ses ressources d'adaptation et de protection internes (défenses intrapsychiques) mais aussi de l'incapacité ou l'impossibilité de mobiliser les ressources externes dans le lien aux figures d'attachement.

Les pathologies rencontrées à l'adolescence présentent cette double dimension dans le rapport à soi, mais aussi dans le rapport à l'autre et au monde. Ainsi, nous pouvons citer :

- les conduites addictives et les troubles du comportement alimentaire (TCA),
- les troubles de la personnalité et plus particulièrement le trouble borderline,
- les troubles anxieux et la dépression, les troubles de l'estime de soi,
- les troubles du comportement (social, familial).

Trois tableaux principaux peuvent être repérés lors de l'émergence du trouble psychiatrique dans le rapport de l'adolescent aux autres et à l'environnement : la rupture familiale et les conflits intrafamiliaux, la rupture sociale, dont la délinquance et la déscolarisation et les conduites addictives de type TCA, cyberaddiction ou toxicomanie.

Cela montre tout l'intérêt d'un abord multidimensionnel des troubles psychiatriques à l'adolescence afin d'en saisir la complexité. Il est important d'intégrer les apports des différents courants comme les notions de psychopathologie, l'abord psychodynamique et psychanalytique, les composantes biologique et génétique, la vision systémique, les aspects socio-épidémiologiques. Car, l'adolescence correspond à une période de remaniements multiples sur un versant intrapsychique, corporel mais aussi dans la relation à autrui. L'évaluation de la qualité de l'attachement parent-enfant a donc un rôle à jouer dans la compréhension psychopathologique et étiopathogénique des troubles.

Chapitre 2 : Apports de la théorie de l'attachement à la clinique de l'adolescent : abords psychopathologique et thérapeutique

I- Lien entre troubles de l'attachement et troubles psychopathologiques à l'adolescence

1) Introduction

Comme nous l'avons vu précédemment, le développement à l'adolescence est lié à la conjugaison des expériences infantiles précoces et des remaniements psychologiques et physiques propres à cette période. Il se caractérise par un ajustement de l'équilibre entre le sentiment d'identité autonome et le besoin de la sensation d'être lié aux autres et d'être aimé. Les liens déjà formés et l'investissement de nouvelles relations sont importants dans ce moment de construction identitaire et interpersonnelle. Les systèmes d'attachement, d'exploration et affiliatif occupent alors une place prépondérante avec une alternance dans le rôle de chacun. Depuis une quinzaine d'années, de nombreuses études ont été réalisées autour de l'attachement. Elles ont permis de mettre en évidence un lien significatif entre la présence d'un attachement insécure et l'émergence d'un trouble psychopathologique à l'adolescence. L'attachement jouerait donc un rôle dans l'étiopathogénie du trouble psychiatrique à cette période (Cassidy and Shaver 2008).

A travers une revue de la littérature, nous souhaitons souligner les particularités de chacun des styles d'attachement en reprenant les différents types d'attachements décrits par Ainsworth et Main : anxieux/ambivalent, évitant/détaché, désorganisé/non-résolu. En effet à l'adolescence il est possible d'évaluer le type d'attachement aux parents mais aussi l'état d'esprit par rapport à l'attachement de la personne. Nous définirons les spécificités de chaque attachement sur le plan des représentations de soi et des relations interpersonnelles (MIO) et au niveau du fonctionnement cognitivo-émotionnel, de la relation aux parents et des aptitudes sociales. Puis en s'appuyant sur les études portant sur l'attachement et la psychopathologie, nous proposerons une lecture psychopathologique de chaque type de trouble de l'attachement en discutant leur rôle dans l'étiopathogénie d'un trouble psychiatrique. Enfin, nous présenterons les spécificités concernant l'attachement qui ont pu être mises en évidence dans les différentes

études portant sur les troubles psychiatriques les plus fréquents à l'adolescence. Ces troubles sont regroupés en deux principales catégories : les troubles dits « internalisés » (trouble anxieux, dépression, état limite) et les troubles dits « externalisés » (passages à l'acte auto agressif, TCA, trouble des conduites) selon leurs manifestations symptomatiques. Ces manifestations psychopathologiques ont en commun de venir marquer un échec, transitoire ou non, dans l'élaboration du processus adolescent et dans la résolution des tâches développementales propres à cette période.

2) Description des outils utilisés pour évaluer l'attachement à l'adolescence

Les études évaluant la qualité de l'attachement à l'adolescent utilisent des outils d'évaluation de deux sortes : ceux issus du courant développemental, comme l'AAI et ceux issus du courant psychosocial, comme l'IPPA (*Inventory of Peer and Parent Attachment*). La plupart des études sont réalisées à l'aide d'auto-questionnaires. Certains des outils permettent une classification des adolescents dans les catégories décrites par Ainsworth et Main ou équivalentes. Elles permettent de faire le lien entre les différents styles d'attachement (anxieux, évitant, désorganisé) et la psychopathologie. Les autres ont une approche dimensionnelle de l'adolescent qui ne permet pas de définir des catégories d'attachement autres que sécuritaire et insécuritaire. Pour autant elles offrent des informations importantes sur les liens entre la qualité de l'attachement et les pathologies à l'adolescence dans les modalités de relation interpersonnelle et des représentations psychiques de ces relations et de son rapport à l'autre.

a) Outils d'évaluation issus du courant développemental

La Situation Etrange

Elle a déjà été décrite précédemment. Elle est utilisée pour les études longitudinales afin d'évaluer la qualité de l'attachement lors des interactions précoces.

L'AAI

Cet outil a été conçu par Main afin d'étudier les capacités de narration autobiographique des parents dont les enfants avaient été évalués lors de la Situation Etrange (Main and Goldwyn 1995). Cela permet de classer les sujets en quatre catégories distinctes, équivalentes aux catégories de la Situation étrange : détaché pour évitant, préoccupé pour anxieux, libre/autonome pour sécure et non résolu/désorganisé pour désorganisé. Cet entretien semi structuré peut être utilisé à l'adolescence et à l'âge adulte.

Il évalue l'état d'esprit actuel du sujet examiné. Le sujet doit donner cinq adjectifs décrivant sa relation avec chacun de ses parents puis trouver un souvenir illustrant chaque adjectif. Ensuite l'examineur s'intéresse aux éventuels traumatismes subis (perte, abus...). Enfin le sujet doit s'interroger sur l'évolution de ses relations avec ses figures d'attachement. L'analyse se fait ensuite sur la forme et la structure de la narration et non sur le contenu. Le langage infra-verbal n'est pas pris en compte. Van IJzendoorn a réalisé une méta-analyse démontrant une stabilité de cet outil en ce qui concerne l'évolution de catégories dans le temps de 70 à 90% (Van IJzendoorn, Vereijken et al. 2004).

Les jeux narratifs et le Q-sort

Les jeux narratifs correspondent à des histoires à compléter par le sujet afin d'évaluer ses MIO concernant l'attachement. Il doit ainsi poursuivre des débuts d'histoire qui vont activer les MIO dans des situations de séparation. La session de jeu est enregistrée en vidéo pour permettre un codage systématisé par CCH (cartes pour compléments d'histoires) sur la base du Q-sort. L'Attachment Q-sort, créé par Waters et Deane en 1985 fait parti des trois « gold standards » en ce qui concerne la mesure de l'attachement avec l'AAI et la Situation Etrange (Van IJzendoorn, Vereijken et al. 2004). Il évalue la qualité des comportements de base sécure et de havre de sécurité chez l'enfant. Ce type d'outil habituellement destiné à des enfants plus jeunes peut être utilisé pour des adolescents ayant des difficultés de lecture afin de définir leur style d'attachement.

Le CaMir

Cet auto-questionnaire évalue les représentations d'attachement de l'adolescent. Le sujet est interrogé sur ses relations actuelles avec son système familial et sur ses relations antérieures à ses parents. Cet auto-questionnaire est complémentaire de l'AAI car il évalue les stratégies relationnelles mises en place par le sujet. Il permet de définir le style d'attachement du sujet (Botbol, Cupa et al. 2000).

b) Outils d'évaluation issus du courant psychosocial

- Outil dimensionnel

L'échelle IPPA

Ce questionnaire a été créé par Armsden et Greenberg en 1987. L'IPPA est composé de deux échelles dont les scores sont analysés séparément : l'échelle parentale de 28 items et l'échelle des pairs de 25 items (annexe 2). Dans chaque échelle sont inclus des items correspondant à trois domaines reflétant la qualité de l'attachement : les items autour de la confiance ou le degré de respect et de compréhension mutuels, les items autour de la communication (capacités de verbalisation des problèmes à leur entourage par exemple) et les items autour de l'« *alienation* » qui regroupe le sentiment d'isolement par rapport aux autres et les sentiments de colère de l'adolescent. Chaque item est coté de 1 à 5. L'IPPA a été créée pour évaluer les perceptions de l'adolescent au sujet des dimensions affectives et cognitives de leurs relations à leurs parents et à leurs amis intimes. Elle permet ainsi d'estimer si ces figures peuvent servir de source de sécurité interne (Armsden and Greenberg 1987).

Le PBI (*Parental Bonding Instrument*)

Ce questionnaire auto-descriptif a été créé par Parker en 1979. Il évalue la qualité des soins (sollicitude, rejet) et le soutien à l'autonomie du père et de la mère perçus par l'adolescent. Il

permet ainsi de définir l'attachement envers les parents. L'échelle est composée de 17 items. Son analyse permet de déterminer la qualité de 3 facteurs : l'affection, l'empathie et le rejet. L'attachement à la mère et au père sont évalués séparément. Un score élevé aux deux premiers facteurs (affection, empathie) montre un lien d'attachement de qualité (Parker, Tupling et al. 1979).

L'Attachment Scale

Cette échelle a été conçue par Collins et Read en 1990 (Collins and Read 1990). Elle comporte 18 items autour de différentes dimensions permettant d'évaluer le style d'attachement de l'adolescent : à l'aise avec la proximité et l'intimité, sentiment de pouvoir dépendre de l'autre, anxiété d'être abandonné ou rejeté. Le sujet doit coter les propositions de 1 à 5.

La Security Scale (SS)

La SS a été conçue par Kerns en 1996 (Kerns, Klepac et al. 1996). C'est un auto-questionnaire qui mesure le sentiment de sécurité de l'attachement perçu par le sujet pour une relation privilégiée. Ce questionnaire comporte 15 items portant sur trois aspects : le degré d'écoute et la disponibilité de la figure d'attachement, la tendance du sujet à se reposer dessus en situation de stress et la qualité de la communication (facilité, intérêt). Le sujet doit déterminer à quel point les propositions sont en accord avec cette relation. La moyenne de tous les scores permet de déterminer un score continu de sécurité.

- Outil catégoriel

ASQ (Attachment Style Questionnaire)

L'ASQ correspond au modèle de Hazan et Shaver créé en 1987. Il propose trois paragraphes au sujet décrivant les sentiments et les comportements concernant sa façon de concevoir ses

relations interpersonnelles. Ces trois propositions représentent les trois schémas comportementaux décrits par Ainsworth lors de la Situation Etrange. La personne doit choisir celle qui lui correspond le plus et estimer de 1 à 9 la correspondance de chaque définition avec lui. Cela permet de définir un pattern d'attachement (sécure, évitant ou anxieux) (Hazan and Shaver 1987).

AQ-C (*Attachment questionnaire for Children*)

Ce questionnaire est une version simplifiée du modèle de Hazer et Shave. En 1998, Sharpe a adapté son utilisation afin d'évaluer l'attachement de l'enfant et l'adolescent avec leurs pairs. Trois vignettes sont proposées représentant les trois types d'attachements d'Ainsworth.

A-RSQ (*Adolescent Relationship Scales Questionnaire*)

L'*A-RSQ* a été conçu en 1991, par Bartholomew et Horowitz, pour évaluer le style d'attachement chez l'adolescent. Ils ont conceptualisé un modèle d'attachement en deux dimensions en se basant sur la notion de MIO de Bowlby : le modèle de soi et le modèle des autres dont chacun peut être positif ou négatif. Cela permet ainsi de classer les personnes dans quatre catégories (annexe 3):

- sécure : modèle de soi et des autres positifs,
- préoccupé : modèle de soi négatif et modèle des autres positif,
- craintif : modèle de soi et des autres négatifs,
- détaché : modèle de soi positif et modèle des autres négatif.

L'échelle comporte 17 items qui sont cotés chacun de 1 à 7. Ils permettent de définir la proximité émotionnelle du sujet dans les différents types de relation interpersonnelle (amis, connaissances...). Cette échelle détermine le style d'attachement du sujet selon les quatre catégories de Bartholomew et Horowitz (Bartholomew and Horowitz 1991).

ECR-R (*Experience in Close Relationship Scale*)

L'ECR-R a été conçue par Brennan en 1998 à partir de l'analyse factorielle de plusieurs auto-questionnaires. C'est un auto-questionnaire comportant deux échelles de 18 items chacune. Chaque échelle évalue une dimension : l'une l'anxiété, l'autre l'évitement (Brennan, Clark et al. 1998).

IPR (*Inventory of Parental Representations*)

Cet auto-questionnaire conçu par Hart en 1992, a pour objectif de définir le style d'attachement du sujet. Il comporte deux échelles concernant chacun des deux parents, avec 62 items à coter de 1 à 4. Il évalue plusieurs dimensions en relation avec les styles d'attachement : sécure (relation au moi, individuation), préoccupé (parentalisation, intimité, exigence) ou évitant (hostilité, passivité) (Solow 2004).

3) Place de l'attachement sécure / insécure dans la psychopathologie à l'adolescence

a) L'attachement sécure : facteur de protection

L'attachement sécure serait un facteur de protection contre l'émergence de troubles psychiatriques internalisés et externalisés à l'adolescence (Claes and Lacourse 2001; Sarracino, Presaghi et al. 2011). De nombreuses études montrent un lien significatif entre un attachement sécure et une bonne santé mentale ou un bien être psychologique (Wilkinson and Walford 2001; Nakash-Eisikovits, Dutra et al. 2002; Tambelli, Laghi et al. 2012). Il permet à l'adolescent de construire une image positive de soi et des autres. Il est corrélé positivement avec une bonne estime de soi (Tambelli, Laghi et al. 2012) et avec la confiance dans les parents (Muris, Meesters et al. 2001). De même, le lien est positif avec la réussite scolaire et professionnelle et avec des aptitudes sociales de qualité (valeurs sociales positives, comparaison sociale positive). Le jeune va alors être capable de s'appuyer sur les autres et avoir de meilleures stratégies adaptatives face au stress. Cela explique peut être les raisons

pour lesquelles l'attachement sécure augmente les capacités d'exploration à l'adolescence (Tambelli, Laghi et al. 2012).

Cette flexibilité et cette souplesse dans la relation à l'autre mais aussi dans la relation à ses représentations (MIO) vont contribuer à une plus grande curiosité, à une capacité d'exploration du monde interne et du monde extérieur de façon sécure. L'adolescent peut investir de nouvelles relations en créant des liens authentiques et réussir les défis propres à cette période de vie. Il existe alors une cohésion entre les représentations et le vécu, une cohérence du discours et une souplesse dans le traitement des informations. (Hershenberg, Davila et al. 2011). Aussi, l'activation du système affiliatif est essentielle à l'adolescence, parallèlement au processus d'exploration. L'étude de Tambelli conforte ce lien en démontrant que la sécurité d'attachement aux pairs est un facteur protecteur pour l'ajustement psychologique de l'adolescent et améliore ses capacités d'exploration (Tambelli, Laghi et al. 2012). Selon Bowlby, l'attachement sécure n'exclut pas l'émergence de difficultés psychologiques de type névrotique ou des manifestations d'anxiété ou de dépression. Pour autant, le jeune développera rarement des troubles plus sévères, notamment en ce qui concerne sa personnalité (Wiar 2011).

b) L'attachement insécure : facteur de vulnérabilité

Bowlby a abordé la psychopathologie sur un plan cognitivo-émotionnel. Il définit l'attachement insécure comme un facteur fragilisant les assises narcissiques de l'adolescent. Selon lui, l'insécurité de l'attachement est à l'origine d'un déséquilibre qui pourrait conduire à l'émergence d'un trouble psychopathologique. Il explique la nécessité de prendre en compte la qualité de l'attachement afin d'améliorer la compréhension du trouble psychologique ou psychiatrique présenté par l'adolescent au sein du système dans lequel il se développe. Cela n'exclut pas les aspects multifactoriels du trouble.

- Rôle des interactions précoces

Selon Main (Main 1998), il existe cinq facteurs de risque d'émergence d'un trouble psychiatrique en lien avec l'attachement : l'incapacité à créer un lien d'attachement entre 6 mois et 3 ans, notamment par carence maternelle, la forme « organisée » d'attachement inséculaire (évitant ou anxieux), une séparation majeure ou définitive avec la figure d'attachement, un attachement désorganisé dans un contexte de maltraitance, un attachement désorganisé résultant d'un traumatisme se répercutant dans la transmission transgénérationnelle. De même, les traumatismes dans l'enfance peuvent altérer le lien aux relations précoces. Ils sont souvent associés à l'anxiété, aux troubles de l'humeur, aux troubles de la personnalité, aux troubles dissociatifs. Il s'y associe une pauvreté émotionnelle et/ou une altération du fonctionnement interpersonnel (Wesselmann, Davidson et al. 2012).

Selon Delage, les manifestations psychopathologiques chez l'enfant peuvent être un moyen de réguler les liens inséculaires entre les parents, notamment les troubles comportementaux qui viennent faire tiers dans la relation parentale. Cette hypothèse est reprise chez l'adolescent, notamment en ce qui concerne les TCA (Delage 2008).

- Attachement inséculaire et psychopathologie

L'attachement inséculaire induit un déséquilibre entre l'expression des affects ou des émotions et l'élaboration cognitive. Ce déséquilibre au niveau psychique mais aussi interpersonnel, dans la relation à autrui, peut être à l'origine d'un trouble psychologique. Pour plusieurs auteurs, l'attachement désorganisé représenterait un facteur de vulnérabilité sous-estimé (Dugravier, Saïas et al. 2006). Dans de nombreuses études, l'attachement inséculaire est corrélé positivement avec la détresse psychologique. Ce type d'attachement augmente le risque de troubles externalisés et internalisés (Buist, Deković et al. 2004), dont les troubles anxieux et dépressifs (Muris, Meesters et al. 2001). De même, les études sur les adolescents hospitalisés en psychiatrie montrent une surreprésentation de l'attachement inséculaire et de l'état d'esprit non résolu par rapport à l'attachement dans cette population (Fonagy 2000).

Dans les relations aux pairs, l'adolescent insécure se focalise davantage sur la dynamique de groupe par peur de l'abandon ou du rejet, avec la mise en place selon le style d'attachement des comportements soit d'évitement soit de soumission (Irons and Gilbert 2005). Ces comportements correspondent à des mécanismes de défense liés à une défaillance des capacités adaptatives et des aptitudes sociales liées à l'attachement insécure. L'étude de Roelofs utilise l'IPPA pour évaluer les liens entre la qualité de l'attachement aux parents et aux pairs et les symptômes psychopathologiques chez l'adolescent. Elle met en évidence une corrélation positive entre le manque de confiance dans les parents et la présence de troubles des conduites. Selon cette étude, le manque de confiance dans les pairs favoriserait les troubles de la relationnels avec eux (Roelofs, Onckels et al. 2013). Elle fait également le lien entre l'attachement insécure et la construction de schémas précoces inadaptés (équivalents des MIO). Selon cet auteur, la qualité de l'attachement a un rôle dans l'émergence d'un trouble psychologique à l'adolescence par le biais des schémas précoces. Ces schémas altèrent de façon spécifique certaines capacités de l'adolescence, ce qui expliquerait les différents types de problèmes rencontrés selon le style d'attachement ou de MIO.

4) Spécificités de la psychopathologie selon les types d'attachement

a) Attachement anxieux (insécure préoccupé-ambivalent)

- Aspects descriptifs

L'attachement anxieux a une prévalence d'environ 10% en population générale (Bakermans-Kranenburg and van IJzendoorn 2009). Il se manifeste par un déséquilibre dans l'investissement des affects et des capacités cognitives de l'adolescent en faveur des affects. L'hypervigilance dans la relation traduit une peur d'être abandonné ou rejeté. Parallèlement il existe souvent une hyperactivation des affects négatifs.

Concernant ses représentations de lui-même, l'adolescent peut proposer des qualificatifs négatifs pour se définir, mais il est en difficulté pour proposer des termes le valorisant. Il a tendance à mettre en doute ses compétences propres. Cela entretient une image de soi négative et une faible confiance en soi. Cette vision auto dépréciative majore le sentiment de

dépendance à l'autre mais peut aussi représenter un mode d'entrée en communication avec les autres et un moyen de réguler ses affects. Il oscille entre des positions de prise de contrôle et de soumission à l'autre. Il peut exister une inversion des rôles avec les parents ou des limites transgénérationnelles floues. L'adolescent est alors dans le contrôle des comportements, des émotions et de l'attention de ses parents et il est en difficulté lors des situations de négociation. Les émotions sont souvent de forte intensité à l'origine de débordements émotionnels, comme des colères excessives et inadaptées.

L'adolescent anxieux adopte donc des stratégies relationnelles qui visent à maximiser les besoins d'attachement. Il est aux prises avec la peur d'être abandonné ou d'être rejeté (Mikulincer and Shaver 2012). L'hyperactivation continue du système d'attachement a un objectif de réassurance de la permanence du lien à l'autre mais elle altère ses capacités d'exploration. Elle peut être à l'origine d'angoisses de séparation avec une difficulté à quitter le domicile. L'adolescent sollicite des besoins de réassurance physique conséquents entravant le processus de séparation individuation. Ces différents aspects le mettent donc en difficulté pour l'acquisition de son autonomie, dans un déséquilibre entre l'hyperactivation de son système d'attachement et l'inhibition de son système exploratoire. Les systèmes affiliatifs et sexuels sont eux aussi inhibés. L'adolescent d'attachement anxieux présente des aptitudes sociales et un investissement dans les relations amoureuses limités. Paradoxalement, il peut être dans le collage lorsqu'un de ses pairs a été investi. Les périodes de changement représentent une période de fragilité et de vulnérabilité du fait de capacités adaptatives moins flexibles (Kobak and Madsen 2011).

Lors de la passation de l'AAI, le discours est confus, rendant une image incohérente du passé sur le plan des expériences relationnelles. Le récit est fourni mais souvent digressif, car l'adolescent a des difficultés à se focaliser sur les questions posées. L'adolescent peut manifester des débordements émotionnels en lien avec les souvenirs qu'il évoque.

- Traduction psychopathologique

Le trouble de l'attachement de type anxieux fragilise les acquisitions dans le registre narcissique (autonomie, identité). En effet, cette stratégie d'adaptation face au sentiment d'insécurité rend l'adolescent dépendant de l'autre par l'hyperactivation de son système d'attachement. L'image de soi est altérée et l'adolescent est envahi par les émotions liées au sentiment d'insécurité associé à l'attachement. De ce fait, il reste peu disponible pour s'ouvrir à de nouvelles expériences, ce qui rend difficile l'acquisition de l'autonomie.

Sur le plan psychopathologique, ce type d'attachement peut être un facteur favorisant l'émergence de troubles psychiatriques dits « internalisés » (Pionnié and Atger 2003). Cela regroupe la pathologie hystérique, la pathologie narcissique, la pathologie limite ou borderline (Patrick, Hobson et al. 1994), le trouble dépressif et/ou anxieux comme la phobie scolaire et le TCA de type boulimie (Duclos, Cook-Darzens et al. 2012).

L'étude de Nakash-Eisikovits montre une corrélation positive entre attachement anxieux et attitude de retrait ou comportement introverti (Nakash-Eisikovits, Dutra et al. 2002). Selon cette étude, cela favoriserait les troubles dits internalisés. L'étude de Muris réalisée sur une population de 155 adolescents de 12 à 14 ans démontre un lien significatif entre le degré de dépression et d'anxiété chez l'adolescent insécure de type anxieux. Cela est corrélé au niveau de l'IPPA à un faible score de confiance et de communication avec les parents et un fort taux d'éloignement/isolement (Muris, Meesters et al. 2001).

L'hyperactivation du système d'attachement expose l'adolescent à une grande sensibilité face à l'environnement social. Ainsi, lorsque l'environnement est confus ou lors de périodes de transition, un trouble psychiatrique risque d'émerger. La symptomatologie sera essentiellement internalisée comme la dépression, les idéations suicidaires ou encore l'anxiété. Il traduit le manque de ressources adaptatives de l'adolescent face au changement. Si l'environnement est indisponible ou le comportement ne provoque pas de réaction dans l'entourage, le trouble peut évoluer vers des symptômes dits externalisés comme l'abus de substance ou la délinquance.

b) Attachement évitant (inséculaire détaché)

- Aspects descriptifs

Les adolescents ayant un trouble de l'attachement de type évitant ont tendance à contrôler voir réprimer leurs affects. La prévalence est de 15% en population générale (Bakermans-Kranenburg and van IJzendoorn 2009). Dans ce type d'attachement inséculaire, il existe un clivage entre les cognitions et les émotions, à travers le plus souvent un mécanisme d'exclusion défensive. L'adolescent maintient à distance les processus de mentalisation de ses émotions et ses affects, en s'appuyant sur une rationalisation excessive et un mode de pensée opératoire. L'encodage mnésique des expériences vécues est altéré par l'absence de co-construction avec les figures d'attachement depuis l'enfance. Cela induit des difficultés pour réguler les états émotionnels par des stratégies représentationnelles stables et réutilisables. Ce clivage va générer des émotions dissociées et un effondrement des stratégies de défense liés à l'insécurité psychologique et l'absence de régulation des affects. Il est à l'origine d'une hypervalorisation défensive, tentant de préserver à tout prix une image de soi positive. Le leitmotiv est alors qu'il est préférable de s'en sortir uniquement par soi-même et de se montrer fort et sûr de soi pour être accepté par les autres.

L'adolescent évitant adopte donc des stratégies relationnelles qui visent à minimiser les besoins d'attachement. L'évitement et l'indépendance recherchés correspondent à des tentatives de solution face à la peur de l'intimité et de ses conséquences (perte du contrôle, exposition affective) (Mikulincer and Shaver 2012). Ces stratégies de diversion en lien avec l'attachement sont responsables d'une altération du fonctionnement social. Dans les relations aux pairs, l'adolescent évitant aura tendance à se montrer hostile ou fier, restant à distance de l'autre (Irons and Gilbert 2005). Ses compétences sociales sont ainsi limitées par la répression des affects. Cette modalité de fonctionnement peut être protectrice dans un système familial de haute intensité émotionnelle. Les difficultés surgissent lorsque l'adolescent ne peut pas quitter ce fonctionnement dans sa relation avec autrui.

Lors de la passation de l'AAI, l'accès aux souvenirs est essentiellement factuel. L'adolescent exprime avec difficulté les émotions associées aux événements de vie passés avec des représentations abstraites des relations aux parents. Il existe une incohérence entre la description très positive de ses parents et l'impossibilité de l'illustrer par des souvenirs précis. Cela montre tout l'intérêt de la prise en charge familiale dans ce type de trouble pour remettre du lien interpersonnel et interpsychique.

- Traduction psychopathologique

L'attachement évitant induit essentiellement des troubles psychiatriques de type « externalisés » (Pionnié and Atger 2003). Cela regroupe la personnalité antisociale et les troubles des conduites, le TCA type restrictif (anorexie), les abus de substance, les formes hostiles de dépression et les conduites suicidaires, ainsi que certains troubles anxieux (Muris, Meesters et al. 2001).

Cela révèle des stratégies adaptatives de fuite et d'évitement face à la souffrance, vers une expression externe du trouble. L'adolescent peut être dans l'affrontement vis-à-vis de l'autre ou de l'environnement, mais aussi dans l'attaque de son propre corps. Pour autant le vécu de souffrance ne va pas être internalisé. L'exclusion défensive sert de rempart face à l'internalisation de la souffrance vécue. Bowlby a décrit une évolution de l'adolescent évitant à l'âge adulte s'orientant soit vers des troubles du comportement relationnel pouvant aller jusqu'à la personnalité antisociale soit vers un autre extrême de « caregiver compulsif », c'est-à-dire de prendre soin des autres sans s'occuper de soi. Ces deux fonctionnements bien que contradictoires dans le rapport à l'autre ont en commun un évitement de ses propres affects et émotions. L'autre est considéré comme une surface projective. La relation reste factuelle sans authenticité, ni intimité possible (Bowlby 1978).

Delage fait le lien entre le comportement évitant et l'alexithymie (Delage 2005). Cette incapacité à exprimer ses émotions par les mots représenterait pour lui un risque de dépendance. Les conduites addictives par exemple pourraient être un moyen d'expression de la souffrance non verbalisable par le langage. Elles peuvent aussi servir de surface de

projection des angoisses. L'adolescent évitant aura ainsi tendance à minimiser ses consommations de substance ou ses comportements inadaptés. Keskin en 2010 a réalisé une étude sur 384 adolescents pour démontrer une corrélation entre le style d'attachement et les difficultés à l'adolescence. Il met en évidence une augmentation du risque de trouble émotionnel si l'adolescent présente un attachement, avec des comportements d'hyperactivité ou d'inattention (Keskin and Cam 2010).

Concernant ces deux types d'attachement insécure anxieux et évitant, l'hypo ou l'hyperactivation du lien d'attachement correspond à des stratégies adaptatives en rapport avec les figures d'attachement primaire. Le système d'attachement demeure fonctionnel et l'évolution de l'état d'esprit face à l'attachement peut évoluer favorablement par le biais des facteurs environnementaux et interactionnels lors du développement de l'individu. Cette évolution positive est plus difficile en ce qui concerne l'attachement insécure désorganisé.

c) Attachement désorganisé (non résolu)

- Aspects descriptifs

L'attachement désorganisé a une prévalence d'environ 8% en population générale (Bakermans-Kranenburg and van IJzendoorn 2009). Il se traduit par une absence de modèles stables de relation à soi et aux autres, suite à un échec de mise en place des stratégies organisées sur lesquelles l'enfant pourrait s'appuyer de façon prévisible pour obtenir une réponse à ses besoins d'attachement. Il existe alors un réel traumatisme de l'attachement. A l'adolescence, le jeune va osciller entre une recherche intense de proximité et une tentative de rupture des liens par une alternance entre l'hyperactivation et l'hypoactivation de son système d'attachement. Il présente une très faible estime de soi.

Au niveau des MIO, l'individu désorganisé contrairement aux autres types d'attachement intégrerait dans l'enfance un agrégat de représentations multiples et incompatibles, appelé modèle multiple (Bowlby 1973). Il ne peut donc pas construire de modèle unitaire et cohérent. Cet agrégat de représentations incohérentes altère le développement métacognitif de l'individu (Main and Hesse 1990). L'assimilation des expériences traumatiques ne peut se

faire en l'absence de significations structurantes. La personne est alors plus vulnérable aux traumatismes ultérieurs qui risquent de réactiver la multiplicité des représentations ainsi qu'au développement d'une psychopathologie. Cela explique l'émergence d'une symptomatologie dissociative lorsqu'il se retrouve confronté à des événements stressants, car ce type d'attachement limite les capacités adaptatives de l'adolescent face au stress et au ressenti émotionnel. Cela peut se majorer par l'inversion des rôles avec le parent. L'adolescent devient contrôlant afin de maintenir la proximité avec sa figure d'attachement. Cependant, il agit en suivant le fonctionnement de celui-ci et au détriment de ses propres besoins. Cette structuration de la relation risque de représenter une entrave au processus de séparation individuation.

Ainsi l'adolescent désorganisé présente une plus grande fragilité aux événements de vie négatifs. Pour autant, bien que le traumatisme puisse être considéré comme un facteur de perturbation plus important chez l'adolescent désorganisé, il faut noter que le traumatisme est aussi un facteur de risque de désorganisation du système d'attachement. Lors de la passation de l'AAI, l'adolescent présente un discours désorganisé dans sa forme et son contenu lorsqu'il évoque les traumatismes antérieurs comme une séparation, une perte ou un abus.

- Hypothèses sur la transmission transgénérationnelle

Selon Guédeney N., il existerait deux facteurs de risque parentaux prédictifs à l'AAI d'un attachement désorganisé chez l'enfant (Guédeney, Tereno et al. 2012). Le premier correspondrait à un traumatisme irrésolu de l'attachement chez le parent et le deuxième à un état d'esprit du parent de type « impuissant/hostile ». Dans le premier cas, le parent présente un discours décousu ou incohérent quant au traumatisme vécu. Lorsqu'il rentre en interaction avec son enfant celui-ci va alors jouer le rôle de « stresseur », réactivant le traumatisme. Cela va engendrer chez le parent des mécanismes de défenses primitifs (fuite, attaque, figement, dissociation). L'enfant ne pourra pas se baser sur des réactions stables de son parent lors de l'activation de son système d'attachement. Cette absence de stabilité dans le temps est à l'origine d'un attachement désorganisé. Ce type de transmission se nomme « mécanisme dissociatif de la transmission de l'attachement désorganisé ». Ces états dissociatifs seraient engendrés par la multiplicité des MIO internalisés chez l'adolescent désorganisé.

Sándor Ferenczi en 1932, prend l'exemple de l'« identification à l'agresseur » pour expliquer la notion de traumatisme irrésolu de l'attachement chez le parent. Elle explique que le parent qui a vécu lui-même des scènes traumatiques enfant sans pouvoir les verbaliser va utiliser comme mécanisme de survie psychique l'identification pathologique à son agresseur (Bertrand and Bourdellon 2009). Ce concept est repris par Fraiberg pour expliquer certains comportements du caregiver, conséquence de la transmission transgénérationnelle d'un traumatisme non-résolu. Elle démontre en observant les troubles des interactions précoces mère-enfant que l'existence de souvenirs de scènes traumatiques, sans pouvoir y associer les affects ressentis (honte, anxiété, terreur...) peut induire un attachement désorganisé chez l'enfant. Elle nomme cela la résurgence de « fantômes dans la chambre » de l'enfant (Fraiberg, Adelson et al. 1975).

Le deuxième facteur de risque est lié à l'état d'esprit du parent de type « impuissant/hostile » décrit par Lyons-Ruth (Lyons-Ruth 2005). Il est à l'origine d'une absence de régulation du caregiver induisant une confusion des rôles, des erreurs émotionnelles ou encore des comportements paradoxaux de retrait ou d'intrusion. Ce type de transmission correspond à une « rupture de la communication émotionnelle du parent ». Le parent est alors dans l'incapacité de moduler l'anxiété de l'enfant dans un dialogue ouvert et source d'apaisement. Les symptômes dissociatifs présentés par l'adolescent reproduisent l'absence de dialogue cohérent lors des premières interactions.

- Traduction psychopathologique

L'attachement désorganisé est décrit comme un facteur de risque de trouble psychiatrique. Les risques psychopathologiques liés à l'attachement désorganisé sont multiples et moins différenciés que dans les autres types d'attachement insécure. Dans les études, il existe une corrélation positive entre trouble de l'attachement désorganisé et troubles internalisés et/ou externalisés.

Brumariu et Lyons-Ruth démontrent que les adolescents présentant un attachement désorganisé ont un taux plus élevé de troubles anxieux ou de troubles psychiatriques de l'axe I

du DSM IV et montrent davantage de relations aux pairs dysfonctionnelles (Brumariu, Obsuth et al. 2013). De même, l'étude de Carlson en 1995 réalisée sur une population d'adolescents de 17 ans met en évidence une plus grande sévérité des indices de psychopathologie chez les jeunes qui ont présenté un attachement désorganisé avec leur mère pendant l'enfance, avec un risque d'émergence de comportements dissociatifs dans l'enfance et à l'adolescence (Carlson and Sroufe 1995). Dans une autre étude comparant le style d'attachement entre 82 patients hospitalisés en psychiatrie et 85 sujets témoins, les résultats montrent une prévalence de l'attachement désorganisé dans la population hospitalisée de 76 % versus 7% pour le groupe contrôle, l'attachement désorganisé ayant une prévalence de 8% en population générale (Fonagy, Leigh et al. 1996).

L'agir

Les manifestations psychopathologiques s'expriment souvent par l'agir avec des troubles des conduites avec abus de substance, des comportements ordaliques, une impulsivité et une augmentation du risque de passage à l'acte. En effet, l'adolescent désorganisé ne va pas pouvoir partager avec ses figures d'attachement son vécu face aux changements que ce soit sur le plan intrapsychique mais aussi dans l'interaction avec l'autre ou l'environnement. Il ne peut alors pas appréhender les situations de stress de façon sécurisée devant l'absence de sécurité interne et externe. L'absence de régulation des figures d'attachements et l'impulsivité liée à l'attachement insécure représentent un facteur de vulnérabilité d'émergence de troubles des conduites et de passages à l'acte auto-agressif (Sroufe 2005).

Les troubles de la personnalité

L'étude de Nakash-Eisikovits montre une corrélation positive entre l'attachement désorganisé et les formes multiples de trouble de la personnalité (Nakash-Eisikovits, Dutra et al. 2002). Lyons Ruth précise dans une étude longitudinale portant sur 50 adolescents qu'il existe une relation entre les troubles des interactions précoces et l'émergence d'un trouble limite à l'adolescence. Le retrait maternel précoce constituerait un facteur de risque de constitution d'un état limite à l'adolescence (Lyons-Ruth 2005). L'étude de Chabrol et Séjourné

(Séjourné, van Leeuwen et al. 2009) a évalué la fréquence des traits limites et dépressifs chez un échantillon de 615 lycéens (de 14 à 21 ans) ainsi que la contribution de la symptomatologie dépressive, du lien d'attachement aux parents et de l'impact négatif des évènements de vie au syndrome limite. Les résultats ont montré un lien significatif entre l'attachement inséure, l'impact des évènements de vie et la présence d'une symptomatologie dépressive. Ces résultats ont aussi montré un lien significatif entre symptomatologie dépressive et syndrome limite. La symptomatologie dépressive aurait un rôle de médiateur partiel entre attachement désorganisé et syndrome borderline.

Tableau I : Tableau récapitulatif des liens entre attachement et psychopathologie

Type d'attachement inséure	Prévalence	Représentations de soi et de l'autre (MIO)	Comportements adaptatifs face au stress	Principaux risques psychopathologiques
Attachement évitant - détaché	15%	Hypervalorisation défensive, Mise à distance de l'autre, Manque de compétences sociales.	Hypoactivation du système d'attachement, Exclusion défensive, Rationalisation, Rigidité dans la régulation des affects et des émotions, Stratégie de fuite.	Troubles externalisés - trouble de la personnalité type antisociale, - formes hostiles de dépressions et conduites suicidaire, - conduites addictives, - TCA type anorexie

Attachement anxieux - préoccupé	10%	Image de soi négative (autoentretenue dans la relation à l'autre), Manque de confiance en soi, Hypervigilance dans la relation (peur de l'abandon), Compétences sociales limitées.	Hyperactivation du système d'attachement Débordements des affects et des émotions, Stratégie de recherche de réconfort et de réassurance chez l'autre.	Troubles internalisés - Trouble de la personnalité type histrionique, narcissique, borderline, - Trouble anxiodépressif, - TCA type boulimie.
Attachement désorganisé	8%	Très faible estime de soi, Absence de modèles de relation à soi et aux autres stables, Oscillation entre recherche intense de proximité et tentative de rupture des liens.	Alternance d'hypo et d'hyperactivation du système d'attachement de façon inadaptée, Désorganisation des affects, discours incohérent, Exclusion défensive, Dissociation.	Trouble mixte - Etat limite - Trouble des conduites (abus de substance, comportement à risque) - Mauvaise adaptation au stress

5) Spécificités de l'attachement selon les pathologies psychiatriques

a) Troubles du comportement internalisés

- La dépression

A l'adolescence, l'individu a besoin de se confronter à des situations de négociation avec ses parents afin d'acquérir progressivement une autonomie. Cela nécessite le maintien d'une proximité et d'une intimité suffisante à assurer un sentiment de sécurité interne chez l'adolescent. Au moment de l'adolescence, les rapports parents-enfant sont essentiellement centrés sur le langage qui permet l'expression des émotions négatives. Le dialogue est alors un élément essentiel de la sécurité de l'adolescent. Selon la théorie de l'attachement, la dépression ferait suite à un échec dans la réalisation de ces négociations par défaut de sécurité interne (Kobak and Madsen 2011).

L'attachement insécure induit chez l'adolescent des difficultés à pouvoir s'appuyer efficacement sur ses ressources internes et verbaliser ses ressentis émotionnels. L'attachement anxieux génère chez l'adolescent des représentations de soi négatives à l'origine d'une faible confiance en soi et d'une mauvaise estime de soi qui altèrent ses capacités de verbalisation. Or, l'estime de soi représente une composante essentielle dans la genèse de la dépression (Pionnié and Atger 2003). De plus, la peur de l'abandon propre à l'attachement anxieux empêche celui-ci de pouvoir verbaliser sa colère ou sa tristesse à ses parents de peur d'être rejeté, ce qui majore le mal être. Les comportements suicidaires correspondraient à des comportements extrêmes d'attachement, comme réponse à une incapacité à atteindre un sentiment de sécurité suffisant.

Le PBI met en évidence une combinaison de deux éléments qui prédisposent à la dépression névrotique : la présence d'éléments carenciels et la surprotection parentale. Il existe une corrélation significative entre la sollicitude et le rejet parental et l'ajustement psychologique à l'adolescence (Picard 2007). Une étude réalisée par Hammen met en évidence des relations moyennement à gravement perturbées entre les jeunes déprimés et leurs parents dans 67% des cas (Hammen, Rudolph et al. 1999).

- Les troubles anxieux

Bowlby fait le parallèle entre l'agoraphobie chez l'adulte et la phobie scolaire chez l'enfant. Pour lui, ces deux manifestations correspondraient à une forme d'anxiété de séparation liée à l'attachement insécuré. L'étude de Muris valide cette hypothèse. Elle met en évidence un lien significatif entre le degré de dépression et d'anxiété chez l'adolescent insécuré de type anxieux et évitant. Ce lien est plus faible pour l'attachement évitant (Muris, Meesters et al. 2001). Il trouverait sa source dans l'utilisation du mécanisme d'exclusion défensive souvent actif dans les stratégies adaptatives secondaires de type évitantes.

L'attachement insécuré est à l'origine d'une problématique de séparation fréquente dans les phobies scolaires ou les refus scolaire anxieux. L'enfant réagit aux difficultés de gestion émotionnelle du parent par une répression de ses affects, surinvestissant la sphère cognitive. Lorsque la figure d'attachement est mise à mal par le processus de séparation, cela peut créer des réactions de surprotection et de surinvestissement de l'enfant-objet entraînant des difficultés pour celui-ci à développer ses capacités d'exploration et induisant des réactions anxiogènes face à la nouveauté. Cela est fréquemment retrouvé lors du passage en 6^e où il existe une conjonction entre insécurité face à la nouveauté et le début de l'adolescence. L'émergence du refus scolaire anxieux à l'adolescence reste multifactorielle. Elle associe l'attachement insécuré, le tempérament de l'individu (personnalité anxieuse) et le contexte environnemental.

- La personnalité borderline ou état limite

De nombreuses études ont été faites sur le lien entre les troubles de l'attachement et les personnalités borderline à l'adolescence (Lyons-Ruth 2005; Frottin, Filipovic et al. 2007). A cette période, il reste préférable de parler de syndrome limite ou fonctionnement borderline plutôt que de personnalité. En effet, les patients présentant ce type de symptômes à l'adolescence n'évoluent pas systématiquement vers un trouble de la personnalité borderline à l'âge adulte. Cela augmente le risque de troubles mentaux majeurs et d'idéations ou de tentatives de suicide au début de l'âge adulte (Séjourné, van Leeuwen et al. 2009). L'étude de Nakash-Eisikovits montre une corrélation négative entre attachement sécuré et trouble de la

personnalité mais infirme l'existence d'un lien significatif entre trouble évitant et trouble de la personnalité (Nakash-Eisikovits, Dutra et al. 2002).

Le syndrome limite comme révélateur de la détresse de l'adolescent

Le syndrome limite est considéré comme un indicateur de détresse et de dysfonctionnement développemental de l'adolescent. Certaines études mettent en évidence la présence de 85% de dépression majeure parmi les adolescents limites (Chabrol, Montovany et al. 2001) et une corrélation significative entre la symptomatologie dépressive et le syndrome limite. Le syndrome limite agirait comme moyen défensif luttant contre la dépression. La dépression agirait comme un catalyseur entre l'attachement insécure et les événements de vie négatifs d'un côté et de l'autre le syndrome limite. L'absence de prise en charge de la dépression favoriserait l'évolution vers le syndrome limite, comme un réaménagement psychique et interrelationnel de l'individu face à l'adversité. Cela montre l'intérêt d'un dépistage et d'une prise en charge précoce des troubles de l'attachement et des traumatismes ou expériences négatives afin de limiter l'émergence d'un syndrome limite ou d'un trouble dépressif (Séjourné, van Leeuwen et al. 2009).

Le rôle du système familial dans l'émergence du trouble

Concernant l'environnement de l'adolescent limite hospitalisé, il est décrit un système familial chaotique, incohérent et traumatique. L'adolescent a souvent été confronté à des traumatismes psychiques ou physiques répétés dans l'enfance et des perturbations graves de la relation parent-enfant (Séjourné, van Leeuwen et al. 2009). Concernant les problématiques d'abus, plusieurs comportements parentaux peuvent être à l'origine d'un dysfonctionnement du système. Les parents évitants vont être dans le déni ou vont minimiser les faits, l'enfant se trouvera alors clivé entre son vécu et le discours parental. Cela comporte un risque d'émergence d'un syndrome dissociatif par défaut d'intégration ou de syndrome limite par clivage. Dans ce contexte, l'exclusion défensive a un rôle protecteur. Elle peut évoluer ensuite vers des troubles pathologiques. Les parents préoccupés peuvent se retrouver dans l'incapacité de protéger leur enfant, majorant le vécu d'insécurité de celui-ci.

Les parents présentant un attachement désorganisé répètent souvent l'histoire transgénérationnelle. La négligence émotionnelle parentale (dénier des pensées et émotions de l'enfant, absence de relation affective authentique) serait présente chez 92% des adolescents limites. Aussi, 60% des adolescents limites seraient placés dans un rôle parental dans l'enfance (Declercq and Nicolis 2010). L'existence d'une psychopathologie biparentale ou le deuil d'une figure d'attachement dans les deux ans qui entourent la naissance représentent aussi des facteurs de risque de syndrome limite à l'adolescence.

Les dysfonctionnements participant à l'émergence d'un syndrome limite

Selon Fonagy, suite aux carences parentales, l'adolescent inhiberait sa fonction réflexive ou serait en incapacité de mentaliser. Cela le rendrait vulnérable au syndrome limite. Le manque de soutien parental et de support de projection notamment pendant l'enfance induirait alors des modalités de relation à l'objet qui resteraient archaïques ou primitives. Elles seraient propices au développement de mécanismes de défense de type clivage, identification projective ou idéalisation. Pour autant, d'après Levy (Levy, Blatt et al. 1998), les manifestations psychopathologiques du syndrome limite vont être fonction du type d'attachement aux parents, en général préoccupé ou désorganisé.

Frottin conforte cette hypothèse par une étude évaluant le style d'attachement d'une population de 11 adolescents présentant un état limite. Dans cette population, 4 adolescents ont un attachement évitant, 5 un attachement ambivalent et 2 un attachement désorganisé. Cette évaluation du style d'attachement et des représentations associées permet de réinterroger les organisations psychopathologiques regroupées habituellement dans une même catégorie. Elle démontre ainsi l'intérêt de tenir compte du style d'attachement dans la prise en charge des patients (Frottin, Filipovic et al. 2007), cette lecture venant compléter la réflexion psychopathologique habituelle. En effet, la définition de l'état limite selon le DSM IV (APA 1994) est très évocatrice des troubles de l'attachement insécure et des conséquences chez l'individu avec certains symptômes contradictoires qui pourraient être expliqués par la spécificité des différents patterns d'attachement. L'adolescent borderline présentant un attachement désorganisé se retrouve clivé entre le désir de rapprochement et celui d'évitement de la relation de peur d'être abandonné. Cela nécessitera une modulation de la prise en charge.

b) Les troubles du comportement externalisés

- Les troubles du comportement alimentaire (TCA)

Les TCA émergent très souvent au moment de l'adolescence, notamment chez la jeune fille. Ils sont à la convergence de plusieurs facteurs bio-psycho-socio-comportementaux dont la qualité d'attachement primaire aux parents. La régulation émotionnelle en corrélation avec cette qualité du lien va aussi avoir un rôle important dans l'émergence du trouble.

Lien entre TCA et trouble de l'attachement

Selon Atger et Corcos, l'incidence de l'attachement de type insécure est élevée dans les TCA (Atger, Corcos et al. 2001; Zachrisson and Skarderud 2010). L'étude de Mayer confirme que les TCA sont significativement corrélés à l'attachement insécure et démontre que cette relation entre les deux est médiée par l'existence d'une estime de soi négative et d'une symptomatologie dépressive (Muris, Meesters et al. 2001). Les TCA de type anorexie seraient plus souvent retrouvés chez les adolescents de type évitant tandis que les TCA de type boulimie seraient plus fréquents chez les adolescents de type anxieux (Candelori and Ciocca 1998). Les adolescents évitants ont un fonctionnement qui tend à minimiser leur détresse avec un évitement des affects, une rationalisation et un hypercontrôle. Ces symptômes sont retrouvés dans l'anorexie. Ce type de TCA regroupe un ensemble de symptômes associant un comportement restrictif, un hyperinvestissement de la sphère intellectuelle au détriment des affects et un besoin de maîtrise cognitive de sa vie. Les adolescents anxieux ont tendance à majorer leur détresse et à être dans le débordement émotionnel et affectif, ce qui rappelle les pertes de contrôle lors des accès répétés d'hyperphagie dans la pathologie boulimique.

Pour autant, certaines études modulent ces résultats. Par exemple, l'étude de Duclos réalisée en 2009 a pour objectif de comparer la qualité de l'attachement chez des adolescentes présentant un TCA et une population témoin, à partir de l'IPR. Cette étude a mis en évidence une prévalence de l'attachement sécurisé pour l'ensemble de la cohorte, mais une plus grande

proportion d'attachement insécure envers la figure paternelle dans le groupe clinique (Duclos, Cook-Darzens et al. 2012). Cette évaluation de l'attachement a été réalisée après le début de la prise en charge de ces patientes. Elle questionne l'évolution de l'attachement chez les patients suivis pour un trouble psychiatrique ainsi que l'intérêt d'une évaluation en début et en fin de prise en charge. De plus, ces résultats ont permis d'adapter la prise en charge des adolescentes présentant un TCA selon la qualité de l'attachement envers les figures parentales. Dans cette étude, les adolescentes préoccupées semblent présenter une meilleure adhésion aux soins comparativement aux personnes évitantes. La puissance de cette étude est limitée par l'échantillon de petite taille.

Le rôle des TCA dans le lien parent enfant à l'adolescence

Les TCA peuvent représenter une modalité de régulation de l'équilibre psychique du sujet face aux menaces de perte liées au processus de séparation individuation. Lorsque les moyens habituels de régulation des émotions (ressources internes et étayages par les objets externes) sont débordés, les comportements alimentaires font fonction de stratégie d'adaptation de l'individu. Ils sont aussi un moyen de contrôler l'environnement. Par exemple, les comportements anorexiques peuvent permettre de porter l'attention de l'autre mais aussi de soi loin du sentiment de détresse présent. Les études montrent aussi un haut niveau d'idéalisation parentale et un faible score de fonction réflexive.

Les recherches concernant les liens entre l'attachement et les TCA sont encore à leur début et aucun lien de causalité direct n'a pu être défini. Il existerait une surreprésentation d'histoire traumatique familiale, notamment de pertes non résolues chez la mère ou des conflits familiaux et des non-dits dans les générations précédentes (Ringer and Crittenden 2007). L'émergence de ce type de trouble reste multifactorielle. Une étude réalisée en 2004 apporte une perspective interdimensionnelle aux TCA. Elle démontre l'existence d'une corrélation significative entre l'attachement anxieux, le perfectionnisme et les troubles alimentaires de type hyperphagie. Ce lien est aussi démontré pour l'attachement évitant mais de façon spécifique avec la mère pour le perfectionnisme personnel et de façon spécifique avec le père pour le perfectionnisme social et les comportements boulimiques. Cette étude confirme

l'intérêt d'évaluer la qualité de l'attachement à chaque parent de manière indépendante (Tangney, Baumeister et al. 2004).

- Les troubles du comportement et les conduites addictives

Lien entre trouble du comportement et trouble de l'attachement

L'étude de Claes en 2001 porte sur le lien entre l'attachement parental et les pratiques parentales (variables de supervision et de conflits). L'attachement entre les parents et leur enfant a été évalué avec le PBI. Les résultats mettent en évidence un lien entre un attachement de faible qualité et la présence de conflits entre les parents et l'adolescent, ainsi qu'un risque accru de comportements déviants et de conduites addictives avec des consommations importantes (alcool et drogues). L'attachement de qualité est corrélé positivement à la supervision parentale et représente un facteur de protection face aux comportements déviants (Claes and Lacourse 2001).

L'étude de Zaremba sur une population de jeunes délinquants sexuels fait l'hypothèse que le trouble de la régulation des affects agirait comme médiateur entre attachement insécure et trouble du comportement externalisé (Zaremba and Keiley 2011). Selon l'étude de Gresham, il existerait un lien entre la mauvaise qualité de l'attachement aux parents et une mauvaise adaptation émotionnelle (Gresham and Gullone 2012). Cette étude utilise l'IPPA et montre de manière significative un score élevé d'éloignement/sentiment de colère et un score faible de communication dans l'attachement insécure. Keskin ajoute que la présence d'un attachement anxieux ou évitant augmente le risque de trouble émotionnel, avec pour le trouble évitant des comportements d'hyperactivité ou d'inattention.

Facteurs prédisposant à des conduites addictives chez l'adolescent

Les conduites addictives interviendraient comme une « automédication » de l'adolescent face à sa détresse émotionnelle lorsque ses capacités adaptatives sont dépassées et que le caregiver n'offre pas le réconfort nécessaire. L'adolescent tente alors de gérer son instabilité

émotionnelle et son manque de contrôle de la situation en investissant un objet externe de réassurance.

L'addiction représenterait aussi une protection contre l'angoisse de perte et de séparation, propres au processus adolescent. Les conduites addictives permettent au jeune de préserver l'illusion de l'absence du manque. De façon paradoxale mais complémentaire, elles correspondent à une tentative de réaménagement de la dépendance affective perçue comme une menace pour son identité. Il existe donc une dysrégulation générale intégrant le comportement, les cognitions et les affects.

Les facteurs de risque psychologiques d'abus de substance seraient : une faible estime de soi, la timidité, des réactions émotionnelles excessives, l'alexithymie, des difficultés à faire face aux événements de vie négatifs, des difficultés à entretenir des relations stables ou à résoudre des problèmes interpersonnels et l'existence d'un événement de vie traumatique. Cette énumération n'est pas sans rappeler le fonctionnement de l'adolescent présentant un attachement insécurité évitant (troubles relationnels, répression des émotions et des affects, capacités adaptatives rapidement dépassées, stratégie de fuite) ou un attachement désorganisé (relations instables, réactions émotionnelles excessives, trouble de la communication, faible estime de soi, événement de vie traumatique...) (Chakroun, Doron et al. 2003).

Etiopathogénie des troubles du comportement

Les troubles du comportement de l'adolescent sont à la convergence de plusieurs facteurs étiopathogéniques : la non conflictualisation des difficultés rencontrées et de leur représentation intrapsychique, une mise en acte des tensions non-régulables dans la sphère intrapsychique de l'adolescent et insuffisamment contenues par le système familial (tentative de régulation afin de préserver un équilibre psychique) et des difficultés dans le processus de séparation-individuation (Courtois and Mertens de Wilmars 2008). Lorsque le fonctionnement intrapsychique de l'adolescent et le système familial sont défailants, les troubles du comportement représentent alors une stratégie dont l'objectif est de reprendre le contrôle sur

son vécu intrapsychique, comme un débordement émotionnel, ou sur son environnement face à une situation de stress.

Ainsi, l'adolescent insécuré va tenter de réguler le sentiment d'insécurité latent de façon instrumentale et non objectale comme dans l'attachement sécuritaire. Cela peut se caractériser par des scarifications ou par d'autres passages à l'acte auto ou hétéro-agressif, par des crises clastiques, par un hyperinvestissement d'une relation amoureuse ou encore par un abus de substance. Les attachements de type évitant ou désorganisé prédominent en ce qui concerne les troubles du comportement, en particulier de nature antisociale, criminelle ou addictive. Le déficit de régulation émotionnelle, l'impulsivité, les capacités d'empathie altérées et les mauvaises aptitudes sociales présentes dans ces attachements insécurés majoreraient le risque de développer ce type de trouble.

L'alexithymie quant à elle favoriserait les conduites addictives qui elles-mêmes renforceraient ce type de mécanisme de défense du fait de l'appauvrissement relationnel induit par la dépendance au produit (Nezelof, Corcos et al. 2006). En revanche, la consommation occasionnelle de substances type alcool ou cannabis, dans le partage avec d'autres jeunes, serait corrélée de façon positive à l'attachement sécuritaire. Le risque de dépendance est alors limité. Il s'agit plus de conduite d'exploration et d'expérimentation.

6) Conclusion

a) Corrélation entre les styles d'attachement et la psychopathologie à l'adolescence

Les différentes études citées mettent en évidence une corrélation positive entre l'attachement sécuritaire et le bien être psychologique ou la bonne santé mentale. L'attachement sécuritaire représente donc un facteur de protection face à la détresse psychologique et favoriserait la mobilisation des capacités de résilience. Elles démontrent aussi que l'attachement insécuré est un facteur de vulnérabilité de manifestations psychopathologiques à l'adolescence.

Selon le style d'attachement, les études montrent un lien entre l'attachement anxieux et les troubles dits internalisés, l'attachement évitant et les troubles externalisés et la mixité des troubles psychiatriques dans l'attachement désorganisé. Cependant, ce lien n'est pas systématique. Par exemple, un adolescent dont l'attachement est anxieux pourra présenter des troubles externalisés si la réaction parentale reste inadaptée lors de l'expression de sa souffrance. Aussi, certaines pathologies psychiatriques peuvent être présentes dans tous les styles d'attachement insécure, comme l'état limite.

Il est important de rappeler que l'attachement insécure n'est pas pathologique en soi. Cependant, l'attachement désorganisé représente un facteur majeur de trouble psychiatrique à l'adolescence, du fait de l'absence de modèles de relation à soi et aux autres stables. Il existe ainsi une dysrégulation de la réponse au stress, altérant les capacités d'adaptation nécessaire à cette période (Lyons-Ruth and Jacobvitz 2008). Ainsi, il n'existe pas de lien de causalité linéaire et direct entre attachement insécure et psychopathologie. Mais lorsqu'il existe un trouble psychiatrique, le sujet présente souvent un attachement insécure.

b) Hypothèses sur le rôle de l'attachement dans l'étiopathogénie du trouble psychiatrique

Différentes études mettent en évidence le rôle de l'attachement sécure dans la qualité de l'estime de soi, la régulation émotionnelle et les capacités d'exploration et de construction de relations interpersonnelles. Ces facteurs pourraient constituer les chaînons rattachant attachement et psychopathologie, toujours dans une circularité multidimensionnelle et non une compréhension linéaire de l'émergence du trouble.

La perte du sentiment de sécurité inhibe les capacités d'adaptation de l'adolescent face aux changements et inactive son système affiliatif. L'ensemble va altérer ses capacités d'exploration, nécessaires à son développement. L'insécurité interne et externe induit alors un déséquilibre comportemental ou relationnel. Lorsque cela donne lieu à une souffrance, le risque de manifestations psychiatriques augmente.

Cependant la qualité de l'attachement n'est pas une valeur prédictive suffisante sur le risque de santé mentale de l'individu. Les interactions sont multiples et l'émergence du trouble reste multifactorielle à travers des facteurs biopsychosociaux et environnementaux (génétique, événement de vie négatif, tempérament...). Certains sont déjà pris en compte dans la construction de l'attachement au cours de la vie, mais peuvent se modifier indépendamment de l'attachement. Le système dans lequel se développe l'adolescent doit donc être perçu dans une dimension relationnelle et une dimension contextuelle. La lecture des symptômes à travers la théorie de l'attachement qui s'inscrit dans une perspective dimensionnelle et non syndromique répond à ces deux principes. En effet, elle prend en compte l'individu dans sa relation à soi, au monde et à l'autre, dont les parents et les pairs qui représentent une part importante à l'adolescence.

Les représentations de ces différentes relations à travers les MIO pourraient permettre une meilleure compréhension du lien entre l'attachement et les manifestations psychopathologiques. En effet, les capacités d'adaptation et de régulation du stress sont directement liées aux MIO. Or l'adolescence mobilise beaucoup ces capacités face aux changements occasionnés par cette phase du développement. De plus, l'exploration va permettre de modifier les MIO en interaction avec l'environnement. Le sentiment d'insécurité peut compromettre ces remaniements par une rigidité des MIO par rapport à l'attachement. Ce figement dans le processus peut être à l'origine de manifestations psychopathologiques. Cette lecture ajoute de sa complémentarité aux lectures catégorielles habituelles.

c) Limites des études

Les études sur ce sujet utilisent des méthodologies très variables en ce qui concerne la taille de l'échantillon, les âges extrêmes de la population ou encore l'utilisation des échelles. Les résultats sont donc difficilement généralisables. De plus il existe peu d'études comparatives prospectives sur les différents styles d'attachement et l'expression des troubles psychiatriques. L'attachement désorganisé n'est souvent pas pris en compte en tant que catégorie séparée. Il se retrouve donc dans les catégories anxieux et évitant, modulant les résultats obtenus.

Concernant les échelles d'évaluation, il en existe une grande variété dont beaucoup d'auto-questionnaires. Elles n'ont pas toujours le même objectif d'évaluation, excepté celui d'évaluer la qualité de la sécurité de l'attachement. Ces études évoquent les liens plus ou moins selon des catégories, mais n'évaluent pas l'intensité de la qualité du lien. Or, il existe un continuum entre attachement sécure et attachement insécure et il semblerait intéressant de voir s'il existe des correspondances entre l'intensité de l'altération du lien d'attachement et la gravité du retentissement psychiatrique. Ensuite, ces échelles permettent d'évaluer l'attachement de l'adolescent à ses parents à un temps donné. Celui-ci peut évoluer au cours de l'adolescence et n'est pas toujours identique à celui de la Situation Etrange lors des interactions précoces, notamment lorsque l'enfant a vécu un évènement de vie négatif qui peut insécuriser le lien. Enfin, l'évaluation de la qualité de l'attachement à l'adolescence est compliquée par la verbalisation des besoins d'indépendance et parfois de mise à l'écart des parents dans le discours, contrastant avec la réalité de la relation parent-enfant dans le quotidien. Il reste important de modérer les résultats obtenus.

d) Nouvelles perspectives

L'AAI pourrait avoir un intérêt en ce qui concerne les capacités narratives de l'adolescent par rapport à son histoire. La narrativité représente un marqueur de la qualité des MIO et de la présence de traumatismes irrésolus. Pour autant cet outil est difficilement utilisable dans la pratique quotidienne, par la longueur de sa passation et de son analyse.

L'IPPA pourrait représenter un outil intéressant pour plusieurs raisons. Il comprend des échelles faciles d'utilisation et d'interprétation. Il a l'avantage d'évaluer la qualité des rapports aux pairs, ce qui est intéressant au sens où le système affiliatif a un rôle majeur au moment de l'adolescence. Il évalue aussi la relation à la mère et au père de façon distincte, ce qui offre des informations non négligeables concernant les spécificités propres à chacune des relations qui n'induisent pas toujours les mêmes difficultés chez l'adolescent. En revanche, elle ne permet pas de classer les personnes dans les différentes catégories définies par Ainsworth et Main. Pour autant son approche dimensionnelle semble adaptée à la prise en charge de l'adolescent.

Aussi, il semblerait intéressant de pouvoir utiliser un outil d'évaluation des représentations des relations ou des stratégies relationnelles de l'adolescent auquel s'associerait un outil d'évaluation des représentations d'attachement des parents pour améliorer la compréhension du fonctionnement du système d'attachement et de l'adolescent. L'utilisation d'un questionnaire aurait plusieurs intérêts pour le clinicien : l'évaluation initiale permettrait de guider les stratégies thérapeutiques en fonction de l'individu, l'évaluation en cours ou en fin de suivi validerait l'évolution de la qualité du lien. L'objectif de la thérapie basée sur la théorie de l'attachement est de pouvoir repérer les ruptures relationnelles et de reconstruire des relations de confiance entre l'adolescent et son environnement (parents, pairs...). Cet enjeu est essentiel dans certaines pathologies comme l'état limite, où le dysfonctionnement du lien occupe une place centrale.

Enfin, l'adolescence est une période propice aux changements et aux remaniements. Elle offre la possibilité de modifier les représentations dysfonctionnantes et de reconstruire les liens. Les liens d'attachement, les MIO et les manifestations psychopathologiques peuvent être représentés dans une circularité des interactions. L'action thérapeutique centrée sur l'un provoquera des changements chez les deux autres. En effet, la prise en charge dans l'objectif d'un attachement sécurisé permet une amélioration de la psychopathologie (Mikulincer and Shaver 2012). De même, une rencontre positive peut permettre une évolution favorable du système d'attachement, car celui-ci demeure fonctionnel et parfois une rencontre suffit à le réajuster. Cela montre l'intérêt d'inscrire les manifestations de l'adolescence dans une perspective dimensionnelle et relationnelle.

II- Spécificités de la théorie de l'attachement dans la thérapie chez l'adolescent

1) Intérêt d'un travail psychothérapeutique basé sur l'attachement à l'adolescence

Dans les dix dernières années de sa vie, Bowlby a centré ses recherches sur l'utilisation de la théorie de l'attachement en thérapie (Bowlby 1988). Il a démontré toute l'importance des interactions avec le caregiver dans le développement de l'enfant, au niveau cognitif,

comportemental et affectif (Bowlby 1982). Ces interactions vont permettre ensuite la constitution de modèles internes opérants (MIO) qui moduleront les aptitudes sociales de l'individu, ainsi que ses perceptions de soi dans la relation à autrui, ses comportements et ses capacités d'adaptation et de flexibilité face au changement ou à des situations de stress.

Crittenden ajoute que la thérapie a pour objectif un réaménagement des MIO concernant soi dans la relation à l'autre jugés inadaptés car source d'inconfort relationnel. Ce type de thérapie a sa place lorsque l'entourage relationnel, particulièrement les parents ont rigidifiés ces représentations, entravant toute possibilité de changement. Selon cet auteur, les MIO dysfonctionnels se rejouent dans la relation thérapeutique. La thérapie consiste alors à comprendre l'origine de ces représentations. Pour ce faire, le thérapeute va servir de base sécuritaire à partir de laquelle le patient peut explorer son vécu et retravailler ses MIO en lien avec l'attachement (Crittenden 1997).

L'intérêt de prendre en compte la théorie de l'attachement a été largement démontré dans les stratégies thérapeutiques proposées en périnatalité et dans la petite enfance (0 à 3 ans) (Miljkovitch, Pierrehumbert et al. 2003). Il existe plusieurs éléments caractéristiques de la thérapie basée sur l'attachement parent-enfant à cette période de vie :

- le rôle déterminant du caregiving, c'est-à-dire la sensibilité et la cohérence de la réponse parentale aux besoins d'attachement de l'enfant,
- la qualité du lien et des interactions précoces mère-enfant au niveau infraverbal, comportemental et émotionnel comme manifestations des processus psychologiques sous-jacents,
- l'intérêt pour les événements de vie réels dans la construction de la relation parent-enfant.

La prise en compte de ces différentes caractéristiques permet d'améliorer l'alliance thérapeutique avec les parents qui occupent une place centrale dans le processus thérapeutique dans cette période de vie. Elle aide à la compréhension de la signification des réactions parentales. Cela vient valider les travaux de Winnicott et de Freiberg dans le traitement précoce chez le bébé et l'enfant et le rôle de la relation mère-enfant.

A l'adolescence, la prise en charge psychothérapique nécessite de prendre en compte l'environnement au sens large et les liens que l'adolescent entretient avec celui-ci. L'attachement prend acte au niveau représentationnel et non uniquement sur un plan comportemental. L'adolescent vient réinterroger les représentations d'attachement antérieures tout en investissant de nouvelles relations. Malgré la rigidification et l'affirmation progressive des représentations liées à l'attachement au cours de la vie, cette période constitue une phase où les MIO peuvent évoluer plus facilement dans la relation à l'autre. Il persiste un potentiel de flexibilité ouvert à une expérience dite « correctrice » que ce soit sur le plan thérapeutique ou lors d'une rencontre positive, notamment avec un partenaire sécure.

La théorie de l'attachement ne cherche pas un lien de causalité direct entre le trouble et sa cause. Elle propose l'idée qu'un déséquilibre dans le système peut induire un trouble psychologique. Ce système possède un rôle particulier à l'adolescence où l'équilibre entre attachement et exploration doit se redéfinir, afin que l'adolescent progresse vers son autonomie.

Aussi, la théorie de l'attachement a une place particulière dans le fonctionnement sociétal actuel, car contrairement aux générations précédentes, les adolescents ne peuvent pas s'appuyer aussi solidement sur leur environnement. Tout d'abord, les valeurs sociétales actuelles mettent en avant l'importance de l'indépendance, de la réussite socio-familio-professionnelle et personnelle, objectalisant le lien dans un but d'ascension sociale. Le schéma familial se modifie avec des rôles parentaux moins précis. Certains repères structurants comme la religion, la politique ou des événements de vie comme le mariage ont perdu de leur valeur. Cela questionne les capacités de l'individu à établir par lui-même ses propres normes et à trouver une place qui n'est pas aussi appréhendable ou visible qu'auparavant. La thérapie basée sur le lien et l'attachement aura pour objectif d'aider le jeune à construire des repères qui lui permettent de se développer dans de bonnes conditions, à travers des expériences dites « correctrices ». Elles ont pour objectif de diminuer les résistances au changement du système et de l'individu et d'inverser ou de modifier le processus pathologique.

L'idée est donc d'utiliser la théorie de l'attachement comme un canevas conceptuel afin d'évaluer la qualité de l'attachement, les comportements face à l'attachement, les facteurs de protection et les facteurs de vulnérabilité existants. Concernant les figures d'attachement, cela permet d'identifier leurs forces et leurs faiblesses en tant que caregiving (O'Connor, Spagnola et al. 2012). Ce chapitre a pour objectif d'explicitier les différents axes stratégiques utilisant la théorie de l'attachement dans la thérapie. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive, mais de pistes de réflexions.

2) Relation thérapeutique et attachement

a) Apports de Bowlby à la thérapie

Bowlby a démontré l'importance du rôle du thérapeute et de la relation thérapeutique dans l'efficacité de la thérapie. Dans son livre *A secure base* (Bowlby 1988), il explique l'intérêt de prendre en compte la théorie de l'attachement dans la psychothérapie, dans le fait de « *donner toute sa place à la réalité extérieure, aux réponses données par l'environnement et aux événements de vie traumatiques en lien avec l'attachement* ». La théorie de l'attachement porte sur la relation et sur la sécurité qu'elle génère. Le thérapeute a comme objectif de fournir au patient une figure d'attachement temporaire, c'est-à-dire une base de sécurité permettant l'ouverture dans un processus figé. Deux axes thérapeutiques sont essentiels selon lui. L'expérience partagée avec le thérapeute constitue une nouvelle expérience relationnelle et représente une clé dans le processus de changement. Cette expérience s'inscrit dans la réalité présente. Le patient s'appuie sur cette réalité externe pour travailler sur son monde interne. Elle représente un levier thérapeutique permettant la modification des MIO dysfonctionnels. Cette approche est particulièrement pertinente au moment de l'adolescence où il existe de profonds remaniements internes et externes.

Le travail s'effectue dans la relation au thérapeute, sur les représentations de l'adolescent de ses relations avec les autres et autour de sa relation avec ses parents. Le système familial et particulièrement les parents doivent être pris en compte dans le travail thérapeutique, car ils restent des figures d'attachement centrales pour l'adolescent. Le travail avec les parents permet d'accéder directement aux liens d'attachement primaires.

Bowlby définit plusieurs tâches nécessaires à la bonne marche de la thérapie :

- Le thérapeute constitue une base de sécurité permettant au patient d'explorer ses souvenirs, ses émotions douloureuses et ses croyances. Cela montre le rôle de la base sécuritaire de balance entre attachement et exploration.
- L'exploration des attentes et des croyances du patient et la manière dont elles influencent ses pensées, ses affects et ses comportements et les conséquences sur ses relations interpersonnelles. Le travail se fait aussi autour de l'analyse de la relation actuelle que le patient entretient avec son thérapeute.
- La capacité de faire des liens entre les relations précoces que le patient entretenait avec ses parents et l'origine de ses croyances et de ses comportements actuels, c'est-à-dire les modalités de construction de ses MIO en rapport avec l'attachement.
- Le rôle du thérapeute est alors de guider le patient vers la prise de conscience que ses MIO avaient une valeur adaptative auparavant et qu'ils sont désormais inadaptés dans son contexte de vie actuel. Cette compréhension de son fonctionnement ouvre vers la possibilité d'imaginer et d'expérimenter d'autres alternatives.

En résumé, le travail s'effectue autour des expériences passées dans la façon dont l'individu s'est construit en relation avec les autres et notamment ses figures d'attachement précoces, et dans l'expérience présente dans la relation au thérapeute par une épreuve de réalité dans l'ici et maintenant. Il aide l'adolescent à modifier ses MIO dysfonctionnels afin de retrouver un équilibre psychologique au niveau intra et interpsychique. Cela est possible grâce au cadre sécuritaire induit par le thérapeute. Ce rôle occupe donc une place centrale dans le processus de changement du patient. La théorie de l'attachement offre aussi une meilleure compréhension des différentes dimensions mises en jeu dans la relation thérapeutique dans un registre verbal mais surtout infraverbal.

b) Le cadre thérapeutique

La mise en place du cadre de soin à une double fonction de sécurité et de contenance. Le travail nécessite que le thérapeute trouve la bonne distance pour qu'un lien d'attachement se

tisse avec l'adolescent afin qu'il devienne une figure d'attachement transitoire et une base sécurisée pour l'adolescent. Cette bonne distance est questionnée à l'adolescence, où il existe de nombreux remaniements et un nouvel équilibre relationnel. Elle est aussi fondamentale dans le processus psychothérapeutique : être trop près peut s'avérer envahissant (angoisse d'intrusion) mais être trop loin peut être source d'inquiétudes (angoisse d'abandon). L'attachement n'est pas l'aliénation et l'autonomie ne représente ni le chaos, ni l'indépendance. Le thérapeute doit donc jongler dans sa distance pour ne pas figer le processus et s'adapter à l'évolution de l'adolescent dans sa propre prise de distance liée à son développement.

Ce cadre se co-construit dans un tissage progressif au niveau du langage, au niveau de l'infra-verbal et de la sensorimotricité. Cet accordage permet de dépasser les blocages dans l'ici et maintenant pour intégrer les expériences du passé et construire le futur. L'ancrage de ces expériences dites « correctrices » n'est possible que dans le présent, qui est l'unique temps qui correspond au réel. Le passé et le futur relèvent de l'imaginaire : le premier dans le souvenir, le second dans la projection vers l'avenir. L'expérience sécurisée se vit uniquement dans le présent. Le processus thérapeutique et les ancrages ne sont possibles que dans le présent pour permettre d'amorcer un changement. L'adolescent va ainsi pouvoir tisser ensemble des éléments dissociés sur un plan sensorimoteur, corpo-cérébral et représentationnel. Cette dissociation peut être induite par des mécanismes de défense telle l'exclusion défensive, ou la ségrégation de modèles multiples dans l'attachement désorganisés.

La contenance du cadre est pare-excitatrice par le sentiment de sécurité qu'elle génère. C'est un outil thérapeutique à part entière. La délimitation du cadre dès le début de la prise en charge permet une souplesse de celui-ci dans le travail et de résister aux attaques du cadre fréquentes dans la dynamique adolescente. La contenance est à la fois matérielle et symbolique, avec une importance de la réalité extérieure et de la contenance sécurisée de l'attachement (Winnicott, 1969). Elle est différente de la base sécurisée propre à l'exploration. Elle répond à l'activation du système d'attachement de l'adolescent lorsqu'il se retrouve en difficulté. Cet espace sécurisé offre à l'adolescent la possibilité d'expérimenter un vécu de sécurité interne et externe lui permettant d'assouplir ses représentations pour accepter le changement nécessaire à son bien-être psychologique. Le thérapeute est garant de ce cadre qui permet un va-et-vient entre attachement et processus exploratoire nécessaire à l'ancrage des

expériences faites dans la thérapie. Delage montre que même l'ancrage d'une petite épreuve structurante peut induire le développement d'une composante représentationnelle (Delage 2010).

Ainsi, il existe un certain nombre de spécificités propres à la théorie de l'attachement concernant le cadre thérapeutique. La thérapie focalise le patient sur les expériences réelles en évitant les interprétations. Elle s'intéresse aux attitudes actuelles et passées des parents et la réponse de l'adolescent à ces comportements. Le thérapeute peut utiliser des interruptions au cours du traitement pour voir et analyser la réponse de l'adolescent à ces moments de séparation. Cela offre la possibilité à l'adolescent d'expérimenter la séparation, ses réactions face à celle-ci et de pouvoir ensuite donner un sens à son ressenti ou ses comportements (Atger and Lamas 2010).

Le thérapeute va aussi aider l'adolescent à explorer les évènements marquants de sa vie en rapport avec l'attachement, comme les secrets de famille. Ces évènements représentent un enjeu dans la constitution des patterns d'attachement. Il est donc nécessaire de leur donner sens pour pouvoir modifier les représentations qui y sont liées ainsi que les patterns qui en découlent. L'espace thérapeutique sécuritaire a alors un rôle fondamental pour que l'adolescent puisse s'autoriser à explorer ces évènements de vie, sans majorer les troubles qui y sont liés.

c) Rôle de la fonction réflexive et de la métacognition

La thérapie basée sur l'attachement a comme rôle de développer les capacités de mentalisation et la fonction réflexive de l'adolescent. L'objectif est alors de redonner sens à son vécu pour qu'il puisse l'intérioriser et modifier ses MIO. Deux types de stratégies thérapeutiques vont permettre d'accéder à une mentalisation plus efficiente pour le jeune : l'expérimentation du lien sécuritaire avec le thérapeute (expérience correctrice) et le processus d'externalisation. Ce dernier a pour objectif de mettre en forme à l'extérieur de la psyché les conflits intrapsychiques de l'individu.

La création d'un espace de partage des informations va permettre à l'adolescent de se mettre dans une position méta pour pouvoir se distancer de ses problèmes et donner un sens à ce qu'il vit : c'est un processus de co-construction. En s'appuyant sur cet espace et sur la relation thérapeutique, il va pouvoir analyser le ressenti lié à l'expérience dans l'ici et maintenant, par un processus d'autoréflexion et de méta-communication différentes des stratégies de pensées habituelles. Ce fonctionnement va l'aider à construire de nouveaux MIO (Allen, Fonagy et al. 2008). Pour les troubles du comportement par exemple, s'appuyer sur la relation permet de saisir les enjeux présents derrière le comportement de l'adolescence. Les comportements d'opposition, les crises clastiques ou l'hétéro agressivité peuvent correspondre à des stratégies de régulation de la proximité et une tentative de maîtrise de l'environnement face à un caregiver imprévisible ou face à des situations de stress qui submerge le jeune. L'utilisation de l'externalisation permet de travailler sur les interactions entre lui et son trouble, leurs avantages et leurs inconvénients (White, Laplante et al. 2009).

Les études en neurobiologie ont montré que le seuil d'activation du système de régulation du stress est plus bas pour les sujets insécures. L'adolescent désorganisé, plus vulnérable sera donc plus rapidement submergé par les situations inhabituelles et pourra être dépassé par des situations qui ne sont habituellement pas considérées comme vecteur de stress : un adolescent qui a toujours connu le chaos peut se sentir menacé par un accueil ou des sollicitations trop bienveillants (Lyons-Ruth and Jacobvitz 2008). Son comportement peut aussi traduire une mise en échec de la thérapie dans la crainte de subir une nouvelle rupture, un abandon ou un rejet. L'adolescent préfère alors être responsable ou instigateur de la rupture plutôt que d'en être la victime. Ce processus reste inconscient. La position méta permet aussi une meilleure compréhension du comportement par le thérapeute et évite une escalade des émotions négatives et de rivalité mimétique défavorable au processus thérapeutique (Girard 2001).

d) L'alliance thérapeutique

- La construction de l'alliance thérapeutique du point de vue de l'attachement

Selon Bowlby, la recherche et l'acceptation des soins de l'autre est en relation avec la sécurité de l'attachement (Bowlby 1988). Elle aide le sujet à se confronter aux événements de vie avec des capacités adaptatives plus efficaces. Dans la relation thérapeutique, les besoins d'attachement sont essentiellement centrés sur les besoins d'intimité, de pouvoir faire confiance à l'autre et nécessite de se dégager de la peur d'être abandonné (Kivlighan Jr, Patton et al. 1998). L'efficacité de la thérapie repose sur cette capacité de lâcher prise à un moment donné où la personne est en situation de vulnérabilité et de détresse. Le lâcher prise nécessite l'instauration d'un climat de confiance où le patient accepte l'alliance avec le thérapeute dans un objectif de soin.

Les schémas relationnels encodés dans l'enfance peuvent entrer en contradiction avec la relation thérapeutique. L'attachement insécure peut représenter une entrave à la constitution de l'alliance thérapeutique. La rigidité des MIO ou l'exclusion défensive peuvent faire obstacle à l'intégration des conditions de la relation thérapeutique positive, qui ne concorde pas avec les représentations de la relation aux autres intégrées par le sujet (Sable 1992). Pour autant, cette construction de l'alliance est un préambule nécessaire à toute thérapie. Elle est idiosyncrasique au sujet (Mackie 1981).

Trois facteurs sont déterminants dans la mise en place de l'alliance thérapeutique :

- le lien relationnel entre patient et thérapeute qui découle de la notion de base de sécurité issue de la théorie de l'attachement,
- les objectifs thérapeutiques qui doivent être cohérents pour le patient et le thérapeute,
- les moyens thérapeutiques à mettre en place pour provoquer le changement.

Cette alliance nécessite donc la mise en place d'une relation authentique et sincère, où le thérapeute joue un rôle d'accompagnement. Cela nécessite chez le thérapeute la capacité de

supporter la détresse exprimée, avec une empathie attentive, une stabilité et une fiabilité (Behr 2008). Cet accompagnement est actif, dans une « co-construction » et un « être ensemble » dans l'ici et maintenant. Le langage infraverbal joue un rôle essentiel et montre l'importance de l'interpersonnel dans la régulation des émotions de l'adolescent (Slade 1999).

La compréhension du fonctionnement du jeune et de son système aide le thérapeute à communiquer avec lui. La notion de peur est souvent présente chez le patient insécure ou le patient qui présente des réticences à accéder à une thérapie. Le thérapeute en intégrant cette notion va être dans une position d'empathie et non d'opposition mimétique avec les défenses et les résistances du patient. L'acceptation de l'aide par le patient est déjà thérapeutique en soi par rapport à ses stratégies habituelles de défense.

- Modalités communicationnelles favorisant l'alliance

Dans les attachements insécures, les représentations et les modalités interactionnelles sont généralement rigides et nécessitent d'accéder aux schémas d'attachement de façon indirecte. Plusieurs stratégies peuvent être utilisées pour créer des nouveaux liens favorisant l'alliance thérapeutique (O'Hanlon and Beadle 1997):

- L'utilisation de la décentration, le « faire comme si », permet d'accéder aux relations de l'adolescent sans que celui-ci ne vive la thérapie comme intrusive.
- La triangulation par l'externalisation du problème facilite la réflexion autour des perspectives de changement. Par exemple, proposer de donner un nom, une forme, ou d'objectaliser le problème permet de centrer la thérapie sur les relations que l'adolescent entretient avec son problème. Le travail se fait à un niveau interpersonnel plus concret que le travail basé sur le fonctionnement intrapsychique.
- L'effet de surprise a pour objectif de provoquer le « choc » chez l'adolescent et ainsi de remettre en mouvement un processus figé afin d'ouvrir vers de nouvelles possibilités thérapeutiques.
- L'humour et le jeu sont des voies qui peuvent faciliter l'accès à la relation en apaisant les tensions de l'adolescent par rapport à ses représentations de la thérapie.
- La médiation peut parfois paraître plus rassurante dans la relation duelle. Elle représente alors un objet transitionnel dans la construction de l'alliance thérapeutique.

Au moment de l'adolescence, la communication analogique redevient une modalité de communication prépondérante. Celle-ci correspond au langage du corps, c'est-à-dire la communication non verbale (expression du visage et postures du corps). Ces modalités interactionnelles infraverbales permettent l'accordage affectif. L'utilisation des enveloppes sensorielles comme l'enveloppe sonore participe à la constitution d'un espace transitionnel. Le recadrage kinesthésique recentre le jeune sur ses émotions et son vécu corporel et permet de limiter la sensation de jugement ou le vécu d'intrusion de la thérapie (Golse 2012).

Cela souligne l'importance des schémas communicationnels utilisés dans la rencontre avec l'adolescent et sa prédictivité concernant l'alliance thérapeutique (Stern 2003). L'empathie et la sensibilité aux projections de l'adolescent sont donc essentielles du fait de l'importance de la communication analogique à cette période.

- Attachement au thérapeute et qualité de l'alliance

La création d'un attachement sécurisé au thérapeute est corrélée positivement à une alliance thérapeutique de bonne qualité et à l'existence de bonnes capacités d'empathie chez le thérapeute. Ces éléments favorisant l'alliance thérapeutique sont importants à prendre en compte, car l'alliance thérapeutique est corrélée positivement avec la réussite de la thérapie (Sauer, Anderson et al. 2010). Ainsi l'attachement au thérapeute en tant que base de sécurité va permettre d'augmenter les capacités de l'adolescent à explorer ses difficultés et va faciliter les changements thérapeutiques bénéfiques pour le patient (Mikulincer, Shaver et al. 2013).

e) Intérêt de la relation thérapeutique basée sur l'attachement

La relation thérapeutique basée sur l'attachement nécessite la mise en place d'un cadre sécurisé et d'une alliance thérapeutique permettant l'attachement transitoire de l'adolescent au thérapeute. La rencontre dans cet espace co-construit permet la mobilisation des fonctions réflexives de chacun et d'élaborer à un niveau interpersonnel de nouvelles perspectives visant à soulager la souffrance de l'adolescent et la reprise d'un processus auparavant figé.

L'expérience sécurisée constitue un fondement du modèle thérapeutique proposé par Bowlby. La relation thérapeutique représente parfois la première expérience sécurisée du patient qui progressivement pourra l'intégrer comme MIO et induire des changements dans les manifestations psychopathologiques. Cette expérience sécurisée pourra ensuite se généraliser dans l'investissement de nouveaux liens relationnels dans son environnement. Elle lui permet de réactiver ses propres capacités d'exploration. Il est donc important de distinguer les éléments contenantants de l'environnement de l'adolescent pour qu'il puisse ensuite réexpérimenter le lien sécurisée en dehors de la thérapie (Bowlby 1988).

L'attachement n'est pas uniquement dans le lien ou le besoin de présence mais aussi dans la séparation de la figure d'attachement. Le thérapeute est une base de sécurité à partir de laquelle le sujet peut explorer son monde interne et se livrer à l'autoréflexion. Il doit aussi effectuer un travail autour des situations de séparations et de retrouvailles. De plus, la notion de figure d'attachement transitoire nécessite en fin de thérapie une phase de séparation qui n'est pas toujours simple à réaliser pour le patient et pour le thérapeute.

Si l'on reprend les trois phases successives des réactions de l'enfant face à la séparation avec la figure d'attachement (protestation, désespoir, détachement), le détachement correspond à un rééquilibrage du système comme nouveau moyen de survie. L'absence ou le caractère inadapté de la réponse du caregiver à l'activation du système d'attachement nécessite une réorganisation psychique de protection qui va moduler les comportements et les émotions de l'enfant. Cela engendre alors un attachement insécure lorsque la situation perdure. La thérapie va s'attacher à répondre à cette demande d'attachement qui n'a pas été entendue en tant que telle afin d'inverser le processus.

Cette thérapie a ainsi pour objectif d'aider l'adolescent à évoluer d'un attachement insécure vers un attachement sécurisée, appelé « earned secure » ou sécurisée acquis par l'expérience positive avec le thérapeute (Shaver and Mikulincer 2005). Une étude réalisée par Harpaz sur une population d'adolescents hospitalisés en psychiatrie montre après une évaluation des représentations d'attachement en début et en fin de prise en charge qu'en fin de thérapie, il existe une amélioration de la cohérence des représentations en lien avec l'attachement. Celle-ci est corrélée de manière positive avec la diminution de la sévérité des symptômes psychiatriques (Harpaz-Rotem and Blatt 2005).

Il existe un intérêt particulier à travailler sur l'attachement au moment de l'adolescence, car la personnalité et le style d'attachement vont s'élaborer à cette période. En l'absence de prise en charge, le système risque de devenir de plus en plus rigide avec une résistance au changement (Wiar 2011). Aussi, Marcelli explique que la prise en compte de la qualité de l'attachement et des enjeux relationnels qui en découlent, permet une évaluation plus précise de la nature et de l'intensité des difficultés rencontrées par le jeune à mesure que la thérapie mobilise ses ressources internes en terme de base de sécurité (Marcelli and Braconnier 2008). Cette compréhension évite de figer le symptôme et permet de reconnaître la mobilité psychique de l'adolescent.

3) Processus thérapeutique et attachement

En France, la thérapie basée sur la théorie de l'attachement et l'intersubjectivité se développent progressivement. Dans les pays anglo-saxons (Etats-Unis, Canada, Angleterre), l'attachement apparaît déjà comme un outil indispensable dans la compréhension psychopathologique des troubles et dans la stratégie thérapeutique qui en découle. Il existe plusieurs formes de thérapies basées sur la théorie de l'attachement. Cette présentation n'est pas exhaustive. Elle s'appuie sur les différents domaines d'intervention décrits par Holmes, d'après les travaux scientifiques réalisés ces dernières années concernant la théorie de l'attachement (Holmes 2001) :

- L'universalité de l'attachement et le rôle de la sensibilité décrite par Ainsworth,
- La continuité de l'attachement, c'est-à-dire l'impact sur les capacités relationnelles et les représentations mentales à l'âge adulte des patterns d'attachement de l'enfance,
- La fonction réflexive et les capacités de mentalisation de Fonagy : l'attachement sécurisé est basé sur la capacité de différencier les états mentaux de soi et des autres, il facilite la réflexion grâce à la métacognition,
- Les compétences narratives : le style d'attachement pendant l'enfance se manifeste à l'âge adulte par les capacités de narration autobiographiques en lien avec l'attachement.

a) Les différents axes de travail

- Les domaines d'intervention proposés par Holmes

En reprenant les différents concepts en lien avec la théorie de l'attachement, Holmes a délimité 6 principaux domaines d'intervention (Holmes 2001) :

- Le rôle de la base sécurisée,
- L'exploration, le jeu et le plaisir dont l'accès nécessite auparavant d'activer l'attachement,
- La protestation, la colère, l'affirmation de soi : la colère selon la théorie de l'attachement serait déclenchée par une menace de séparation et aurait pour fonction de maintenir le lien d'attachement,
- La perte : l'élaboration des pertes aurait un rôle essentiel dans l'apaisement de la détresse psychologique dont elle représente un élément central,
- Les MIO : la thérapie vise à les modifier ou les réajuster, il est important de les percevoir dans une dimension active,
- La capacité réflexive et la compétence narrative : la thérapie est une expérience in vivo, permettant au patient l'apprentissage de l'autoréflexion. Expliciter les représentations par le langage permet de les rendre sensibles au changement par l'utilisation de la métacognition.

- Le modèle thérapeutique issu de la théorie de l'attachement

Le modèle thérapeutique basé sur la théorie de l'attachement intègre des éléments d'ordre intra et interpsychique comme l'identité personnelle du patient et le rapport à soi dans sa relation à l'autre et au monde ainsi que des éléments d'ordre interpersonnel, dans la relation à l'autre et au monde (Priceputu 2012). Le travail thérapeutique consiste à reconstruire des récits cohérents des événements marquants du passé et plus généralement de la vie de l'individu. Le patient acquiert alors une compétence narrative autobiographique qui donne du sens à son vécu et ouvre le champ des possibles (Holmes 2001).

Le travail autour du rapport à soi porte sur les MIO concernant les systèmes affectif et émotionnel (régulation des affects et des émotions), le système cognitif et les comportements. Le travail se réalise autour des expériences vécues ayant contribué à la construction de l'identité de l'individu, dans une dimension intersubjective. Le travail sur le rapport à soi dans la relation à l'autre et au monde concerne le contexte de vie de l'individu (naissance, développement...) et les relations construites avec l'autre pendant ces périodes. Ce travail tente d'offrir une meilleure compréhension des valeurs et des croyances du patient et de la façon dont elles interagissent et modulent la relation aux autres. Pour ce faire, l'adolescent doit réfléchir sur ses propres perceptions de soi parmi les autres, de son fonctionnement dans la relation à l'autre, ce qui n'est pas toujours aisé à cette période de vie. Aussi, comme nous l'avons dit précédemment, l'AAI est perturbé chez l'adolescent insécure, dont les capacités narratives autobiographiques sont altérées. Le lien sécure avec le thérapeute va l'aider à redonner du sens et à intégrer sa propre histoire de vie. Il peut alors utiliser son vécu comme ressource et s'autoriser à vivre de nouvelles expériences en agissant à l'encontre de ses patterns d'attachement habituels. Ces nouvelles expériences interpersonnelles positives vont être intégrées ensuite dans le modèle relationnel du sujet. Cela doit se faire de façon cohérente à son mode de vie et avec ses valeurs (Priceputu 2012).

Enfin, les thérapies qui s'appuient sur la théorie de l'attachement travaillent sur les interactions avec les parents. Cela permet de redonner sens à des interprétations erronées de la perception du comportement de chacun par l'autre, d'offrir une nouvelle lecture. Les nouvelles modalités de réflexion acquises à l'adolescence permettent de complexifier les interprétations à plusieurs niveaux. L'adolescent étant moins centré sur son propre ressenti, il peut analyser différemment l'intentionnalité des comportements parentaux à son égard. La thérapie mobilise ainsi les capacités réflexives de l'adolescent. Le thérapeute doit conserver une objectivité pour activer le processus (Byng-Hall 1999).

La thérapie selon la théorie de l'attachement doit porter sur le contexte global et sur les actes et non sur la personne ou l'identité. Le but n'est pas de changer la personne mais de rendre ses stratégies face au stress ou au changement plus flexibles afin d'apaiser la source de souffrance que cela peut représenter.

b) Les stratégies thérapeutiques

Trois axes principaux sont retenus en ce qui concerne l'explication psychopathologique des troubles de l'attachement (Diamond and Yeomans 2008). Ils sont souvent intriqués bien qu'ils nécessitent chacun une approche thérapeutique particulière :

- la dissociation ou le clivage à travers des représentations non intégrées de soi,
- les déficits métacognitifs ou de mentalisation entravant les capacités de l'adolescent de réfléchir aux états mentaux,
- une perturbation majeure dans la régulation des émotions.

- Concernant la dissociation

Lors d'un vécu traumatique, il existe souvent un décalage entre l'histoire dominante de l'adolescent dans sa vision du monde et les souvenirs associés au vécu. La thérapie a alors pour but de réaccorder et de tisser ces deux histoires non congruentes afin d'être réintégré ensuite dans une cohérence narrative et représentationnelle (Liotti 2004).

Les raisons que l'adolescent met en avant concernant l'origine de sa souffrance ou de son comportement peuvent être déconnectées du contexte. Il fait le lien avec des événements récents sans prendre en compte des éléments plus anciens ou l'histoire transgénérationnelle. Si le thérapeute saisit le lien, l'explication n'est pas toujours entendable par le patient. La compréhension et l'intégration de ce lien nécessitent de l'expérimenter dans le présent avec un soutien du cadre thérapeutique pour diminuer les résistances au changement.

Aussi, le thérapeute doit pouvoir prendre suffisamment de distance vis-à-vis des difficultés exprimées sous peine de se retrouver lui-même bloqué dans l'impasse avec le jeune. La recontextualisation du problème va permettre de redonner sens à l'histoire de l'adolescent. La co-construction permise par l'alliance thérapeutique va permettre une nouvelle narration qu'il pourra s'approprier. L'appropriation nécessite que cette narration soit validée par une expérimentation dans le réel, c'est-à-dire dans le présent de la thérapie.

- Concernant les difficultés de mentalisation

Le déficit métacognitif entrave la capacité de l'adolescent à mobiliser sa fonction réflexive, c'est-à-dire à réfléchir à ses états mentaux (Carlson 1998). L'expérience d'attachement sécuritaire avec le thérapeute va offrir un nouvel espace, où il pourra plus aisément accéder à ses états mentaux. Cela dépend de la dynamique de la relation, de la qualité de l'alliance thérapeutique et de la capacité d'accordage du thérapeute au patient afin d'activer son système d'exploration.

Afin de permettre une modification dans ses MIO, c'est-à-dire dans ses représentations de l'autre et de soi par rapport aux autres, il est le plus souvent nécessaire de passer dans le vécu expérientiel de la relation pour induire un changement. Si le travail se réalise uniquement au niveau intrapsychique, la problématique peut rester figée, car l'expérience sensorimotrice ne peut être encodée. L'expérience thérapeutique consiste à préciser la relation à l'autre progressivement, en allant de la généralisation vers la description d'une expérience partagée d'attachement.

Par exemple, l'adolescent commence par une phrase définissant son père sans relation avec lui, jusqu'à une expérience précise de relation interpersonnelle positive : « Mon père est un homme bon. », « Mon père est toujours présent pour moi. », « Je me souviens d'un jour où je suis tombée, j'avais très mal au genou. Il a soigné mon genou et m'a fait un gros câlin pour me consoler. » Ces propositions de phrases passent de la généralisation au vécu expérientiel. La personne peut alors se réapproprier l'expérience sensorimotrice associée à ce souvenir, ainsi que les émotions et affects qui en découlent.

L'utilisation de techniques d'hypnose, comme les thérapies EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ou HTSMA (Hypnose, Thérapies Stratégiques et Mouvements Alternatifs) permet une fois le souvenir retrouvé de l'utiliser dans l'ici et maintenant. L'adolescent revit alors cette expérience qui est amplifiée par le biais des mouvements alternatifs. Ce vécu est alors intégré par une technique d'ancrage et pourra servir ensuite de ressource à l'adolescent (Bardot 2010; Wesselmann, Davidson et al. 2012). Stern montre l'importance de la focalisation dans l'ici et maintenant pour la pratique thérapeutique (Stern 2003). Cela permet d'augmenter l'efficacité du processus thérapeutique chez le patient.

- Concernant la régulation des émotions

Les troubles de la régulation des émotions sont souvent liés à des problèmes relationnels implicites en lien avec les troubles de l'attachement (Diamond and Yeomans 2008). Au niveau des interactions mère-enfant, le dysfonctionnement de la communication émotionnelle chez la mère favoriserait l'attachement insécuré chez l'enfant (Madigan, Bakermans-Kranenburg et al. 2006). Cela montre l'intérêt de prendre en charge l'adolescent dans les interactions avec son système. La thérapie a alors pour objectif d'améliorer la communication dans la famille pour lui permettre d'élaborer les conflits dans un espace sécurisé, de redéfinir la place de chacun et ainsi de limiter l'émergence des manifestations psychopathologiques.

La relation entre l'attachement insécuré et la régulation des émotions négatives (colère, hostilité, tristesse) a été largement étudié dans la littérature, comme nous l'avons décrit précédemment. Un des rôles de la thérapie est de permettre à ces émotions d'être exprimées dans un cadre contenant et fiable, sinon il existe un risque d'effondrement. L'adolescent peut alors comprendre son fonctionnement et modifier ses schémas comportementaux, notamment dans les situations de stress. L'expérience sécurisée représente aussi une ressource face au débordement émotionnel, comme soutien et objet de réassurance.

Les troubles de la régulation des émotions positives peuvent être une cible thérapeutique. La stratégie interventionnelle repose sur l'impact que les émotions positives ont dans plusieurs pathologies psychiatriques comme la dépression, l'anxiété, les troubles bipolaires, les TCA et les troubles externalisés. Elle permet d'améliorer plusieurs axes comme le bien être du patient ou le support social, et d'augmenter les capacités de résilience. Différents types de thérapie utilisent cet axe thérapeutique comme la thérapie de la pleine conscience ou « *Mindfulness* » (Gilbert 2012). Le travail autour de la régulation des émotions positives permettrait ainsi d'améliorer la psychopathologie du patient.

c) Le travail associé à l'attachement

- Elargissement du travail sur les liens d'attachement

Dans le travail thérapeutique, il est important de distinguer les différents groupes d'appartenance et le rôle étayant de chacun pour l'adolescent (groupe d'amis...). Après avoir évalué la qualité des liens avec chacun de ses parents et la capacité de chacun des parents à jouer leur rôle, il est nécessaire d'élargir cette évaluation à la qualité de la communauté tissée autour du jeune. Cette mise en perspective du rôle et de la place de chacun permet d'utiliser la communauté comme moyen thérapeutique et d'offrir de nouveaux espaces d'échanges à l'adolescent. En effet, l'adolescence est un moment d'ouverture à l'extra-familial. Elle mobilise le système affiliatif et tend vers l'investissement de nouvelles figures d'attachement, qui peuvent être utiles à la thérapie. Cette approche permet de modifier les jeux relationnels et assouplir les systèmes de croyances et ainsi de relancer le processus de négociation bloqué. Elle aide aussi au réaccordage des relations entre le jeune et ses parents et au renforcement de la communauté autour de l'adolescent (Courtois 2003).

Par exemple, le travail de groupe permet une prise en charge du patient lorsque la relation duelle patient-thérapeute est trop compliquée et ne permet pas de développer une alliance dans le processus thérapeutique. Le groupe permet alors de créer un espace thérapeutique dans lequel se construit une base de sécurité. Cela permet d'activer le système affiliatif et de débloquent indirectement le système d'attachement.

De même, pour les adolescents en grande difficulté relationnelle, le travail avec l'animal peut être un préalable à la rencontre de l'autre. L'équithérapie, par exemple, permet à l'adolescent d'expérimenter un lien sûr plus facilement. Le fait de nouer ce lien ne va pas à l'encontre de ses propres représentations par rapport à l'attachement comme la peur d'être abandonné, jugé ou rejeté. L'animal sert alors de moyen de médiation comme passerelle dans la relation à l'humain (Hameury, Delavous et al. 2010).

- Renforcer l'image de soi, améliorer la confiance dans l'autre et l'environnement

Comme nous l'avons démontré dans la partie précédente, l'estime de soi a un rôle important dans l'émergence d'une désorganisation psychopathologique, notamment la catégorie « *fearful* » de Bartholomew qui a une image de soi et des autres négatives. Le travail sur la perception de soi et autour de l'estime de soi a donc un grand intérêt dans la thérapie (McLewin and Muller 2006).

Le développement des capacités de mentalisation offre de nouvelles aptitudes d'autoprotection et d'autorégulation par l'amélioration des capacités d'analyse du ressenti. Elles augmentent la flexibilité nécessaire à l'adaptation au changement et améliorent la connaissance de soi et d'autrui. L'adolescent pourra plus facilement faire confiance à son ressenti et à son corps en s'appuyant sur l'expérience thérapeutique. Le travail sur l'attachement va ainsi modifier de façon indirecte les représentations de soi et améliorer l'estime de soi de l'adolescent.

- Un travail s'inscrivant aussi dans le futur

La thérapie chez l'adolescent a un objectif double : celui d'apaiser ou de résoudre les problèmes immédiats mais aussi celui de préparer l'adolescent à faire de bons choix pour son développement ultérieur. Le thérapeute aide l'adolescent à modifier des stratégies inadaptées en stratégies plus efficaces. Il l'aide ainsi à acquérir un attachement sécure et à développer sa fonction réflexive. Cela lui permettra une meilleure adaptation au changement et l'investissement de relations interpersonnelles plus équilibrées sur le long terme. Cette approche se base sur le fait que le cerveau va garder en mémoire les situations en recherchant celles positives et en évitant de renouveler les expériences négatives. Le langage permet aussi grâce à la fonction réflexive de pouvoir donner un sens au vécu et offre la possibilité au sujet d'apprendre de l'expérience d'autrui afin de le réutiliser dans le futur, notamment à l'âge adulte.

- Incidence neurobiologique et neuroanatomique

Sur le plan neurobiologique, les études mettent en évidence que la modulation du mécanisme d'attachement permet de changer la manière d'être et de percevoir les nouvelles relations en influençant le système dopaminergique de récompense et le système de régulation du stress par la sécrétion d'ocytocine. En effet, l'expérience thérapeutique sécuritaire permet une libération d'ocytocine, hormone de l'attachement. Elle va induire une augmentation des récepteurs à l'ocytocine au niveau intracérébral et ainsi favoriser la transmission des messages associés à l'attachement. Cela montre la nécessité de l'intervention d'un tiers afin d'expérimenter de nouvelles perspectives à travers l'expérience d'un nouveau type de relation (Wiat 2011).

Sur le plan neuroanatomique, le travail sur les MIO va permettre de redonner une légitimité aux fonctions régulatrices et intégratrices supérieures du cerveau et de remodeler les circuits neuronaux intracérébraux en favorisant le câblage entre le cortex orbitofrontal et les autres aires cérébrales et les connexions entre l'hémisphère droit et l'hémisphère gauche pour une activité mieux coordonnée (Wiat 2011).

4) Prise en charge de l'adolescent selon le style d'attachement

a) Intérêt de la prise en compte du style d'attachement dans la thérapie

- L'approche dimensionnelle

L'évaluation du lien d'attachement permet de différencier les prises en charge. L'adolescence constitue une phase de transition. Le traitement des troubles psychiatriques à cet âge ne doit pas se limiter au traitement d'une catégorie diagnostique, comme il est possible de faire chez l'adulte. Le fonctionnement pathologique de l'adolescent est en relation étroite avec le système dans lequel il se développe et nécessite d'être abordé par une approche dimensionnelle. La prise en compte du style d'attachement dans la relation thérapeutique améliore l'alliance thérapeutique. Il est donc nécessaire de prendre en compte le trouble présenté mais aussi l'organisation psychologique avant de choisir une stratégie thérapeutique. Le thérapeute doit interroger l'histoire du trouble et son rôle actuel dans la vie du patient. En

effet, le symptôme peut avoir un rôle de protection. Le faire disparaître ne permettra pas pour autant à l'adolescent de retrouver un équilibre dans son organisation psychologique et peut s'avérer délétère en majorant le déséquilibre préexistant.

- Le rôle des MIO

Les principales manifestations psychopathologiques à l'adolescence regroupent les troubles du comportement, les troubles des émotions et les symptômes associés à la désorganisation, la dissociation et le déficit métacognitif. Selon la théorie de l'attachement, ces troubles peuvent être liés à un trouble de l'attachement à l'origine de MIO dysfonctionnels. La compréhension des liens entre les représentations de l'individu et le type de trouble psychiatrique permet d'identifier les stratégies thérapeutiques efficaces pour ces MIO dysfonctionnels. Il est donc important dans un premier temps d'évaluer la qualité de l'attachement, c'est-à-dire le comportement de l'adolescent par rapport à l'attachement, son histoire relationnelle et son style d'attachement. Cela permet ensuite la mise en place d'un cadre thérapeutique et d'une alliance thérapeutique de qualité ainsi que des stratégies thérapeutiques adaptées au patient (Atger and Pionnié 2006).

b) Evaluation du style d'attachement

- Les échelles et les questionnaires concernant l'attachement

L'AAI est un bon moyen d'évaluer la qualité de l'attachement du patient mais reste compliqué à utiliser dans la pratique clinique. Cependant, certains critères peuvent être repérés comme la forme et la structure du discours concernant l'histoire relationnelle (degré de cohérence...) et le style relationnel (détails autour des souvenirs avec ses figures d'attachement, fonctionnement relationnel). Par exemple, dans le discours de l'adolescent, il peut y avoir des manques qui correspondent à des incohérences de traces mnésiques. Elles ne signifient pas que les événements n'ont pas eu lieu mais traduisent une stratégie adaptative protectrice.

L'IPPA est un auto-questionnaire qui a l'avantage d'être facilement utilisable en pratique clinique. Son interprétation permet d'évaluer le lien à chacun des parents de façon indépendante et la qualité du système affiliatif. Son utilisation en début et en fin de prise en charge permettrait ainsi d'évaluer rapidement l'évolution des représentations de l'adolescence de ses liens d'attachement.

- Informations données par la relation thérapeutique

Le thérapeute peut s'appuyer sur les modalités d'interactions dans la thérapie, rejoignant la notion de transfert, pour recueillir des informations sur le style relationnel du patient (Harris 2004). L'adolescent préoccupé exprime beaucoup d'anxiété, a tendance à répéter de façon itérative ses difficultés et est avide de la relation. Il existe une alternance entre une attitude dépendante et des mouvements de colère. Les propos ont tendance à fluctuer entre l'autocritique et la récrimination des autres, comme responsable de ses difficultés. Dans la thérapie, le comportement peut être hostile, autodestructeur et parfois exaspérant. Il représente une façon d'exprimer la colère ou l'opposition du patient. L'adolescent évitant rend souvent leur prise en charge difficile, avec une façade d'autosuffisance. Il tente de réprimer leurs besoins d'attachement. Il minimise ses difficultés et dépense de l'énergie à éviter d'évoquer leurs émotions négatives. Les traumatismes liés à des événements de vie négatifs et l'existence d'un sentiment de solitude sont souvent banalisés ou niés.

De même, Slade a développé deux axes d'évaluation rapides de la relation à l'attachement de l'adolescent pouvant être pertinents dans la pratique clinique quotidienne (Slade 1999) :

- La dimension désactivation-hyperactivation donne des indices sur le style de défense du jeune dans la régulation des expériences affectives. Il existe un continuum entre l'attachement détaché qui minimise l'expression des affects (désactivation) et le préoccupé qui majore l'expression des affects pour maintenir la proximité du thérapeute (hyperactivation).
- La dimension organisé-désorganisé traduit le niveau de structure psychologique du jeune pour contenir et réguler l'expression de ses émotions. La dynamique du cadre prend tout son sens dans les capacités de contenance qu'il offre, face aux attaques du cadre et dans la rythmicité des entretiens par exemple.

- L'anamnèse

Il est important de recueillir l'anamnèse des événements ayant contribué au style d'attachement de l'adolescent, comme les séparations (familiale, physique...). Les pertes de figures proches (décès...), les troubles psychiatriques des figures d'attachement et la notion d'abus constituent des facteurs de fragilité du lien d'attachement. Le retentissement peut aussi être indirect quand les figures d'attachement de l'adolescent ont subi des pertes. Un génogramme peut aider à la compréhension des interactions familiales et à la mise en évidence de pertes, d'abus ou de séparations dans l'histoire familiale.

c) Stratégies thérapeutiques selon les troubles présentés

La théorie de l'attachement apporte l'idée que pour la même symptomatologie clinique mais pour une organisation psychologique différente, la même prise en charge n'aura pas les mêmes effets thérapeutiques, voir aura un effet iatrogène (Crittenden 2006). La stratégie thérapeutique doit alors prendre en compte le style d'attachement de l'adolescent pour augmenter son efficacité et ne pas majorer ses difficultés (Atger and Lamas 2010).

- Style d'attachement anxieux ou préoccupé

Le sujet anxieux ou ambivalent peut masquer son anxiété en acceptant rapidement les propositions faites par le thérapeute, sans pour autant qu'il y ait une réelle alliance constituée. Il est alors entravé par leurs besoins d'attachement et de sécurité trop intenses, ainsi que par sa dépendance à l'autre. Les troubles psychiatriques liés à un attachement anxieux nécessitent une intervention basée sur un aspect plus « pratique », comme la recherche de solution aux difficultés du patient. L'approche comportementale a un effet contenant et elle évite les débordements émotionnels. Ce type de traitement vise à réguler l'expression des affects négatifs et à réintégrer ensuite l'aspect cognitif. Le réaménagement des MIO a pour objectif d'augmenter les ressources internes de l'individu en diminuant parallèlement la dépendance à l'autre.

Le travail avec la famille constitue un facteur important de réussite de la thérapie. En effet, l'adolescent anxieux est pris dans son vécu émotionnel, lié à la peur d'être abandonné. La thérapie avec la famille va d'abord consister à mettre à jour les insécurités d'attachement au niveau de la famille, puis à construire un environnement familial sécurisé, en se servant du thérapeute comme base de sécurité. Ensuite, le travail va s'effectuer autour des émotions liées à l'attachement qui vont moduler les interactions entre les membres. L'utilisation des *objets flottants*, comme la sculpture vivante peut aider la famille à exprimer corporellement leurs émotions dans un cadre contenant qui évite les débordements émotionnels (Caillé and Rey 2012). La reprise de leur vécu sur un mode narratif permet alors de déconstruire les représentations liées à l'attachement insécurité et de co-construire une nouvelle histoire partagée, sécurisante pour l'adolescent (Delage 2008).

Le travail doit aussi se réaliser autour de l'estime de soi et l'image de soi souvent péjoratives chez l'adolescent anxieux. Ces représentations négatives peuvent être majorées par la puberté et les modifications corporelles associées, fragilisant d'autant plus les assises narcissiques de l'adolescent. Par exemple, le thérapeute peut aider l'adolescent à mobiliser ses ressources personnelles par un travail sur les exceptions. L'entretien amène progressivement l'adolescent à trouver une situation dans laquelle il aurait pu être en difficulté et qu'il a agi différemment. A partir de ce souvenir, le travail va s'effectuer autour de l'amplification et du renforcement de cette ressource (O'Hanlon and Beadle 1997).

- Style d'attachement évitant

Le sujet évitant aura tendance à fuir les questions jugées trop personnelles ou en lien avec l'attachement. Il peut se montrer méfiant et précautionneux. Il aura tendance à invalider les interprétations, même si elles sont justes, et évitera les propositions faites par le thérapeute. Le sujet évitant est en difficulté pour accéder à une thérapie du fait d'un déni de besoin d'aide. Les troubles psychiatriques liés à l'attachement évitant peuvent avoir besoin d'une intervention centrée sur ses représentations et sur la narrativité, c'est-à-dire de réfléchir sur les problèmes du patient. Cela est d'autant plus vrai au début de la thérapie. En effet, le fonctionnement de l'adolescent évitant est essentiellement cognitif avec une répression des affects. Le traitement a alors pour objectif de l'aider à accéder et à exprimer ses émotions et

ses affects, notamment ceux considérés comme négatifs et de déconstruire progressivement ses MIO insécures. Le travail sur les exceptions et la mobilisation des ressources peut représenter ici aussi une stratégie thérapeutique intéressante.

L'utilisation du vécu corporel peut aider l'adolescent évitant à adhérer à la thérapie. Il existe souvent une hostilité quand l'autre propose son aide. Elle est induite par les représentations que l'adolescent possède qu'il faut être fort et sûr de soi pour être aimé et accepté par les parents. L'« intrusivité parentale » empêche l'expression émotionnelle de l'adolescent face à cet autre qui a toujours raison. Ce fonctionnement relationnel peut se rejouer dans la thérapie d'où l'intérêt de mobiliser les stratégies centrées sur le corps, où seul le jeune peut avoir la réponse sur ce qu'il ressent. Le travail thérapeutique vient interroger les sentiments ou les sensations de l'adolescent et les représentations corporelles de ces sensations. La relaxation ou la psychomotricité peuvent se révéler efficaces dans ce contexte.

L'intérêt du travail dans l'ici et maintenant est multiple. L'expérience sécuritaire a une importance particulière chez l'adolescent évitant qui considère la relation à l'autre inutile à satisfaire ses besoins d'attachement. Cela peut représenter un premier travail sur l'entrée en relation avec l'autre. Aussi, le vécu du réel est souvent difficile à intégrer du fait d'une absence de co-construction parentale qui donne une signification ou un sens au vécu. La thérapie familiale présente donc un intérêt pour construire une histoire narrative garante de repères stables et congruents et améliore l'efficacité de la thérapie sur le long terme.

- Style d'attachement désorganisé

L'adolescent désorganisé oscille entre des besoins irrépressibles d'attachement et un rejet de la relation à l'autre. La création de l'alliance thérapeutique n'est possible que de façon très progressive. La fiabilité du thérapeute est essentielle à la construction d'une relation authentique et surtout à la stabilité du lien dans le temps. Le travail thérapeutique doit se faire en coopération, en créant un partenariat dans la relation. L'expérience sécuritaire permettra ainsi l'apprentissage de la nuance dans la relation, dans le comportement et dans la régulation des affects et des émotions.

Le cadre joue un rôle majeur et nécessite d'avoir été clairement établi car l'adolescent va mettre à l'épreuve le soin et le lien en adoptant des comportements variables. Il peut parler librement tout en vivant les réponses du thérapeute comme intrusives ou contrôlantes. Il a tendance à rater les séances initiales et à rompre le lien quand il s'établit (Harris 2004). Il va tester la relation en poussant l'autre à l'extrême de façon à se rassurer sur la permanence et la réalité du lien par peur de l'abandon ou du rejet. Son vécu insécure lui renvoie l'aide proposée par le thérapeute comme dangereuse ou inutile, d'où l'intérêt avant d'aborder d'autres thématiques de travailler le lien.

L'adolescent désorganisé présente souvent des bases d'attachement chaotiques. Le traitement nécessite de déconstruire les représentations instables de l'adolescent, par exemple par l'expérimentation d'un cadre et d'une expérience sécurisantes. Ces nouvelles bases plus stables permettront ensuite la reprise du processus. Face aux changements, le comportement de l'adolescent peut se rigidifier dans le but de « protéger » ses parents. Il est d'autant plus vulnérable que le faux « self », c'est-à-dire le « visage » qu'il donne à voir, prend la place en s'associant à une répression des affects. Toutes informations non concordantes avec les schémas préétablis sont exclues. Il refuse ainsi toute autre lecture de son vécu que celle choisie par ses parents.

Lorsque l'adolescent présente une ségrégation de modèles représentationnels non cohérents, il est vulnérable au stress qui va réactiver cet ensemble et générer une dissociation. Cela représente un enjeu thérapeutique majeur. La thérapie consiste à rendre cohérents les éléments dissociés en modélisant dans la thérapie des passerelles permettant l'acquisition d'un métamodèle des représentations congruent et efficient.

5) Intégration des parents et du système familial dans la thérapie

a) Intérêt d'une prise en charge associant les parents selon la théorie de l'attachement

- L'adolescent dans son système familial

D'un point de vue systémique, le système familial se construit autour de différents points d'équilibre qui intègrent l'attachement, c'est-à-dire les liens qui existent entre les membres du système. La préservation de cet équilibre est permise par des mécanismes adaptatifs d'autorégulation et d'auto-organisation, dont l'objectif est de maintenir une homéostasie dans le système. En reprenant la comparaison avec le fonctionnement neurobiologique, la régulation du système se fait essentiellement par biofeedback et par rétrocontrôle à travers les interactions entre les membres.

Le système inclut de multiples sous-systèmes (couple, fratrie...). Chacun des membres de la famille peut se retrouver dans plusieurs sous-systèmes de façon simultanée. Les capacités adaptatives du système vont donc dépendre de la flexibilité des sous-systèmes. Un dysfonctionnement peut émerger si l'un des membres doit intégrer simultanément deux sous-systèmes en conflit ou contradictoires ou lorsqu'il est inclus dans des sous-systèmes inappropriés, par une altération de la flexibilité des sous-systèmes.

Plus précisément, l'attachement au niveau familial intègre les interactions entre les protagonistes du système. Cette combinatoire complexe des représentations d'attachement correspond au style relationnel généralisé de la famille et constitue dans un cadre adapté la base familiale de sécurité (Delage 2008). Ainsi, la prise en compte de l'ensemble des sous-systèmes apporte des informations importantes dans la thérapie : chacun peut être alternativement aidant, soutenant ou freinateur de changement.

- Apports d'un travail avec l'adolescent et ses parents

Ce travail permet de recueillir d'autres éléments concernant les interactions parents-enfant. Il permet d'évaluer l'état d'esprit en rapport avec l'attachement des parents (parent insécure/parent sécure) et la sensibilité de chacun en tant que caregiver. Il peut mettre en évidence plus facilement des troubles des interactions, comme une inversion des rôles entre l'adolescent et le parent. Cela peut aider dans la compréhension des manifestations symptomatiques du patient.

Par exemple, l'attachement parental anxieux peut être à l'origine d'une inversion des rôles. L'enfant sera alors dans le rôle de protecteur, de soutien ou de réassurance face à son parent. Au moment de l'adolescence, ce fonctionnement risque d'entraver le processus d'exploration de l'adolescent et représenter une menace de perte et d'abandon pour le parent liée au processus de séparation individuation (Delage 2008).

Il existe un intérêt à proposer une approche intégrant le système pour plusieurs raisons :

- L'apport d'informations autour du système permet d'évaluer le modèle global d'attachement du jeune,
- L'analyse de la spécificité des liens de l'adolescent avec ses parents ou d'autres figures d'attachement permettent de saisir les enjeux relationnels liés au changement,
- Le risque d'une mise en échec du processus psychothérapique par devoir de loyauté face au système, dans un fonctionnement inconscient, et réciproquement, l'absence de prise en compte du système familial dans la thérapie peut conduire à un renforcement de la position rigide du système face à l'évolution de l'adolescent pouvant faire échouer la thérapie.

L'intégration de ces différents paramètres permet de faciliter la mise en place de l'alliance thérapeutique et du processus de changement dans un cadre sécuritaire pour le jeune. Cela est d'autant plus vrai s'il est validé par la famille. Le travail peut alors s'effectuer au rythme de l'adolescent et de son système, en développant la confiance de l'adolescent dans la disponibilité du caregiver lors de sa prise en charge et plus largement dans le quotidien. Il

valide un sentiment d'appartenance de l'adolescent à sa famille. Cela facilite alors la reprise du processus d'exploration et d'autonomisation. L'adolescent peut s'autoriser à être et penser autrement.

- L'espace thérapeutique, un médiateur de la communication intrafamiliale

Contrairement aux relations précoces entre parent et enfant, l'adolescent est doué de langage. Il peut communiquer avec ses parents différemment. La mise en jeu des conflits peut se situer sur un autre plan, avec une réciprocité des incompréhensions de chacun sur un mode verbal. L'attitude parentale devant cette incompréhension mutuelle peut devenir rejettante et nécessite un espace différent pour pouvoir s'exprimer et comprendre ce que chacun tente de dire à l'autre, donner du sens aux conflits, afin d'éviter l'escalade des tensions ou l'impasse communicationnelle.

Aussi, la prise d'autonomie ou l'affirmation de l'adolescent peut majorer le sentiment de rejet chez les parents particulièrement dans les moments de tension. Pour autant, les comportements de provocation de l'adolescent ont souvent pour fonction de venir interroger les capacités de contenance et les non-dits parentaux. L'espace thérapeutique représente alors un lieu d'échange neutre. Les parents peuvent ainsi s'exprimer librement au sujet de leur ressenti, notamment des affects négatifs, pour ensuite redonner du sens à leur vécu et se déculpabiliser. Il est plus important de soutenir les ressources familiales que de se focaliser sur les difficultés (Stern 1995).

Il existe donc un intérêt à proposer la thérapie familiale lorsqu'il existe des difficultés communicationnelles ou lorsque l'adolescent n'arrive pas à se distancer de la problématique familiale, qui majore ses difficultés. En effet, lorsque le symptôme émerge dans une situation de menace concernant la disponibilité parentale, il existe une problématique d'attachement associée. Les troubles témoignent alors d'une problématique de dépendance. De même, les manifestations psychologiques centrées sur l'agir ont souvent pour fonction de communiquer, l'acte s'adressant à l'autre de manière inefficace. Au contraire, la thérapie individuelle est proposée au jeune dont le processus de différenciation et d'individuation est déjà bien engagé et qui est capable d'investir le travail thérapeutique.

b) Le cadre et les outils thérapeutiques

- Le cadre thérapeutique

Dans le travail avec le jeune et sa famille, il est important de délimiter deux espaces de travail bien différenciés, l'un autour de la sphère intrapsychique de l'adolescent selon ses besoins et son envie et l'autre concernant le fonctionnement familial. Ces espaces définissent une place pour chacun et permet un travail autour des différentes problématiques présentées par l'adolescent. L'adolescent va ainsi pouvoir se différencier de l'autre, s'approprier sa propre histoire et individualiser sa pensée. Le cadre de la thérapie contribue à aider les parents à se séparer de leur adolescent (Courtois and Mertens de Wilmars 2008).

- Les outils du thérapeute

La triangulation et la base de sécurité

Le thérapeute a un rôle de triangulation entre les différents membres de la famille. Il permet de réinstaurer du mouvement dans un système où les liens sont figés et un dialogue lorsque les capacités communicationnelles sont bloquées. Il représente une base sécurisée pour le système, afin que chacun puisse s'appuyer sur cette expérience pour remobiliser les interactions avec les autres membres et reconstruire ensemble une nouvelle histoire narrative, partagée (Bowlby 1988).

Par un processus de résonance, le thérapeute accompagne les parents à réintégrer leur rôle de base de sécurité, en leur offrant la possibilité de mieux comprendre leur enfant. Ils peuvent ainsi rechercher de nouvelles réponses aux besoins de leur enfant. L'adolescent peut découvrir l'histoire parentale ou la redécouvrir et lui donner un nouveau sens. Il peut alors partager les expériences difficiles de ses parents liées à leurs propres liens d'attachement et ainsi mieux comprendre leurs réactions. La notion de transmission transgénérationnelle permet parfois de

diminuer la culpabilité parentale par rapport aux difficultés dans le lien à leur enfant (Atger and Lamas 2010).

Le langage infraverbal

L'utilisation du registre infraverbal aide à assouplir les défenses face au changement et permet une meilleure intégration de celui-ci en mobilisant les émotions et les affects. Le système va pouvoir créer de nouvelles représentations, notamment sur un mode métaphorique qui sera jugé moins intrusif et qui pour autant mobilisera les compétences relationnelles des membres de la famille et les interactions entre eux.

Dans son livre sur les *objets flottants*, Philippe Caillé, psychiatre et thérapeute de famille, a décrit différents moyens de médiation des relations intrafamiliales. L'objet utilisé a alors comme fonction de créer un mode de communication immédiate entre les différents protagonistes pour co-créeer dans l'intersubjectivité une expérience commune. Cela permet d'introduire du jeu lorsqu'il existe des rigidités transactionnelles trop intenses : sculpture vivante, jeu de l'oie... (Caillé and Rey 2012).

La fonction réflexive

L'évaluation des capacités réflexives chez les parents permet de prédire les stratégies d'adaptation face au stress de leur enfant. En effet, les capacités de mentalisation du parent vont permettre de développer la métacognition de l'enfant et de l'aider dans ses représentations de lui-même, de l'autre et de son environnement. Si ces fonctions sont défaillantes, le thérapeute devra aider le jeune et ses parents à verbaliser leurs MIO afin d'améliorer leurs capacités réflexives et de mieux comprendre les stratégies familiales et individuelles mises en place (Allen, Fonagy et al. 2008).

L'homéostasie du système

En reprenant le concept d'homéostasie du système, l'adolescence représente une phase de remaniements à l'intérieur du système familial. La prise en compte des parents est donc importante dans le travail thérapeutique. Ils traversent, eux aussi, une période de « crise » au moment du processus adolescent par effet miroir. Ces changements chez leur enfant nécessitent un réajustement de leur position parentale et peuvent être à l'origine de modifications dans leurs représentations, mais aussi de changements dans la relation du couple.

Cette prise en charge globale permet aux parents de réinvestir leur rôle en formant un couple parental qui prend des décisions ensemble, de partager les « fantômes du passé » et les difficultés du présent afin d'aborder plus sereinement l'avenir. L'intérêt de la thérapie est alors de diminuer la charge émotionnelle de ces souvenirs envahissants en les partageant dans un espace sécurisé pour pouvoir digérer le passé et reconstruire une histoire partagée en se rendant plus disponible pour leur enfant. La contenance parentale donne des repères symboliques au jeune. Il peut alors se reposer dessus pour s'opposer aux parents dans le réel, conflictualiser leurs relations et ainsi relancer le processus de séparation et d'autonomisation.

Le thérapeute n'est pas là pour se substituer aux parents. Il triangule les relations. Il doit donc rester vigilant à ne pas s'enfermer dans une relation duelle et devenir l'objet de transactions ou de clivages destructeurs et péjoratifs pour l'ensemble du système (Delage 2009).

c) Le rôle du symptôme dans le système familial

Bowlby était persuadé de l'intérêt de l'approche systémique afin de développer la théorie de l'attachement, notamment au niveau thérapeutique (Bowlby 1988). La thérapie d'orientation systémique prend en compte le contexte de vie de l'individu dans le travail psychothérapeutique. Les symptômes sont lus comme des liens interactionnels entre les individus du système. Le patient est considéré comme porteur de compétences pour ce système. Le symptôme remplit ainsi une fonction particulière afin de maintenir l'équilibre du système et les liens entre les

membres. La question se pose du rôle du symptôme et de son utilité au système. En s'appuyant sur la théorie de l'attachement et sur les différents courants systémiques, plusieurs lectures peuvent être apportées aux manifestations symptomatiques de l'adolescent en ce qui concerne leur signification et leur rôle dans le système.

- Le symptôme comme révélateur d'un déséquilibre du système

Selon le courant structural (Minuchin, Du Ranquet et al. 1979), l'étude des modalités d'interactions entre les individus permet de définir trois types de frontières : les frontières étanches ou rigides à travers lesquelles aucune émotion n'est véhiculée, les frontières floues ou fusionnelles où tout se dit et les frontières semi-perméables qui permettent des échanges à travers des sas ou des filtres. Ces frontières reprennent les catégories d'attachement d'Ainsworth : les frontières rigides comme attachement intrafamilial évitant, les frontières floues comme attachement intrafamilial anxieux. A l'adolescence, les frontières instaurées nécessitent d'être modifiées du fait du processus de séparation et d'individuation et pour répondre à des nouveaux besoins d'autonomie et d'exploration de l'adolescent. Lorsque celles-ci sont trop rigides, le changement correspond à un risque de rupture du système. Lorsqu'elles sont trop floues, elles ne répondent pas aux besoins de sécurité nécessaire au jeune pour activer son système d'exploration.

Selon ce courant, la relation dialectique est une relation instable. Le système nécessite l'existence d'une triangulation pour être viable. L'étude des règles et des lois du système (qu'elles soient officielles ou officieuses) permet de définir les valeurs qui régissent les frontières du système et les modalités d'interactions entre les membres. L'apparition du symptôme correspond alors à un élément dysfonctionnel dans le système qui s'oppose à ces valeurs. La thérapie systémique va avoir comme objectif de restructurer le système pour diminuer les manifestations symptomatiques, d'assouplir les frontières trop rigides et de rendre plus contenant les frontières trop floues dans un but de retrouver une homéostasie du système.

- Le symptôme comme révélateur d'un blocage du système

Le courant existentiel ou expérientiel décompose le système à travers les différents cycles de la vie qui représentent les différents stades d'évolution de la vie de la famille. Chaque étape nécessite une réorganisation du système familial. Le symptôme correspond à une incapacité du système à franchir une nouvelle étape, figeant le processus évolutif (Hendrick 2009).

Ce courant décrit deux types de famille d'équilibre précaire : la famille enchevêtrée, très fusionnelle, toujours en interaction avec un lien fort (attachement anxieux-ambivalent) et la famille désengagée où chacun vit sa vie de son côté, dans un excès d'autonomie (attachement évitant). L'adolescence est un moment d'acceptation et de réajustement des parents autorisant l'exploration tout en restant protecteurs. Selon le type d'interactions familiales, les réactions face à la nécessité de réajustement chez l'adolescent vont être différentes : l'adolescent de la famille enchevêtrée va présenter des difficultés face aux tensions et à la solitude, tandis que celui de la famille désengagée va présenter des difficultés à créer des liens durables.

Le but de la thérapie est de tendre vers un intermédiaire entre ces deux fonctionnements. La thérapie va tenter de donner une impulsion pour débloquer le système, en passant par l'expression des émotions éprouvées (joie, tristesse, peur, colère...). En effet, le travail autour des émotions permet de rétablir la communication, autorisant les membres à exprimer ce qu'ils ressentent. Ce travail passe par l'expérience partagée, dans l'objectif de remettre du mouvement dans un processus figé.

- Le symptôme comme tentative de solution

Selon le courant stratégique, les difficultés de chacun dans le système peuvent venir remplir une fonction dans l'interaction relationnelle (entre le parent et l'enfant, dans le couple, dans la fratrie...), lorsqu'il existe une problématique interpersonnelle. Le symptôme représente une tentative de réponse à cette problématique et devient par la suite un problème en soi. Le symptôme détient alors une fonction positive comme tentative de solution bien qu'elle soit mise en échec par la suite. L'intérêt est alors de s'interroger sur la façon dont ce symptôme est utile dans l'interaction entre les membres (Hendrick 2009).

Le symptôme cherche à maintenir l'homéostasie familiale en révélant un déséquilibre qu'il tente de combler. Si le symptôme ne remplit plus cette fonction dans l'interaction, qu'il n'est plus adapté au contexte, alors il peut se modifier ou disparaître. L'objectif de la thérapie est de moduler les interactions pour rétablir un équilibre de la relation non pathologique et d'apaiser les symptômes. Le développement de nouvelles stratégies permet de résoudre les manifestations symptomatiques du jeune. L'exemple qui a été souvent décrit dans la littérature est celui de l'enfant insécure anxieux. Son rôle d'objet contraphobique d'une mère anxieuse peut générer des manifestations anxieuses comme la phobie scolaire.

- Le symptôme comme témoin de l'histoire transgénérationnelle

Selon le courant transgénérationnel, le symptôme peut avoir un rôle de témoin de l'histoire familiale. Les manifestations symptomatiques vont ainsi assurer la continuité de la transmission du traumatisme ou des conflits irrésolus dans les générations suivantes (Andolfi 2002). Dans la thérapie, l'étude de l'histoire de chacun des parents apporte des explications sur la façon dont l'histoire de chacun peut l'encombrer et les conséquences sur ses liens aux autres membres de la famille. Il existe souvent une loyauté aux valeurs des générations précédentes même si celles-ci se révèlent néfastes pour le système en place. Il est possible d'utiliser le génogramme afin d'appréhender les interactions transgénérationnelles et de mettre du sens à l'histoire de la famille et les répétitions de comportements pathologiques. L'adolescent peut alors s'approprier son histoire et donner du sens à son vécu, en trouvant sa place dans le système. Cette conception des modalités relationnelles propose la notion de « *dettes relationnelles* » pour expliquer les intrications des problématiques relationnelles entre les différentes générations. Par exemple, les parents donnent la vie, les enfants leur sont redevables.

d) Processus thérapeutique et attachement

Le travail basé sur la théorie de l'attachement au niveau familial va s'axer autour de la communication dans le système, de l'assouplissement des interactions avec le repositionnement parental comme base de sécurité. Ses objectifs ont pour conséquence une amélioration de la symptomatologie clinique de l'adolescent par un apaisement ou une résolution des conflits et une reprise possible du processus de développement souvent figé par les troubles présentés. En reprenant les différents domaines d'intervention proposés par Holmes, en lien avec la théorie de l'attachement, plusieurs cibles peuvent être utilisées dans le travail avec les parents en thérapie familiale :

- La notion de base de sécurité entre attachement et exploration :
 - le *coparenting* ou rôle complémentaire des deux caregivers parentaux, l'intérêt de la séparation thérapeutique et la notion de base de sécurité familiale,
 - la confiance parentale, la sensibilité parentale : le rôle de caregiver dans la reprise de l'exploration de l'adolescent,
- Les MIO :
 - l'utilisation de la métacognition pour se mettre à distance des difficultés et les analyser,
 - l'intérêt du thérapeute comme tiers et de la triangulation,
 - le travail sur les valeurs familiales, l'amélioration de la communication dans le système,
 - le travail sur les émotions et l'intensité des émotions négatives,
- La co-construction d'une histoire alternative :
 - l'expérience partagée dans l'ici et maintenant, l'ouverture vers de nouvelles stratégies adaptatives,
 - le thérapeute comme base sécurisée pour la famille afin de réenclencher leur processus d'exploration,
 - le transgénérationnel, l'élaboration des pertes et des non-dits familiaux.

- La base de sécurité : balance entre attachement et exploration

L'objectif est de travailler la confiance et la sécurité chez les parents pour qu'ils puissent autoriser leur enfant à explorer et investir de nouveaux centres d'intérêt. Le travail avec les parents permet de mobiliser et de valoriser leurs compétences en tant que base sécurisée pour leur enfant. Il a été décrit par plusieurs auteurs que le changement chez l'adolescent est mieux assimilé par le système familial si celui-ci participe au traitement ou à la prise en charge (Siqueland, Rynn et al. 2005).

Le travail au niveau du couple parental a pour objectif de développer la complémentarité des capacités de caregiving des parents et de rétablir une alliance dans le but de protéger et d'aider l'adolescent à grandir et à s'autonomiser. Les parents doivent être dans un processus de coopération et d'alliance en tant que caregivers, nommé *coparenting*, pour accompagner ce processus. Lorsqu'il existe des conflits conjugaux, la prise en charge des problèmes de couple permet aux parents de pouvoir ensuite se concentrer sur leur rôle de base de sécurité. Les conflits conjugaux ou les problèmes de coparenting augmenteraient le risque d'attachement désorganisé (Pape Cowan and Cowan 2005).

La séparation thérapeutique peut être une modalité thérapeutique lorsque le système parental est en grande difficulté. Elle prend une dimension spécifique au travers de la théorie de l'attachement. La séparation est nécessaire quand les parents sont en incapacité de jouer leur rôle de base sécurisée ce qui conduit à un blocage de l'exploration, sans ouverture possible. En effet, la détresse de l'adolescent va activer son système d'attachement. L'anxiété parentale face à l'activation de ce système va donner une réponse inadaptée majorant la détresse de l'adolescent. Cette démarche risque de faire émerger chez les parents un sentiment d'être disqualifiés dans leur rôle protecteur. La séparation avec l'enfant ne signifie pas qu'ils sont exclus de la prise en charge. Celle-ci est réalisée afin qu'émerge une crise dans le système permettant ainsi son ouverture en interrompant la spirale dans laquelle le système est pris. Pour que cette stratégie thérapeutique aboutisse, il est important d'expliquer aux parents leur rôle dans la prise en charge (Atger and Lamas 2010).

L'un des autres axes possibles est de travailler avec la famille afin que celle-ci représente une base de sécurité familiale permettant à chacun des protagonistes d'exprimer leurs affects négatifs et leur ressenti tout en restant confiant de la disponibilité et de la sensibilité des autres membres dans leurs réponses. Cela consiste dans la construction d'une autre dynamique relationnelle en permettant que le système accède à des récits plus cohérents par rapport au vécu de chacun des membres et de l'histoire familiale (Byng-Hall 1999).

- Le travail sur les MIO et la communication dans le système

L'existence de croyances erronées, comme le fait qu'un conflit ou une divergence d'opinion va mettre à mal la relation parent-enfant, vient bloquer toute possibilité de négociation et de communication entre eux. Cela peut entraver le processus d'individuation et d'autonomisation, car l'indépendance qu'elle soit physique et psychique est alors synonyme de menace pour le système. Ce type de fonctionnement augmente la dépendance de l'adolescent à ses parents, ce qui va renforcer son propre sentiment d'incompétence et réciproquement.

Dans l'espace sécuritaire de la thérapie, les différents protagonistes vont être encouragés à évoquer les sentiments et expériences en lien avec des émotions négatives comme la colère ou la tristesse. L'idée est de partager le vécu de chacun, de voir les convergences et les divergences des ressentis. Le thérapeute triangule les relations entre les différents membres. Il les amène à mobiliser leurs capacités réflexives pour avoir une meilleure compréhension de leur fonctionnement. Cela permet d'extraire des valeurs communes aux membres de la famille et de leur permettre de trouver un langage commun. La communication intrafamiliale va être de meilleure qualité et plus apaisée. Chacun peut alors négocier dans une dynamique relationnelle positive.

Il est important de travailler sur les liens pour les rendre plus flexibles, par exemple en modifiant les comportements parentaux de surprotection et d'hypercontrôle. L'adolescent peut alors trouver une distance plus acceptable, en le dégageant du lien de dépendance et en lui permettant de s'affirmer en tant qu'individu. Ce travail vise aussi à améliorer les

compétences dans la résolution de problèmes du système et le renforcement positif de l'adolescent, en diminuant l'intensité des émotions négatives comme l'hostilité.

- La co-construction d'une histoire alternative

L'espace thérapeutique constitue un espace de co-construction pour la famille qui peut expérimenter de nouvelles modalités relationnelles. Les différents protagonistes s'engagent ensemble dans la compréhension et le changement de leurs relations. C'est l'occasion d'échanger autour de l'histoire familiale. L'espace sécurisé aide à la verbalisation des « secrets de famille ». L'enjeu n'est alors plus de se rejeter la faute ou la responsabilité mais de permettre l'émergence d'une histoire alternative permettant une ouverture. Le changement doit se faire progressivement « *step by step* » pour qu'il soit acceptable par la famille. Sinon, il existe un risque de mobilisation défensive du système interrompant le processus thérapeutique (Delage 2005).

La prescription de tâche ou la mise en place d'un contrat mobilisent la famille en dehors des séances et la rendent active dans le processus thérapeutique. Ils doivent être acceptables et accessibles à tous les membres pour être viables. Ils peuvent ainsi constater par eux-mêmes les changements dans leurs modalités relationnelles et dans leur fonctionnement propre au quotidien.

Le réajustement du lien dans la thérapie va permettre d'augmenter les capacités d'adaptation et les stratégies de « coping » de l'adolescent. Ainsi, il aura de meilleures ressources pour se confronter aux tâches nécessaires à son développement, comme l'acquisition de l'autonomie tout en préservant un équilibre psychologique. En effet, l'étude de Shapiro a décrit un lien entre la qualité de l'attachement et les stratégies de « coping » chez l'adolescent, c'est-à-dire les stratégies utilisées par celui-ci pour limiter l'impact d'une situation de stress sur son bien-être psychologique et physique (Shapiro and Levensky 1999).

6) Conclusion

La thérapie basée sur la théorie de l'attachement tient compte des deux dimensions intra et interpersonnelle dans la prise en charge de l'individu (Delage 2006). Les travaux sur l'attachement ont conduit à des démarches diagnostiques et à des implications sur le traitement. Ils démontrent que l'attachement n'est pas uniquement lié aux interactions précoces bien qu'elles génèrent des schémas représentationnels qui guideront le développement de l'enfant. L'attachement peut se modifier tout au long de la vie par une expérience thérapeutique ou par une rencontre notamment lors de la formation d'un couple avec un partenaire sécure. De même, certains événements de vie significatifs peuvent moduler les MIO (Cozzarelli, Karafa et al. 2003). L'importance de la recherche sur l'attachement est donc devenue primordiale pour la pratique thérapeutique.

Ce type de thérapie a pour objectif de rendre visible et lisible les besoins d'attachement de l'adolescent. Par exemple, du point de vue de la théorie de l'attachement, les troubles du comportement, qu'ils soient externalisés ou internalisés, sont le fruit de besoins d'attachement insatisfaits et sont alors à interpréter en termes de stratégies pour maintenir le lien tout en se protégeant du rejet ou de l'abandon. L'évaluation des représentations et des comportements d'attachement sert alors de guide dans l'alliance thérapeutique, ce qui augmente l'efficacité du processus thérapeutique. Une fois mise en place, le thérapeute est utilisé comme base sécure pour une expérience d'attachement qui pourra par la suite s'étendre à d'autres expériences d'attachement. Cela contribue à modifier les représentations liées à l'attachement et à améliorer les capacités réflexives en permettant d'explorer les MIO de l'adolescent. Il existe des objectifs à un niveau intrapersonnel, comme l'estime de soi et la confiance en soi, et à un niveau interpersonnel (aptitudes sociales, accès à de nouvelles expériences, investissement du monde). Les stratégies thérapeutiques prenant en compte la théorie de l'attachement à l'adolescence représentent un moyen de rétablir l'équilibre entre autonomie et exploration et de développer de nouvelles stratégies adaptatives chez l'adolescent pour sa vie future.

Le travail familial permet d'améliorer la communication intrafamiliale et d'accompagner la résolution des manifestations psychopathologiques de l'adolescent en rendant les liens plus

flexibles dans le système et en repositionnant les parents en tant que base sécurisante. L'adolescent peut alors reprendre le processus de négociation nécessaire à son développement dans un climat apaisé et favorable au processus de séparation et d'individuation.

III- Illustration de l'utilisation de la théorie de l'attachement dans le travail thérapeutique avec trois vignettes cliniques

1) Antonin et ses « gênes » : un attachement anxieux-ambivalent

Antonin a 11 ans quand sa mère nous l'adresse en consultation au CMP. Elle demande qu'il soit suivi car elle ne sait plus comment l'aider dans ses difficultés. Selon elle, Antonin se plaindrait de troubles obsessionnels compulsifs (TOC) qu'il n'arrive plus à contrôler, il aurait des difficultés relationnelles avec ses pairs et appréhenderait la rentrée prochaine en classe de 6^e.

a) Biographie

Antonin est le deuxième d'une fratrie de deux enfants. Son frère Thomas est âgé de 12 ans. Les rapports entre eux sont compliqués depuis la petite enfance. Antonin explique qu'ils se disputent constamment. Son frère l'insulterait fréquemment en se moquant de son comportement.

Madame ne travaille pas actuellement. Elle a été hôtesse de l'air. Elle a fait le choix par la suite de devenir femme au foyer pour pouvoir s'occuper de ses deux enfants. Monsieur travaille dans une entreprise où il a beaucoup de responsabilités. Ses horaires de travail sont conséquents et l'amènent à rentrer tard à la maison. Monsieur est divorcé d'une première union, de laquelle il a eu deux garçons. Il les voit régulièrement. Les grands pères d'Antonin sont décédés. Le décès de son grand père paternel remonte à trois ans. A son évocation, Antonin et ses deux parents ont les larmes aux yeux. Madame explique qu'il avait une grande place dans la famille.

La grossesse de Madame s'est déroulée sans difficultés. Dans les premières années de vie d'Antonin, son frère Thomas a fait beaucoup de colère. Madame déclare spontanément qu'elle a été moins présente pour Antonin. Elle exprime avoir eu des difficultés à être dans le lien avec lui, trop prise par les problèmes de son autre enfant. Elle a d'ailleurs demandé à une amie de la famille de venir la suppléer, car elle se sentait dépassée. Pourtant Madame ajoute que les premières fois, elle a eu de grandes difficultés à laisser ses enfants en garde.

En maternelle, Antonin a présenté des angoisses lors des séparations avec sa mère, qui se manifestaient par des crises de larmes. Elles se sont amendées rapidement. Antonin va à l'école sans difficultés, mais il ressent une anxiété importante lorsqu'il s'éloigne de la maison, comme pour les vacances par exemple. Il explique alors qu'il se rassure grâce à des « gênes », qui correspondent à des TOC. Il est actuellement scolarisé en CM2. Ses résultats scolaires sont bons. En revanche, il présente des difficultés relationnelles avec ses pairs. Il décrit un isolement, avec le sentiment d'être mis à l'écart.

b) Emergence des troubles

Antonin explique que les « gênes » ont commencé au moment du CE2. Il fait état d'un souvenir de vacances en famille. Lors de ce séjour, il s'est senti isolé, rejeté par son frère et ses cousins. Ce souvenir reste douloureux à évoquer. Il décrit la scène avec détails, en nommant une tristesse intense. Il fait le constat de l'apparition des « gênes » par la suite.

Ces « gênes » correspondent à des pensées obsédantes en lien avec des angoisses autour de ses jeux (toupies, cartes), qui s'expriment essentiellement le matin. Il décrit des actes compulsifs afin d'éviter que ses pensées se réalisent, comme des rituels de vérification (fermer plusieurs fois la porte de sa chambre) ou de lavage (phobie de la saleté). Ces comportements sont rapidement critiqués par Antonin qui précise que « *c'est dans ma tête* » et « *ça m'angoisse pour mon avenir car ça devient de plus en plus envahissant.* »

Antonin a essayé par lui-même plusieurs tentatives pour solutionner ses « gênes ». Il explique qu'il avait trouvé une phrase à visée conjuratoire qui lui permettait de ne pas avoir à faire ses « gênes » pour apaiser son angoisse. Cette phrase s'est révélée efficace pendant deux semaines, qu'il a vécu comme une libération. Puis, ses symptômes sont réapparus, associés à un vécu d'échec très intense. Il peut exprimer son mal être face à la situation.

Lors d'une consultation ultérieure, il relate un autre souvenir de son enfance. Lorsqu'il avait 5 ans, il était seul dans la voiture, attendant que sa mère et son frère reviennent d'un rendez-vous chez le psychologue. Il avait alors des pièces de jeu de construction qu'il a serré très fort dans ses mains pour apaiser son sentiment d'être seul, isolé et de ne pas être écouté. Il décrit ce geste comme un besoin irrépressible afin de combattre les émotions trop fortes qui l'envahissaient à ce moment-là. Il a par la suite utilisé ce genre de comportements pour gérer son anxiété, en prenant soins de les cacher à ses parents. Ses « gênes » étaient au départ circonscrites à la vie familiale. Elles augmentaient en présence de son frère.

Sur le plan relationnel, Antonin appréhende le passage en classe de 6^e. En effet, à partir du collège, il aura plusieurs professeurs et non pas un instituteur seul. Cela l'inquiète beaucoup. Il exprime aussi des difficultés à nouer des liens avec d'autres jeunes de son âge et à trouver sa place dans un groupe. Il décrit aussi une peur d'être rejeté. Il a ainsi interrompu le scoutisme et la musique, car il se sentait en décalage avec le groupe. Sur le plan émotionnel, il présente des difficultés à mettre des mots sur ce qu'il ressent, rapidement débordé par ses émotions. Il explique qu'il contient difficilement sa colère surtout dans la famille, plus particulièrement avec sa mère et son frère. Ses parents le décrivent comme « *se mettant en colère rapidement, surtout avec son frère* ». Ils expriment leur épuisement et le sentiment d'être débordés face à ses comportements. Antonin hyperinvestit la sphère cognitive. Il a tendance à rationaliser ses comportements, surtout lorsqu'il est en situation de stress. Il appréhende la nouveauté et paradoxalement bien que ses « gênes » soient moins intenses à l'extérieur de la maison, il a des difficultés à s'en éloigner. Ses assises narcissiques sont fragiles, avec une faible confiance en soi et une mauvaise estime de soi, qu'il semble combler par un discours recherché et valorisant ses compétences intellectuelles.

c) Discussion

La demande de consultation vient de la mère d'Antonin. Elle met d'abord en avant ses difficultés maternelles qui peuvent être envisagées comme une mise en défaut de son rôle de caregiver dans sa capacité à la fois à protéger son enfant en situation de stress et en même temps à comprendre et donner sens à ce qu'Antonin ressent. Les problèmes avec le frère aîné Thomas et la rivalité fraternelle semblent questionner la propre relation d'attachement de la mère sur un mode insécure. Sa tendance à contrôler l'espace relationnel orienterait vers un attachement anxieux résistant, voire désorganisé, en lien avec des vécus traumatiques encore actifs (violence, abus). Le comportement du père d'Antonin, par le surinvestissement de la sphère sociale et de part son histoire, orienterait plutôt vers un type d'attachement évitant peu soutenant à la fois pour Antonin et à la fois pour sa mère.

Les symptômes présentés par Antonin sont doubles : d'un côté les crises de colère, de l'autre les « gênes » c'est-à-dire un comportement compulsif qui semble s'être mis en place dans une situation avec son frère et ses cousins qu'Antonin semble avoir vécu sur un mode abandonnique. La demande de consultation arrive également à un moment double : l'entrée dans l'adolescence et la perspective d'entrée en sixième, passage où se rejoue la qualité de la relation d'attachement. Ses TOC ont clairement une fonction de tentative de sécurisation et de réassurance, c'est-à-dire une fonction de « doudou ».

L'ensemble de ces constations sont en faveur d'un attachement insécure. Les éléments du discours tendent vers un trouble de l'attachement de type anxieux ambivalent avec un débordement des affects et des émotions, une mauvaise estime de soi, une hypervigilance dans la relation à l'autre et une peur de l'abandon, des difficultés relationnelles et d'adaptation à des situations de stress ou de nouveauté. Il existe aussi une maîtrise de l'environnement à l'origine d'une altération des capacités d'exploration. Il a développé une stratégie autocentrée afin de répondre à ses propres besoins de sécurité, bien qu'il maximise les besoins d'attachement à sa mère en captant son attention par sa symptomatologie. Celle-ci est teintée d'ambivalence entre une dépendance à celle-ci sur un mode conflictuel et en même temps des velléités d'autonomie s'associant parfois à des comportements de rejet : « *Je ne suis plus un bébé* ». Ces manifestations répondent à l'alternance de comportements fusionnels

ou rejetants de la mère liés à la problématique d'attachement maternel, associés à une absence de la figure paternelle pour venir rééquilibrer le système.

Le moment du passage en 6^e et le besoin de s'autonomiser d'Antonin ont majoré les manifestations symptomatiques de son processus de sécurisation et le comportement fusionnel envahissant de sa mère. Antonin est dans de grandes difficultés pour explorer des situations nouvelles particulièrement dans la relation à l'autre où il a tendance à se faire rejeter. Le système exploratoire est altéré. Les « gênes » sont alors devenues invalidantes, créant de la dépendance d'Antonin vis-à-vis de sa mère. Ses assises narcissiques sont fragiles, avec une faible confiance en soi et une mauvaise estime de soi, qu'il semble combler par un discours recherché en valorisant ses compétences intellectuelles, ce d'autant qu'avec l'entrée dans l'adolescence ses capacités à la pensée réflexives sont au premier plan.

d) Prise en charge d'Antonin

- Le cadre thérapeutique

Après le premier entretien avec Antonin et ses parents, celui-ci exprime son refus que sa mère soit présente aux rendez-vous ultérieurs. Dans le contrat mis en place, il est précisé à Antonin qu'il viendra seul aux consultations (afin d'établir un lien de confiance avec lui), mais que ses parents seront invités à participer aux entretiens chaque fois que je le jugerai nécessaire pour avancer dans la thérapie. Le choix s'est donc fait en faveur d'un suivi individuel régulier avec des temps de travail commun avec la famille. Les parents d'Antonin semblent épuisés de son comportement. Devant les propos agressifs qu'ils tiennent à son égard, le thérapeute tient alors un rôle de tiers médiateur nécessaire à la reprise des échanges familiaux dans un cadre constructif. Le cadre de soin se doit d'être sûr et disponible pour permettre à l'adolescent de s'ouvrir à une prise en charge. L'alliance s'est faite progressivement et s'est renforcée par le maintien d'un espace propre à lui où sa mère ne pouvait pas s'exprimer à sa place. Antonin a investi le lieu de soin comme un espace sûr, où il pouvait s'autoriser à évoquer ses angoisses, ce qu'il se refusait auparavant.

- Le travail sur la question miracle

Dans cette relation de confiance et devant l'intrication des difficultés présentées par Antonin, afin de l'aider à formuler une demande qui lui soit propre, je lui propose de travailler sur la question miracle (De Shazer 2002). Le but de cette question est de l'orienter vers un avenir différent et de préciser ses objectifs sans être pris dans l'enchevêtrement des différentes tentatives de solution qu'il a expérimentées auparavant. Cette question a l'intérêt de l'aider à faire appel à ses capacités d'anticipation en mobilisant son imaginaire dans le moment présent de la séance :

- « Est ce que tu me permets de te poser une question un peu curieuse ? Imagines que tu es une baguette magique, là maintenant, qui te permettrait de réaliser un miracle, qu'est-ce qui se passerait alors de différent pour toi ?

- Mon frère arrêterait de m'insulter, je n'aurais alors plus de gênes. On sera plus heureux et ça changera la famille. » Antonin est spontanément passé du temps conditionnel au futur au moment où il se projette réellement dans cet avenir. L'idée est alors de reprendre pas à pas les étapes nécessaires pour réaliser ces objectifs.

A la fin de cette séance, la mère d'Antonin demande à me rencontrer. Elle semble sur la défensive. Le discours est projectif, positionnant Antonin comme le cœur du problème, à l'origine d'un malaise dans la famille. Elle décrit alors un climat familial tendu empreint d'émotions négatives et communiquant difficilement. Les transactions entre chacun des membres de la famille sont rigides, entravant les besoins de négociation propres au processus adolescent d'Antonin. Nous convenons alors avec Antonin d'une rencontre avec l'ensemble de la famille dans l'idée d'externaliser la problématique familiale.

- L'externalisation

L'externalisation a pour objectif de pouvoir se mettre à distance du problème afin d'assouplir les interactions entre les personnes, de faciliter les échanges et de dégager les valeurs familiales partagées. Lors de l'entretien familial, les deux parents et Antonin sont présents. Thomas n'a pas souhaité participer. Madame prend rapidement la parole en qualifiant le

comportement de chacun : « *Moi, j'intériorise tout jusqu'à ce que ça déborde en crises de larmes, Antonin intellectualise, Thomas cherche la dispute et Monsieur crie* ». Elle dit appréhender leurs prochaines vacances à cause du climat familial actuel, car ils doivent partir tous les quatre dans un petit hôtel. Elle évoque alors les TOC d'Antonin, le fait qu'il parle trop en exprimant devant lui son exaspération : « *Il faut qu'il se taise* ». Elle fait le lien avec ses propres TOC lorsqu'elle était enfant qu'elle nommait « obligations ». Son discours prend une tonalité culpabilisante pour Antonin en expliquant qu'elle « *n'a pas eu besoin d'un psy* » et qu'elle devait gérer seule car elle était en pension.

Nous convenons de travailler autour du climat familial, au sujet duquel tout le monde est d'accord pour dire qu'il existe des tensions. Les parents investissent rapidement ce travail contrairement à Antonin qui a l'impression que ses parents envahissent son espace de soin. Une fois que le cadre est réexpliqué à la fois à Antonin et à ses parents, que Thomas est également présent avec nous par son absence, Antonin peut lui aussi se saisir de ce moment.

L'idée de l'externalisation consiste à donner un nom ou une forme au problème rencontré par les membres de la famille afin de l'extérioriser et d'y intégrer l'ensemble des difficultés existantes. Cela permet de dissocier le problème familial d'Antonin, comme personne. Ils se sont tous accordés sur « *Machin Poison* », comme le problème « *contaminant* » la famille. Nous avons pu alors travailler sur les différentes interactions :

- entre le problème et chacun des membres de la famille,
- les conséquences du problème sur les interactions dans la famille,
- les avantages que le problème apporte et les inconvénients qu'il produit,
- la façon dont ils fonctionneraient si le problème disparaissait, qu'est-ce que cela changerait pour chacun d'entre eux et pour l'ensemble de la famille,
- le travail sur les ressources internes, les compétences de chacun et les valeurs familiales qui permettront d'aller vers le changement.

Ce travail a permis à chacun de réaliser les raisons pour lesquelles les relations intrafamiliales étaient difficiles. Madame a pu exprimer son sentiment d'échec dans son rôle de mère et de femme, de ne pas être soutenue par Monsieur. Celui-ci a reconnu son désinvestissement

depuis quelques années de la vie familiale et son évitement des échanges. Antonin a pu alors se dégager de sa position précédente et des difficultés conjugales ou liées à l'histoire de vie de ses parents. Ses parents ont exprimé leurs responsabilités concernant leur rôle de contenance. Les tensions familiales se sont relativement apaisées au cours de l'entretien, ouvrant à un espace d'échange et de négociation. Antonin a alors adopté une posture plus détendue.

L'autorité parentale était mise à défaut avec un positionnement de la mère très « éducatif », et un père qui se refusait d'endosser ce rôle au retour du travail. Les limites floues semblaient être interrogées par les comportements des deux enfants, notamment au moment des bagarres. Le travail avec les parents a permis d'évaluer les capacités de chacun à être détenteur du cadre. Ils ont pu se repositionner dans leur rôle de contenance afin de rétablir l'ordre lors des disputes entre les enfants. Le père qui habituellement était dans l'évitement a lui aussi participé. Les parents se sont associés peu à peu dans un processus de coparenting qui a apaisé les tensions entre les enfants. Ce repositionnement a permis aussi de reconstruire le lien affectif avec le père qui a pu par la suite partager des activités avec son fils.

- L'expérience sécurisée

Après la rentrée en sixième, Antonin se présente en consultation le visage fermé, avec une réelle tristesse. Il m'explique qu'il s'est disputé avec sa mère au sujet de ses devoirs. Il souhaitait faire son travail tout seul. Sa mère s'est alors énervée. Antonin ne peut pas verbaliser les détails de la dispute, mais il décrit des reviviscences de conflits passés. Sa mère avait alors un discours très culpabilisant à son égard, ajoutant qu'elle était une mauvaise mère et qu'elle ferait mieux de partir. Le comportement d'exploration d'Antonin est entravé par la problématique d'attachement insécure maternel. Sa mère tente alors de réactiver le système d'attachement de son fils au détriment de ses processus exploratoires entraînant chez lui un vécu abandonnique.

Je lui propose alors de faire un travail autour de l'expérience sécurisée à l'aide de l'hypnose et des mouvements alternatifs, ce qu'il accepte. Je lui demande alors de choisir un souvenir où il a fait l'expérience de se sentir en sécurité. Ce souvenir doit comprendre un lien avec un tiers

(figure d'attachement ou tiers sécure), un lien avec l'environnement (place sécure) et un lien avec soi-même (sécurité dans son corps). Il propose un moment sur la plage avec sa mère. Je lui demande de se focaliser sur l'action qui porte sur l'expérience sécure. Il me décrit un moment où il sort de l'eau et où sa mère l'entoure de sa serviette. Je lui demande de faire revenir le souvenir dans l'espace de thérapie, dans l'ici et maintenant. Le travail se fait alors autour du ressenti corporel. J'utilise les mouvements alternatifs pour amplifier les sensations cénesthésiques associées puis pour ancrer cette expérience de sécurité et de plénitude (Bardot 2010). L'ancrage va permettre à Antonin de réutiliser l'expérience sécure lors de situation de stress pour apaiser le vécu insécure et l'anxiété liée à la situation. L'expérience sécure constitue ainsi une nouvelle ressource interne mobilisable. Elle est à l'origine de modifications représentationnelles liées à l'intégration sensorimotrice de l'expérience. Notons qu'Antonin mobilise un souvenir dans lequel sa mère est dans une action de prendre soin de lui en lien avec le contexte : la sortie de la baignade, où elle est en capacité de jouer son rôle de caregiver d'une manière accordée. Antonin trouve dans ce souvenir et dans la relation à sa mère une exception au type de relation avec elle qui le fait souffrir.

Par la suite, Antonin a pu investir d'autres champs d'activité à l'extérieur de l'école (athlétisme) et à l'école. Il a noué des liens avec trois autres jeunes avec qui il fait régulièrement du tennis de table le midi. Quelques mois après, sa mère a débuté un suivi psychologique, situation fréquente quand la relation d'attachement commence à s'améliorer, c'est alors la mère qui s'engage dans la démarche. Antonin reste fragile face à la nouveauté, il arrive cependant à mobiliser ses ressources internes de façon plus efficace et ses « gênes » sont devenues beaucoup moins envahissantes.

Le trouble de l'attachement présenté par Antonin a été remanié par le processus adolescent d'individuation et d'autonomisation. Cela est venu dépasser les stratégies d'adaptation d'Antonin, illustrées par les nombreuses tentatives de solution qu'il a pu mettre en place précédemment et qui maintenaient un niveau d'anxiété acceptable pour Antonin et ses parents. La connaissance des problématiques de lien présentes dans la famille a servi de guide pour le cadre de soin et dans l'élaboration des stratégies thérapeutiques réalisées par la suite avec Antonin.

2) Melle T : l'attachement évitant dans un scénario familial d'évitement

La première fois que je la rencontre, Melle T est âgée de 17 ans. Elle présente un TCA de type anorexie qui évolue depuis 2 ans. Elle est adressée au CHU par le service de pédiatrie dans lequel elle est hospitalisée depuis plusieurs mois, afin de l'aider à reprendre du poids. En effet, malgré la mise en place d'une sonde d'alimentation nasogastrique et d'une limitation de son activité physique, Melle T continue de maigrir. Elle a même été hospitalisée dans un service de réanimation quelques jours auparavant suite à une décompensation cardiaque, secondaire à sa pathologie anorexique.

Lors de son hospitalisation dans le service des Adolescents du CHU, Melle T manifeste une colère intense à l'encontre du service dans lequel elle était hospitalisée précédemment. Elle se décrit comme « *attachée toute la journée à son lit par la sonde, comme un lion en cage* ». Elle évoque les multiples flexions qu'elle pouvait faire toute au long de sa journée. Ses parents expriment aussi un certain mécontentement. Ce discours empêche toute autre possibilité d'aborder les rapports qu'entretient Melle T avec l'anorexie, l'évolution de celle-ci ou le vécu des membres de la famille.

A son arrivée, son IMC est inférieur à 12, associé à l'ensemble des symptômes propres à l'anorexie restrictive grave. Elle présente des lésions cutanées au niveau du visage et des mains qu'elle s'est elle-même infligée avec ses ongles. Elle manifeste d'emblée sa réticence aux soins, demandant à rentrer chez elle. Devant la précarité de son état somatique et psychiatrique, le chef de service de pédiatrie lui explique qu'elle pourra désormais effectuer l'activité physique qu'elle désire et qu'il ajustera l'alimentation dans sa sonde la nuit afin de pourvoir à ses besoins et permettre une prise de poids. Un traitement anxiolytique est instauré pour apaiser la tension psychique et physique qui l'habite. Au bout de deux semaines, Melle T a un poids suffisant pour réintégrer un service de soins adapté à sa pathologie. Il est alors décidé avec ses parents d'une prise en charge dans un service de psychiatrie adulte. Melle T accepte sans réellement adhérer au projet.

Pendant son hospitalisation au CHU, les entretiens avec Melle T mettent en évidence des troubles relationnels anciens avec ses parents qui se sont majorés à l'adolescent, parallèlement

à l'évolution de sa maladie. Dans le service, elle se montre en difficulté pour établir un contact avec les autres jeunes, excepté dans la rivalité avec d'autres jeunes présentant un TCA de type anorexie. Elle rationalise ses troubles et est dans le déni de la gravité de la maladie, notamment en ce qui concerne les retentissements somatiques. Dans les premiers entretiens, Melle T manifeste son hostilité, évitant la relation, et une réticence à confier les événements de vie qui la concernent. Son discours se centre uniquement sur certaines parties de son vécu, avec peu d'affects associés. Elle évoque surtout le souvenir de l'absence parentale dans ses premières années de vie. Ses parents étaient restaurateurs et travaillaient le soir et les weekends. Or, à la naissance de sa petite sœur, Madame a arrêté de travailler, ce que Melle T lui reproche. Elle peut alors parler d'injustice, sans pouvoir y associer des souvenirs ni de ressenti émotionnel.

- Discussion

Le discours de Melle T est pauvre. Il exprime le vide affectif et émotionnel dans lequel elle se trouve depuis l'enfance. Le rythme de vie de ses parents, leurs attentions étaient orientées vers leur activité professionnelle. Celle-ci devait entrer en conflit avec les besoins de Melle T lorsqu'elle était petite fille. Même si l'aspect fonctionnel du « prendre soin » était assuré par la mère, sa disponibilité affective était sous la dépendance de contraintes extérieures. Mlle T en fera le reproche à sa mère lorsque celle-ci s'arrête de travailler pour sa petite sœur exprimant par son sentiment d'injustice son besoin d'attention à son égard.

Confrontée à deux logiques opposées depuis petite, Mlle T a adopté un vécu dissociatif entre son monde affectif et son monde émotionnel, source de souffrance, voire d'effondrement du cognitif sur lequel elle peut avoir le contrôle. Cela représente alors une tentative de réponse à ses besoins de sécurité. Cette pratique de l'exclusion défensive est chez elle tellement rigide que la notion de mort est préférable au fait d'être confrontée à une internalisation de la souffrance, c'est-à-dire ressentir son corps vivre et risquer l'abandon, le rejet, l'indifférence ou la disqualification de ses besoins par la figure d'attachement. Il s'agit alors de s'en sortir uniquement par soi-même, se montrer fort et sûr de soi pour être accepté par les autres.

Lorsqu'elle s'est retrouvée « *enfermée avec une sonde* », cette décision médicale n'est pas vécue, de façon subjective, comme un acte d'assistance et de soin mais comme une contrainte imposée et agressive, c'est-à-dire sur un mode traumatique qui désorganise la relation d'attachement évitante. Il apparaît alors des conduites d'automutilation et une hyperactivité physique (flexions du corps dans la journée). Elles ont pour valeur de lutter contre l'anticipation d'effondrement familial et personnel. Le chef de service de pédiatrie du CHU va négocier un contrat avec elle qui accepte la dissociation. Elle peut rester dans la maîtrise de son corps la journée et choisir ce qu'elle en fait. La nuit, il décide d'en prendre soin en le nourrissant. Paradoxalement, par l'acceptation de ce contrat, le médecin joue un rôle de caregiver accordé aux besoins de tentatives de sécurisation de Mlle T.

Le vécu de Mlle T et son évolution à l'adolescence vers un TCA est une bonne illustration de la façon dont se construit un trouble de l'attachement évitant et comment celui-ci peut évoluer vers une pathologie à l'adolescence. Comme nous aurons l'occasion de le découvrir dans la prise en charge ultérieure, les deux parents semblent eux-même dans un type d'attachement évitant, comme si le discours autour de l'anorexie venait remplir le vide affectif et narratif familial.

- L'externalisation du problème

Je la revois plusieurs mois après dans un institut psychothérapeutique d'orientation systémique proposant une prise en charge familiale associée. C'est son deuxième séjour. Auparavant, elle avait été transférée en urgence dans le service d'endocrinologie du CHU pour une leucopénie à l'origine d'un risque infectieux majeur. Nous convenons avec le médecin du service lors de son retour d'une prise en charge en binôme. Dans les premiers temps, Melle T ignore toute proposition de ma part de temps d'entretien et ne vient m'interroger sur le cadre de son hospitalisation seulement lorsque l'autre médecin est absent.

Devant la persistance d'un état somatique très précaire, les entretiens avec la famille restent centrés sur le poids de Melle T et le retentissement physique et biologique de la maladie. Les parents n'arrivent pas à se décaler de la problématique physique malgré les différentes

propositions que nous leur faisons. Face aux résistances du système, nous décidons de mettre en place un contrat entre Melle T et ses parents où nous jouerions le rôle de médiateur. Cela a pour objectif de nous dégager des symptômes présentés par Melle T pour axer le travail sur l'histoire familiale et les interactions entre les membres de la famille. Nous recevons les parents de Melle T, en l'informant de ce rendez-vous mais sans qu'elle y soit présente. Melle T manifeste une grande colère physique et de l'autoagressivité (lésions cutanées à l'aide de ses ongles) au moment de cet entretien. Elle pourra dire plus tard comment ce moment a été insupportable pour elle, car elle avait alors l'impression de ne plus pouvoir contrôler.

Pendant cet entretien, nous amenons les parents à externaliser l'anorexie de leur fille en lui donnant une forme qui leur « parle ». Ils se sont accordés sur « *un gros sac lourd* ». Cette externalisation par sa valeur métaphorique permet aux parents de se décentrer de la problématique alimentaire de Melle T. Nous pouvons alors travailler sur leurs positions et sur leurs émotions par rapport à la présence de « *ce gros sac lourd* ». Ceci nous a permis d'élaborer en commun un contrat à partir des propositions parentales, en mettant en parallèle les symptômes qui les préoccupent et leur relation avec leur fille (selon la pesée hebdomadaire, Melle T pourra recevoir une visite de ses parents, selon le nombre de plateau pris en entier, elle aura la possibilité d'avoir des temps téléphoniques avec eux...). Ce contrat a ensuite été signé par Melle T et ses parents.

Chaque semaine, j'évalue avec Melle T le respect du contrat afin de définir quelles seront les autorisations pour la semaine suivante. A plusieurs reprises, il a fallu reposer le cadre du contrat, c'est-à-dire un acte entre Melle T et ses parents afin de les maintenir dans un rôle de caregiver et de les amener à rompre leurs représentations parentales rigides. En effet, les parents avaient de grandes difficultés à imposer ce cadre à leur fille, préférant laisser cette responsabilité aux soignants. Peu à peu, comme le contrat intégrait l'ensemble des questionnements autour du retentissement physique, un nouvel espace s'est ouvert dans les entretiens familiaux. Cela nous a permis de les amener à utiliser une technique particulière à partir de laquelle peut se jouer le couple attachement/exploration : la sculpture vivante (Caillé and Rey 2012).

- La sculpture vivante

Lors d'un entretien avec Melle T et ses parents, il leur est demandé de mettre en scène corporellement leur relation actuelle sans parler en se déplaçant avec leurs fauteuils. Les trois se mettent sur une même ligne et Melle T se place entre ses deux parents. Il est alors demandé aux trois de verbaliser ce qu'ils ressentent dans cette position. Madame trouve cette position inconfortable. Monsieur explique avoir du mal à voir sa femme, car Melle T gêne l'échange de regard. Melle T se sent plutôt bien. En effet, dans cette position, elle contrôle à la fois la relation de couple et à la fois la relation familiale. Après un moment d'observation, elle ajoute qu'elle ne peut pas voir ses deux parents à la fois et que cette configuration n'est pas si agréable finalement. Puis, nous leur demandons de se repositionner, chacun par rapport à l'autre, à partir de leurs observations. Ils se mettent tous les trois en triangle, collés les uns aux autres. La réflexion commune partagée par les parents puis par Melle T est qu'il n'y a pas d'espace de vie, que « *c'est étouffant* ». C'est une manière de vivre corporellement les effets du « *gros sac lourd* » externalisé par les parents lors d'un précédent entretien. Enfin, à partir de cette nouvelle observation, il est demandé à chacun de se positionner d'une manière qui lui soit acceptable par rapport aux autres. La défusion s'opère alors de façon progressive. Dans un premier temps, Melle T s'éloigne. Les parents restent sur la même ligne, regardant leur fille. Ils font l'observation qu'ils doivent tourner la tête pour se voir tous les deux ce qui n'est pas confortable. Ils se tournent alors de telle sorte que chacun a les deux autres dans son champ de vision. Chacun exprime une sensation de légèreté dans cette nouvelle position. Melle T ajoute qu'ainsi elle ne se sent pas abandonnée, ni par l'un, ni par l'autre. L'espace intersubjectif prend forme et la communication peut de nouveau circuler.

La séance suivante va permettre à Mlle T d'évoquer un souvenir à l'âge de 12 ans important pour elle. Son père et sa mère s'étaient disputés violemment et son père avait pris la décision de partir de la maison. Le soir même, Madame avait alors dit à ses deux filles qu'ils allaient divorcer, sans plus d'explication. Monsieur avait sorti une valise qui est restée ainsi plusieurs semaines. Puis, un jour, elle est retournée dans le placard, sans que ces événements ne soient repris par la suite. L'exclusion défensive représentait alors le mécanisme de défense principal de Melle T face à la réticence de ses parents d'évoquer ces événements. Lors de l'entretien de famille, elle a enfin pu s'autoriser à exprimer la peur encore présente que son père s'en aille et qu'il l'abandonne. Elle a alors pu co-construire avec ses parents une nouvelle histoire

narrative en intégrant les chaînons manquants (en lien avec les non-dits familiaux). Cela lui a permis d'assouplir et de modifier ses MIO rigides en s'appropriant un vécu familial plus sécure.

Par la suite, Melle T s'est aussi saisie des entretiens individuels hebdomadaires pour parler d'elle et non uniquement du contrat. Nous avons travaillé autour de son vécu corporel pour s'ouvrir progressivement sur ses émotions. Elle a pu exprimer son désir de nouer des liens avec ses pairs et les sentiments amoureux qu'elle pouvait avoir pour un garçon. La réticence a lentement fait place à l'alliance thérapeutique.

Au moment de mon départ de l'institut, Melle T était toujours en soin. Elle a pu me dire qu'elle s'inquiétait de mon départ. La qualité d'un travail sur l'attachement et son évolution sécure s'évalue à la capacité à se séparer tout en gardant le lien (souvenir de la qualité de la relation) et non dans la rupture de lien. Nous l'avons préparé à travers ce qu'elle a pu nommer comme besoins nécessaires à la rassurer et la sécuriser : temps avec les référents pour assurer le relai, prise en charge individuelle autour d'une médiation soins corporels, continuer le travail entrepris en individuel dans les temps de parole en groupe.

3) Melle C : maltraitance et attachement désorganisé

Melle C est âgée de 16 ans et trois mois. Elle est hospitalisée depuis trois mois dans un service de psychiatrie adulte, après une hospitalisation de trois ans dans un secteur de pédopsychiatrie pour des troubles du comportement dans un contexte de maltraitance.

Melle C est l'aînée d'une fratrie de deux filles. Sa sœur est âgée de 13 ans. Elles sont issues d'une relation extraconjugale entre l'ex-mari de leur grand-mère maternelle et l'une des filles de celle-ci. La mère de Melle C n'a pas de lien de parentalité direct avec cet homme (Figure 1). Melle C a découvert à l'âge de 12 ans et demi qu'il était son père. Il venait leur rendre visite régulièrement au domicile de sa mère.

A l'âge de 12 ans, Melle C a révélé des agressions sexuelles répétées de cet homme à son rencontre, associées à de la maltraitance physique et de la négligence. Les actes sexuels auraient été réalisés en présence de sa mère. Celle-ci aurait été abusée par cette même personne au moment de l'adolescence, mais n'aurait jamais dénoncé les faits. Suite aux révélations, Melle C a été placée en foyer d'accueil d'urgence par ordonnance de placement provisoire. Devant la répétition des mises en danger dans le foyer (vitres cassées, jets de cailloux, fugues...), une hospitalisation en pédopsychiatrie a été décidée. Melle C n'avait alors aucun antécédent psychiatrique et était scolarisée en sixième.

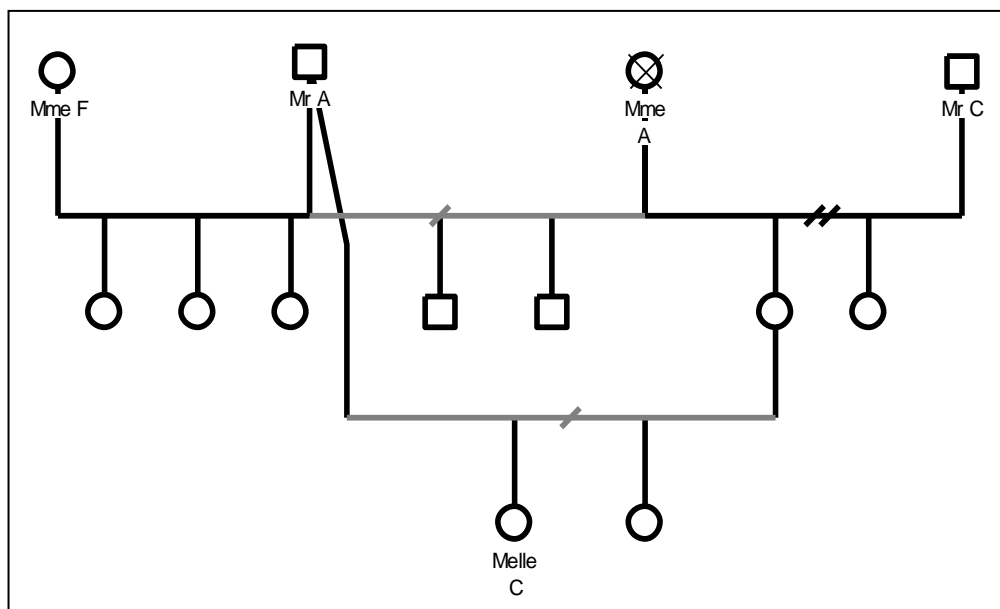


Figure 1 : Génogramme de Melle C

Pendant les premiers mois d'hospitalisation en pédopsychiatrie, Melle C se cachait dans les placards, refusait de prendre les repas avec le groupe ou était mutique pendant le repas. Elle se montre ambivalente dans la relation avec les soignants, en alternant des comportements de recherche de proximité et des comportements de rejet et d'hétéroagressivité. Toute prise en charge individuelle (psychothérapie, séances d'orthophonie...) était mise en échec par l'agitation, les dégradations de matériel et les mises en danger de Melle C. Sur le plan symptomatique, Melle C manifestait :

- une autoagressivité (scarifications, se tape la tête contre les murs),

- des insultes et une hétéroagressivité avec une violence dirigée vers certains soignants, nécessitant des temps en chambre d'apaisement et la mise en place de contentions physiques,
- des crises clastiques ayant nécessité la réfection de sa chambre,
- des plaintes somatiques multiples autour de l'appareil digestif (nausée, constipation), dont les différentes explorations se sont révélées normales,
- des demandes importantes de médicaments, tout en refusant ceux prescrits,
- des troubles relationnels avec ses pairs, dans le collage ou dans la non prise en compte de l'autre, envahissant tout l'espace.

Cela traduit un attachement insécuré désorganisé lié à la maltraitance de la part de cet homme et de l'absence de protection maternelle. Sa mère était elle-même dans un vécu dissociatif, figée dans un lien de dépendance à l'agresseur mettant en évidence chez elle également un lien d'attachement désorganisé. Melle C a pu vivre cette absence de protection comme une validation de la maltraitance à son égard par sa mère amplifiant la désorganisation du lien d'attachement, la méfiance dans la relation humaine, particulièrement dans la figure d'autorité, accompagné d'un vécu d'effondrement.

Le relai s'est effectué sans difficulté majeure, puis Melle C a de nouveau présenté des troubles du comportement à type de passages à l'acte auto et hétéroagressifs. Ils se manifestaient de plus en plus violemment et ont nécessité la mise en place de contentions physiques quasiment quotidiennes et de traitements psychotropes importants sans pour autant que celle-ci se sente apaisée. Melle C évoquait systématiquement les cauchemars autour des événements traumatiques de son enfance et son sentiment d'insécurité. Son comportement d'agressivité révélait des peurs abandonniques massives. Il testait notre stabilité, notre capacité à l'accepter malgré ses difficultés et surtout cela permettait si le lien se rompait qu'elle puisse se sentir seule responsable. Etre rejetée par son comportement était plus acceptable pour elle qu'un abandon sans raison, comme elle l'avait expérimenté antérieurement. Cette alternance de comportement entre besoin de sécurité et rejet de l'autre vient confirmer l'attachement insécuré de type désorganisé.

Devant ces comportements de plus en plus destructeurs, nous avons décidé d'un contrat en chambre sécurisée avec des temps d'ouverture limités. Nous avons expliqué à Melle C le rôle du cadre comme protection et espace de sécurité face aux angoisses qu'elle décrivait. Melle C a tenté à plusieurs reprises de mettre à mal ce cadre en ne respectant pas les temps de chambre, soit par de l'agressivité envers elle ou envers le soignants, soit en exprimant sa peur de se retrouver seule dans cette chambre. Pour autant, ce cadre semblait l'apaiser du point de vue de son comportement et de l'amélioration de son sommeil.

Face à son refus de réintégrer sa chambre, les réactions des soignants variaient ce qui alimentait d'autant plus son vécu d'insécurité et majorait les troubles du comportement malgré un traitement psychotrope conséquent. Nous avons fait plusieurs synthèses pour expliquer l'importance du respect du contrat de la part des soignants pour Melle C, comme cadre sécuritaire. En effet, celle-ci a vécu dans un environnement chaotique toute son enfance. Chaque fois que nous la laissions à l'extérieur de la chambre alors qu'elle devait y être, nous la renvoyions à son passé et à l'absence de contenance et de fiabilité de l'adulte. En même temps, c'est dans cet environnement qu'elle a appris à survivre. Paradoxalement, c'est parce qu'elle se trouve dans un environnement sécuritaire, dans des liens qu'elle perçoit comme pouvant être potentiellement stables que cela réactive chez elle à la fois le scénario d'emprise par soumission à l'autorité et à la fois le vécu insécuritaire de menace d'abandon. Ses attaques contre le cadre sont aussi des attaques contre la figure d'autorité à travers les réponses de l'équipe soignante. Ces attaques mettent en scène à la fois la recherche d'un lien stable et sécuritaire et à la fois la menace de faire confiance au risque d'être à nouveau abusée, détruite et confrontée au vécu d'effondrement, c'est-à-dire de revivre l'expérience traumatique. Lorsque l'ensemble de l'équipe soignante a pu se saisir du cadre, elle a pu expérimenter dans son corps l'effet contenant, fiable et sécuritaire à la fois de l'environnement, de l'équipe soignante dans son rôle de caregiver et de la figure d'autorité, ce qui en retour lui permet de commencer à amorcer une relation de coopération. Nous avons pu alors augmenter progressivement les temps d'ouverture jusqu'à ce qu'elle réintègre une chambre classique.

Parallèlement, nous travaillions en entretien autour de la sécurité et de la protection. Elle a pu certaines fois s'agiter pour que le contrat s'ouvre plus rapidement et chaque fois je la renvoyais à notre devoir de la protéger. Elle y a été très sensible et depuis plusieurs semaines, elle ne présente plus de passage à l'acte. Elle se saisit désormais des entretiens pour travailler

sur ses difficultés relationnelles avec sa mère, sur la construction de ressources internes et sur son avenir en dehors de l'hospitalisation. Par exemple, lors d'une visite médiatisée avec sa mère, elle a pu lui exprimer le fait qu'elle ne l'ait pas « protégée » pendant son enfance. Nous avons pu reprendre cette phrase en entretien en nommant les conflits internes auxquels elle fait face entre la maltraitance maternelle et l'amour qu'elle porte à sa mère. Lors de moments de colère, Melle C peut nous dire « *vous n'êtes pas ma mère* ». Nous avons à chaque fois repositionné le rôle de chacun, et nommé l'importance pour Melle C de conserver un lien avec sa mère.

Concernant la construction de ressources internes, la relation de confiance émergeant progressivement, nous avons utilisé l'espace thérapeutique et la métacognition pour accompagner Melle C à verbaliser ce qu'elle pouvait ressentir, l'aidant à modifier ses MIO chaotiques. Nous l'avons ainsi aidé à reconnaître ses émotions et à les exprimer autrement que par des passages à l'acte ou des insultes. Cela lui a permis d'intégrer de nouveaux MIO concernant sa relation à l'autre et d'acquérir progressivement ses propres capacités réflexives. De même face à ses menaces, l'utilisation de l'humour ou le fait de lui rappeler que nous ne sommes pas dans un rapport de force mais dans un travail d'accompagnement et de coopération, qu'elle est en droit d'accepter ou de refuser ont permis d'apaiser les moments de tension. Ayant découvert un autre type de relation, emprunt de clarté et d'authenticité tant dans le rapport à l'équipe soignante que dans le rapport au psychiatre qui représente pour elle la figure d'autorité, le processus de résilience vers un attachement plus sécurisé se met en place. Melle C peut désormais utiliser l'humour lorsqu'elle se retrouve en difficulté dans la relation. Elle a aussi pu découvrir de nouvelles modalités relationnelles avec les soignants autrement que dans le rapport de force, qui lui permettent « *d'être plus heureuse* » et de modifier l'image qu'elle pouvait avoir d'elle dans sa relation à l'autre. La thymie s'est améliorée et les angoisses ont diminué. Elle commence désormais à être en capacité de se détacher et d'explorer d'autres types de liens.

CONCLUSION

Le champ de la pédopsychiatrie investit de plus en plus la théorie de l'attachement, notamment dans la compréhension de la psychopathologie et dans les stratégies thérapeutiques utilisables à l'adolescence. Le travail de cette thèse a eu pour objectif de mettre en évidence les apports et les particularités de cette théorie vis-à-vis de la prise en charge de l'adolescent en psychiatrie.

La théorie de l'attachement propose un nouveau modèle biopsychosocial qui intègre l'attachement au sein de plusieurs facteurs à l'origine des représentations de l'individu, de ses relations à soi, à l'autre et à l'environnement, dans une dimension interactionnelle. L'attachement constitue un système motivationnel inné qui va continuer à se développer toute la vie dans une recherche de proximité et de sécurité. Ces différentes interactions vont permettre à l'individu d'intégrer des MIO qui moduleront sa fonction réflexive, ses capacités intersubjectives et de résilience. Dans l'attachement sécure, ils donnent un sens cohérent au vécu, améliorant les capacités d'adaptation et les aptitudes relationnelles de l'individu. Ce n'est pas l'expérience passée en tant que telle, mais la représentation que l'adolescent a intégré qui va guider son fonctionnement ultérieur. La théorie de l'attachement se centre davantage sur la façon dont l'adolescent raconte son histoire et son vécu émotionnel et affectif, plutôt que sur le contenu du discours lui-même.

Cette théorie apporte une nouvelle compréhension du fonctionnement de l'adolescent en interaction avec son système. L'adolescence correspond à une phase de remaniement des liens. L'adolescent réinterroge ses liens aux parents, il teste les limites et les capacités de contenance et de sécurité parentale. Le rôle de base de sécurité des parents se modifie. Auparavant nécessaire pour assurer la survie de l'enfant, ils représentent désormais la base à partir de laquelle l'adolescent va pouvoir activer son système d'exploration pour faire de nouvelles expériences nécessaire au processus d'individuation autonomisation. La balance entre attachement et exploration représente une notion intéressante dans la compréhension du processus adolescent. L'attachement sécure aide l'adolescent à mobiliser ses capacités exploratoires en facilitant les échanges et les capacités de négociation parents-enfant. La fonction réflexive et les MIO intégrés vont alors lui permettre d'acquérir de nouvelles

compétences sociales, de s'adapter plus facilement à la nouveauté et de réguler les émotions générées par ses nouvelles expériences.

Le système affiliatif a aussi un rôle important dans l'investissement de nouvelles relations avec les pairs nécessaire au processus d'identification. Ces relations plus symétriques permettent à l'adolescent d'acquérir progressivement la compétence de prendre soin, dans une recherche d'équilibre de ses systèmes motivationnels et d'un gain d'autonomie. La théorie de l'attachement intègre l'adolescent dans son histoire entre passé, présent et futur.

La théorie de l'attachement nous amène à voir la psychopathologie à l'adolescence dans une compréhension globale et dans une perspective dimensionnelle. Les différentes études sur l'attachement ont pu valider le rôle de l'attachement inséure dans l'étiopathogénie des troubles, sans pour autant mettre en évidence un lien de causalité direct. Cette théorie s'inscrit davantage dans une compréhension circulaire et multifactorielle du trouble. L'attachement inséure correspondrait à un facteur de vulnérabilité par la rigidité des MIO et l'attachement séure à un facteur de protection par la flexibilité des MIO. Le rôle de l'attachement inséure dans l'émergence d'un trouble psychiatrique serait médié par les dérèglements qu'il induit, comme une altération de l'estime de soi, une dysrégulation des émotions et des affects, des troubles relationnels et des troubles de l'adaptation. Cela induirait un déséquilibre comportemental et relationnel à l'origine d'une souffrance psychologique. La théorie de l'attachement offre ainsi une vision globale de l'étiopathogénie des troubles à l'adolescence qui constitue des axes de prévention qu'il serait intéressant de développer dans les recherches futures.

Les études montrent des particularités dans la psychopathologie des troubles selon le style d'attachement de l'adolescent. L'attachement anxieux serait plus souvent responsable de troubles internalisés et l'attachement évitant induirait plus souvent des troubles externalisés. L'attachement désorganisé serait le plus à risque de manifestations psychopathologiques, dont le syndrome limite et les troubles des conduites. Pour autant l'attachement inséure n'est pas pathologique en soi et il existe un continuum de l'attachement séure à inséure. Il serait intéressant de diversifier les études sur ce sujet à l'adolescence encore trop peu nombreuses

pour permettre de comprendre les spécificités de chaque style d'attachement selon la pathologie présentée et de préciser les stratégies thérapeutiques.

Selon la théorie de l'attachement, la prise en charge psychiatrique ou même une simple rencontre peut faire évoluer les représentations de l'adolescent de façon favorable dans un réajustement relationnel qui permet de retrouver un équilibre psychologique. Elle prend en compte la flexibilité du psychisme et l'importance des relations dans l'équilibre psychologique de l'individu. Cela évite de le figer dans son symptôme. La thérapie basée sur l'attachement a pour objectif de faciliter le passage d'un attachement insécuré à un attachement sécurisé. A l'adolescence, ce modèle thérapeutique est d'autant plus pertinent que le remaniement des liens rend les MIO plus malléables au changement, avec un potentiel de flexibilité ouvert à de nouvelles expériences dites « correctrices ».

Il existe un double intérêt de l'évaluation de la qualité de l'attachement de l'adolescent lors de sa prise en charge. Premièrement, elle offre une compréhension du comportement d'attachement et des MIO relationnels de celui-ci à l'aide d'échelles ou en s'appuyant sur la dynamique interpersonnelle et sur la dynamique du cadre. Cela permet d'orienter les stratégies thérapeutiques utilisées en fonction du style d'attachement de l'adolescent. Deuxièmement, le comportement d'attachement de l'adolescent va se rejouer dans la relation thérapeutique. L'adaptation du thérapeute à son fonctionnement relationnel va favoriser l'alliance thérapeutique nécessaire à la mise en place du processus thérapeutique.

Selon Bowlby, le thérapeute constitue la base sécurisée à partir de laquelle l'adolescent peut expérimenter un nouveau type de relation. C'est un facteur clé dans le processus de changement. Dans ce cadre sécurisé, l'adolescent peut accéder à son fonctionnement dans la coopération avec le thérapeute afin d'accéder au changement. Selon cet auteur, le travail au niveau du monde interne du patient n'est rendu possible que par l'expérimentation dans l'ici et maintenant de la réalité externe avec le thérapeute. La théorie de l'attachement montre ainsi toute l'importance d'une relation thérapeutique authentique et fiable dans la mise en place de l'alliance et dans la réussite du processus thérapeutique. Ainsi, le thérapeute représente une figure d'attachement transitoire permettant de rétablir la balance entre attachement et exploration.

Cette théorie des liens intègre l'adolescent dans son environnement. Il est important de le prendre en considération pour faciliter le processus thérapeutique. Ainsi, la thérapie basée sur l'attachement offre des outils importants dans le travail avec la famille. Elle s'axe sur les liens existants dans le système et aide à la compréhension de certaines manifestations psychopathologiques de l'adolescent. Elles peuvent être induites par des difficultés relationnelles dans le système ou une problématique liée à l'histoire transgénérationnelle. L'objectif est d'améliorer la communication et la régulation des émotions dans le système et de repositionner les parents comme base de sécurité par la co-construction d'une histoire alternative partagée. L'espace thérapeutique sert alors de médiateur de la communication et des interactions. Ce modèle de théorie montre l'importance des enjeux relationnels dans l'émergence des troubles psychopathologiques.

Ainsi, la théorie de l'attachement apporte une lecture à plusieurs niveaux de l'émergence d'un trouble psychiatrique à l'adolescence en proposant un modèle de fonctionnement psychologique et relationnel de l'émergence de la psychopathologie et en offrant une base de thérapie ouvrant à de nouvelles stratégies thérapeutiques. Cet intérêt pour la théorie de l'attachement évolue parallèlement au fonctionnement sociétal actuel qui favorise la liberté et la réussite individuelle. Face à ces modifications sociétales fragilisant les liens, la question de l'attachement, et de la sécurité qu'il procure, occupe une place centrale. Nous pouvons nous interroger sur la place de la psychiatrie face à ce nouveau paradigme, afin d'aider l'adolescent à trouver des repères stables et à développer ses propres capacités de résilience.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ainsworth, M. D. S. (1967). "Infancy in Uganda. Infant care and the growth of love." Infancy in Uganda. Infant care and the growth of love.
2. Ainsworth, M. D. S. (1983). "L'attachement mère-enfant." Enfance **36**(1-2): 7-18.
3. Ainsworth, M. D. S., M. C. Blehar, et al. (1979). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation, Lawrence Erlbaum.
4. Ainsworth, M. D. S. (1991). "Attachments and other affectional bonds across the life cycle." Attachment across the life cycle: 33-51.
5. Allen, J. P., S. T. Hauser, et al. (1994). "Longitudinal Assessment of Autonomy and Relatedness in Adolescent-Family Interactions as Predictors of Adolescent Ego Development and Self-Esteem." Child development **65**(1): 179-194.
6. Allen, J. P. and D. Land (1999). "Attachment in adolescence." Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications: 319-335.
7. Allen, J. G., P. Fonagy, et al. (2008). Mentalizing in clinical practice, American Psychiatric Publishing : Arlington.
8. Allen, J. P. and E. M. Miga (2010). "Attachment in adolescence: A move to the level of emotion regulation." Journal of social and personal relationships **27**(2): 181-190.
9. Andolfi, M. (2002). "Thérapie avec l'individu et thérapie avec la famille." Thérapie familiale **23**(1): 7-20.
10. Andjelkovic, L. (2002). "Apport de Mélanie Klein à la compréhension du processus de séparation." Imaginaire & Inconscient(4): 45-53.
11. Anzieu, D. (1996). "A propos des critères de l'attachement." Enfance **49**(2): 296-299.
12. APA, A. P. A. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV, Amer Psychiatric Pub Inc.
13. Armsden, G. and M. Greenberg (1987). "The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence." Journal of Youth and Adolescence **16**(5): 427-454.

14. Atger, F., M. Corcos, et al. (2001). Attachement et conduites addictives. Annales de médecine interne, Masson.
15. Atger, F. and N. Pionnié (2006). "De la théorie de l'attachement au suivi des adolescents." L'attachement: Concepts et applications: 211.
16. Atger, F. and C. Lamas (2009). 12 - Attachement et adolescence. L'attachement : approche théorique (3rd édition). Paris, Elsevier Masson: 113-123.
17. Atger, F. and C. Lamas (2010). 17 - Applications de la théorie de l'attachement au suivi des adolescents. L'attachement : approche clinique. Paris, Elsevier Masson: 179-187.
18. Bakermans-Kranenburg, M. J. and M. H. van IJzendoorn (2009). "The first 10,000 Adult Attachment Interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups." Attachment & human development **11**(3): 223-263.
19. Bardot, E. (2010). "Manuel Première Session HTSMA : Théorie Psychotraumatisme."
20. Bartholomew, K. and L. M. Horowitz (1991). "Attachment styles among young adults: a test of a four-category model." Journal of Personality and Social Psychology **61**(2): 226.
21. Bartels, A. and S. Zeki (2004). "The neural correlates of maternal and romantic love." NeuroImage **21**(3): 1155-1166.
22. Behr, M. (2008). "La résonance interactive dans le travail avec des enfants et des adolescents." Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche(1): 7-27.
23. Berger, M., C. Castellani, et al. (2010). "Stress dus aux traumatismes relationnels précoces : conséquences cérébrales de la perturbation de la sécrétion du cortisol sanguin chez les nourrissons." Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence **58**(5): 282-292.
24. Bernier, A. and R. Miljkovitch (2009). "Intergenerational transmission of attachment in father-child dyads: The case of single parenthood." The Journal of genetic psychology **170**(1): 31-52.
25. Bertrand, M. and G. Bourdellon (2009). "L'identification à l'agresseur: argument." Revue française de psychanalyse **73**(1): 5-10.

26. Botbol, M., D. Cupa, et al. (2000). "Les destins de l'attachement à l'adolescence." CUPA D.(sous la direction de): L'attachement. Perspectives actuelles, Paris, EDK: 69-82.
27. Bowlby, J. (1969). "Loss : Sadness and depression", Attachment and loss v. 3, London: Hogarth.
28. Bowlby, J. (1973). The nature of the child's tie to his mother (vol 39), Mss Information Corporation.
29. Bowlby, J. (1976). "Separation: anxiety and anger", Attachment and loss (vol 2). Basic Books.
30. Bowlby, J. (1978). "L'attachement". Attachement et perte. PUF, Paris.
31. Bowlby, J. (1982). Attachment and loss (Vol. Vol. 1: Attachment), New York, NY: Basic Books.
32. Bowlby, J. (1988). A secure base: Clinical applications of attachment theory, Routledge (London).
33. Brennan, K. A., C. L. Clark, et al. (1998). "Self-report measurement of adult attachment." Attachment theory and close relationships: 46-76.
34. Bretherton, I. (1996). "Internal working models of attachment relationships as related to resilient coping." Development and vulnerability in close relationships: 3-27.
35. Bretherton, I. (2005). "In Pursuit of the Internal Working Model Construct and Its Relevance to Attachment Relationships." Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies: 13-47.
36. Bretherton, I. and K. A. Munholland (2008). "Internal working models in attachment relationships: Elaborating a central construct in attachment theory." Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. Guilford press.
37. Britner, P. A., R. S. Marvin, et al. (2005). "Development and preliminary validation of the caregiving behavior system: Association with child attachment classification in the preschool Strange Situation." Attachment & human development 7(1): 83-102.

38. Brumariu, L. E., I. Obsuth, et al. (2013). "Quality of attachment relationships and peer relationship dysfunction among late adolescents with and without anxiety disorders." Journal of Anxiety Disorders **27**(1): 116-124.
39. Buist, K. L., M. Deković, et al. (2004). "The reciprocal relationship between early adolescent attachment and internalizing and externalizing problem behaviour." Journal of Adolescence **27**(3): 251-266.
40. Byng-Hall, J. (1999). "Family couple therapy: Toward greater security." Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications: 625-645.
41. Caillé, P. and Y. Rey (2012). Les objets flottants: Méthodes d'entretiens systémiques, Fabert.
42. Caldera, Y. M. and E. W. Lindsev (2006). "Coparenting, mother-infant interaction, and infant-parent attachment relationships in two-parent families." Journal of Family Psychology **20**(2): 275-283.
43. Candelori, C. and A. Ciocca (1998). "Attachment and eating disorders." Psychotherapeutic issues on eating disorders: Models, methods, and results: 139-153.
44. Carlson, E. A. (1998). "A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation." Child development **69**(4): 1107-1128.
45. Carlson, E. A. and L. A. Sroufe (1995). "Contribution of attachment theory to developmental psychopathology." Developmental psychopathology, Vol. 1: Theory and methods. Wiley series on personality processes : 581-617.
46. Carlson, E. A. and B. Egeland (2004). "The construction of experience: A longitudinal study of representation and behavior." Child development **75**(1): 66-83.
47. Carter, C. S. (2005). Attachment and bonding: A new synthesis, MIT Press.
48. Cassidy, J. and P. R. Shaver (2008). Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications, Guilford Press.
49. Chabrol, H., A. Montovany, et al. (2001). "Frequency of borderline personality disorder in a sample of French high school students." Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie **46**(9): 847.

50. Chahraoui, K. and A. Vinay (2012). "Attachement narratif, fonction réflexive et régulation émotionnelle chez des sujets déprimés." L'Évolution Psychiatrique.
51. Chakroun, N., J. Doron, et al. (2003). "[Substance use, affective problems and personality traits: test of two association models.]." L'Encéphale **30**(6): 564-569.
52. Choquet, M. and S. Ledoux (1994). "Epidémiologie et adolescence." Confrontations psychiatriques(35): 287-309.
53. Claes, M. and É. Lacourse (2001). "Pratiques parentales et comportements déviants à l'adolescence." Enfance **53**(4): 379-399.
54. Collins, N. L. and S. J. Read (1990). "Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples." Journal of Personality and Social Psychology **58**(4): 644.
55. Cowan, C. and P. A. Cowan (2005). "Two central roles for couple relationships: Breaking negative intergenerational patterns and enhancing children's adaptation." Sexual and Relationship Therapy **20**(3): 275-288.
56. Cozzarelli, C., J. A. Karafa, et al. (2003). "Stability and change in adult attachment styles: associations with personal vulnerabilities, life events, and global construals of self and others." Journal of Social and Clinical Psychology **22**(3): 315-346.
57. Courtois, A. (2003). "Le thérapeute d'adolescents, un « passeur de temps » : un apport systémique et anthropologique." Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence **51**(2): 62-69.
58. Courtois, A. and S. Mertens de Wilmars (2008). "Un travail sans leur fils :... les parents – co-thérapeutes de leur adolescent ?" Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence **56**(1): 15-20.
59. Crittenden, P. M. (1990). "Internal representational models of attachment relationships." Infant Mental Health Journal **11**(3): 259-277.
60. Crittenden, P. M. (1997). "Truth, Error, Omission, Distortion, and Deception: The Application of Attachment." Assessment and intervention: Issues across the life span: 35.
61. Crittenden, P. M. (2006). "A dynamic-maturational model of attachment." Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, The **27**(2): 105.

62. Cyrulnik, B. and P. Duval (2006). Psychanalyse et résilience, Odile Jacob.
63. De Shazer, S. (2002). Explorer les solutions en thérapie brève, Satas.
64. Declercq, S. and H. Nicolis (2010). "La théorie de l'attachement au secours des adolescents limites hospitalisés." Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence **58**(3): 107-111.
65. Delage, M. (2005). "Échec à l'autonomisation et solitude." Adolescence(1): 131-143.
66. Delage, M. (2006). "La famille et les liens d'attachement en thérapie." Thérapie familiale **27**(3): 243-262.
67. Delage, M. (2008). "Attachement et systèmes familiaux." Thérapie familiale **28**(4): 391-414.
68. Delage, M. (2008). "L'adolescence comme processus intergénérationnel et la thérapie familiale." Adolescence(4): 797-814.
69. Delage, M. (2008). "L'attachement à l'adolescence." Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux(1): 79-97.
70. Delage, M. (2009). "Résilience dans la famille. Des émotions à l'activité narrative." Resilience, regulation and quality of life: 173.
71. Delage, M. (2010). Souffrance dans la séparation et théorie de l'attachement: compréhension individuelle et familiale. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, Elsevier.
72. Diamond, D. and F. Yeomans (2008). "La relation patient-thérapeute: impacts de la théorie de l'attachement, de la fonction réflexive et de la recherche." Santé mentale au Québec: **33**(1): 61-87.
73. Duclos, J., S. Cook-Darzens, et al. (2012). "Étude pilote – un nouvel éclairage attachementiste de l'anorexie mentale : les adolescentes anorexiques ont-elles un attachement insécure ?" Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique(0).
74. Dugravier, R. (2006). "Attachement et liens d'amitié." Enfances & Psy(2): 20-28.

75. Dugravier, R., T. Saïas, et al. (2006). "Attachement et troubles du comportement." Perspectives Psy **45**(1): 87-92.
76. Elicker, J., M. England, et al. (1992). "Predicting peer competence and peer relationships in childhood from early parent-child relationships." Family-peer relationships: Modes of linkage: 77.
77. Fonagy, P., M. Steele, et al. (1991). "The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment." Infant Mental Health Journal **12**(3): 201-218.
78. Fonagy, P., T. Leigh, et al. (1996). "The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy." Journal of consulting and clinical psychology **64**(1): 22.
79. Fonagy, P. and M. Target (1997). "Attachment and reflective function: Their role in self-organization." Development and Psychopathology **9**(04): 679-700.
80. Fonagy, P. (2000). "Attachment in infancy and the problem of conduct disorders in adolescence: the role of reflective function." Adolescence: 319-344.
81. Fonagy, P., G. Gergely, et al. (2003). Affect regulation, mentalization and the development of the self, Karnac Books.
82. Fraiberg, S., E. Adelson, et al. (1975). "Ghosts in the nursery." Journal of the American Academy of Child Psychiatry **14**(3): 387-421.
83. Freud, S. (2011). Trois essais sur la théorie sexuelle, Editions Flammarion.
84. Frotin, A., A. Filipovic, et al. (2007). "Les états limites au prisme de la théorie de l'attachement: étude sur la population de 11 adolescents d'un hôpital de jour." Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence **55**(4): 239-247.
85. George, C. and J. Solomon (2008). "The caregiving system: A behavioral systems approach to parenting."
86. Gilbert, K. E. (2012). "The neglected role of positive emotion in adolescent psychopathology." Clinical Psychology Review **32**(6): 467-481.
87. Girard, R. (2001). Des choses cachées depuis la fondation du monde, Hachette. com.

88. Golse, B. (2002). "Psychothérapie du bébé et de l'adolescent: convergences." La psychiatrie de l'enfant **45**(2): 393-410.
89. Golse, B. (2004). "La pulsion d'attachement." La psychiatrie de l'enfant **47**(1): 5-25.
90. Golse, B. (2004). "La pulsion d'attachement, un concept stimulant dans le débat entre théorie des pulsions et théorie de la relation d'objet." Perspectives Psy **43**(4): 261-268.
91. Golse, B. (2006). "La résilience : concept utile ou concept valide ?" Archives de Pédiatrie **13**(10): 1354-1357.
92. Goodvin, R., S. Meyer, et al. (2006). "Self-understanding in early childhood: Associations with attachment security, maternal perceptions, and the family emotional climate." Manuscript in preparation, University of Nebraska-Lincoln.
93. Golse, B. (2012). "Un adolescent tout seul, cela n'existe pas." Dialogue(4): 19-30.
94. Grossmann, K. E. and K. Grossmann (1991). "Attachment quality as an organizer of emotional and behavioral responses in a longitudinal perspective." Attachment across the life cycle: 93-114.
95. Grossmann, K. and K. E. Grossmann (1998). "Développement de l'attachement et adaptation psychologique du berceau au tombeau." Enfance: 44-68.
96. Grossmann, K. E. and K. Grossmann (2006). Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies, Guilford Press.
97. Guédeney, A. (2009). 7 - Attachement et psychanalyse. L'attachement : approche théorique (3rd édition). Paris, Elsevier Masson: 61-67.
98. Guédeney, A., S. Leblanc, et al. (2009). 9 - Éthologie, évolution et neurobiologie de l'attachement. L'attachement : approche théorique (3rd édition). Paris, Elsevier Masson: 81-92.
99. Guédeney, N. and S. Tereno (2009). 13 - Attachement chez l'adulte: approche normative. L'attachement : approche théorique (3rd édition). Paris, Elsevier Masson: 125-135.
100. Guédeney, N. (2011). "Les racines de l'estime de soi: apports de la théorie de l'attachement." Devenir **23**(2): 129-144.

101. Guédeney, N., S. Tereno, et al. (2012). "Transmission du traumatisme. La question de l'attachement désorganisé : de la théorie à la pratique." Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence **60**(5): 362-366.
102. Gresham, D. and E. Gullone (2012). "Emotion regulation strategy use in children and adolescents: The explanatory roles of personality and attachment." Personality and Individual Differences **52**(5): 616-621.
103. Gunnar, M. R. and E. P. Davis (2013). Chapter 25 - The Effects of Stress on Early Brain and Behavioral Development. Neural Circuit Development and Function in the Brain. R. John and R. Pasko. Oxford, Academic Press: 447-465.
104. Gunnar, M. R., A. Herrera, et al. (2009). "Stress et développement précoce du cerveau." Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants.
105. Hameury, L., P. Delavous, et al. (2010). "Équithérapie et autisme." Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique **168**(9): 655-659.
106. Hammen, C., K. Rudolph, et al. (1999). "The context of depression in clinic-referred youth: Neglected areas in treatment." Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry **38**(1): 64-71.
107. Harlow, H. F. (1960). "Primary affectional patterns in primates." American Journal of Orthopsychiatry **30**(4): 676-684.
108. Harpaz-Rotem, I. and S. J. Blatt (2005). "Changes in Representations of a Self-Designated Significant Other in Long-Term Intensive Inpatient Treatment of Seriously Disturbed Adolescents and Young Adults." Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes **68**(3): 266-282.
109. Harris, T. (2004). Implications of attachment theory for working in psychoanalytic psychotherapy. International Forum of Psychoanalysis, Taylor & Francis.
110. Hazan, C. and P. Shaver (1987). "Romantic love conceptualized as an attachment process." Journal of Personality and Social Psychology **52**(3): 511.
111. Hazan, C. and D. Zeifman (1994). "Sex and the psychological tether." Attachment processes in adulthood. Advances in personal relationships (3): 151-178.

112. Hendrick, S. (2009). "Efficacité des thérapies familiales systémiques." Thérapie familiale **30**(2): 211-233.
113. Hershenberg, R., J. Davila, et al. (2011). "What I like about you: The association between adolescent attachment security and emotional behavior in a relationship promoting context." Journal of Adolescence **34**(5): 1017-1024.
114. Hesse, E. (2008). "The Adult Attachment Interview: Protocol, method of analysis, and empirical studies." Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications (2nd ed.): 552-598.
115. Hinde, R. (2005). "Ethology and attachment theory." Attachment for infancy to adulthood: The major longitudinal studies: 1-12.
116. Hinde, R. A. and J. Stevenson-Hinde (2010). "Attachment: Biological, cultural and individual desiderata." Human Development **33**(1): 62-72.
117. Holmes, J. (2001). The search for the secure base: Attachment theory and psychotherapy, Psychology Press.
118. Insel, T. R. (2000). "Toward a neurobiology of attachment." Review of General Psychology **4**(2): 176-185.
119. Irons, C. and P. Gilbert (2005). "Evolved mechanisms in adolescent anxiety and depression symptoms: the role of the attachment and social rank systems." Journal of Adolescence **28**(3): 325-341.
120. Jeammet, P. (1991). "Les enjeux des identifications à l'adolescence." Journal de la Psychanalyse de l'Enfant **10**: 141-163.
121. Jeammet, P. (2002). "Spécificités de la psychothérapie psychanalytique à l'adolescence." Psychothérapies **22**(2): 77-87.
122. Jeammet, P. and D. Wildocher (1994). "Adolescence et processus de changement." Traité de psychopathologie: 687-726.
123. Kerns, K. A., L. Klepac, et al. (1996). "Peer relationships and preadolescents' perceptions of security in the child-mother relationship." Developmental psychology **32**(3): 457.

124. Kerns, K. A. (2013). "A Developmental Model of the Relations Between Mother-Child." Theoretical Frameworks for Personal Relationships: 129.
125. Keskin, G. and O. Cam (2010). "Adolescents' strengths and difficulties: approach to attachment styles." Journal of psychiatric and mental health nursing **17**(5): 433-441.
126. Kivlighan Jr, D. M., M. J. Patton, et al. (1998). "Moderating effects of client attachment on the counselor experience–working alliance relationship." Journal of Counseling Psychology **45**(3): 274.
127. Kobak, R. and S. D. Madsen (2011). Attachment. Encyclopedia of Adolescence. B. B. B. Editors-in-Chief and J. P. Mitchell. San Diego, Academic Press: 18-24.
128. Kobak, R. R. and A. Sceery (1988). "Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others." Child development: 135-146.
129. Lacan, J. (1971). "Lituraterre." Littérature(3): 3-10.
130. Lamas, C., L. Vulliez Coady, et al. (2010). 11 - Psychopathologie à l'adolescence et attachement. L'attachement : approche clinique. Paris, Elsevier Masson: 107-118.
131. Lambert, N. and F. Lotstra (2005). "L'attachement. De Konrad Lorenz à Larry Young: de l'éthologie à la neurobiologie." Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux(2): 83-97.
132. Levy, K. N., S. J. Blatt, et al. (1998). "Attachment styles and parental representations." Journal of Personality and Social Psychology **74**(2): 407.
133. Lieberman, A. F. and C. H. Zeanah (1999). "Contributions of attachment theory to infant–parent psychotherapy and other interventions with infants and young children." Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications: 555-574.
134. Liotti, G. (2004). "Trauma, dissociation, and disorganized attachment: Three strands of a single braid." Psychotherapy: Theory, research, practice, training **41**(4): 472.

135. Lyons-Ruth, K. (2005). "L'interface entre attachement et intersubjectivité: perspectives issues de l'étude longitudinale de l'attachement désorganisé." Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux(2): 61-81.
136. Lyons-Ruth, K. and D. Jacobvitz (2008). "Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood." *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed.): 667-697.
137. Mackie, A. J. (1981). "Attachment theory: its relevance to the therapeutic alliance." British Journal of Medical Psychology **54**(3): 203-212.
138. Madigan, S., M. J. Bakermans-Kranenburg, et al. (2006). "Unresolved states of mind, anomalous parental behavior, and disorganized attachment: A review and meta-analysis of a transmission gap." Attachment & human development **8**(2): 89-111.
139. Main, M., N. Kaplan, et al. (1985). "Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation." Monographs of the Society for Research in Child Development **50**(1-2): 66-104.
140. Main, M. and J. Solomon (1986). "Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern (pp. 95-124)." Affective development in infancy. Norwood NJ: Ablex Publishing Corp.
141. Main, M. (1990). "Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies." Human Development **33**(1): 48-61.
142. Main, M. and E. Hesse (1990). "Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism?" *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*: 161-182.
143. Main, M. (1991). "Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) models of attachment." Attachment across the life cycle: 127-159.
144. Main, M. and R. Goldwyn (1995). "Interview-based adult attachment classifications: Related to infant-mother and infant-father attachment." Developmental psychology **19**: 227-239.

145. Main, M., R. Goldwyn, et al. (1998). "Adult attachment scoring and classification system." Unpublished manuscript, University of California at Berkeley.
146. Main, M. (1998). "De l'attachement à la psychopathologie." Enfance: 13-27.
147. Main, M. (2000). "The organized categories of infant, child, and adult attachment: Flexible vs. inflexible attention under attachment-related stress." Journal of the American Psychoanalytic Association **48**(4): 1055-1096.
148. Marcelli, D. and A. Braconnier (2008). "Adolescence & psychopathologie (7^é Ed.)."
149. Marvin, R. S. and P. A. Britner (1999). "Normative development: The ontogeny of attachment." Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications: 44-67.
150. McLewin, L. A. and R. T. Muller (2006). "Attachment and social support in the prediction of psychopathology among young adults with and without a history of physical maltreatment." Child Abuse & Neglect **30**(2): 171-191.
151. Michon-Raffaitin, P. (2000). "Désir et adolescence." Psychologie: 155-168.
152. Mikulincer, M. and P. R. Shaver (2012). "An attachment perspective on psychopathology." World Psychiatry **11**(1): 11-15.
153. Mikulincer, M., P. R. Shaver, et al. (2013). "An attachment perspective on therapeutic processes and outcomes." Journal of Personality.
154. Miljkovitch, R. (2009). 5 - L'attachement au niveau des représentations. L'attachement : approche théorique (3rd édition). Paris, Elsevier Masson: 39-48.
155. Miljkovitch, R., B. Pierrehumbert, et al. (2003). "Les représentations d'attachement du jeune enfant. Développement d'un système de codage pour les histoires à compléter." Devenir **15**(2): 143-177.
156. Mintz, A. and M. Pérouse de Montclos (2009). "L'attachement entre 0 et 4 ans: concepts généraux et ontogenèse." N. Guedeney & A. Guedeney (Éds.), L'attachement: approche théorique. Du bébé à la personne âgée. Paris: Masson.

157. Minuchin, S., M. Du Ranquet, et al. (1979). Familles en thérapie, Editions France-Amérique.
158. Muris, P., C. Meesters, et al. (2001). "Self-reported attachment style, attachment quality, and symptoms of anxiety and depression in young adolescents." Personality and Individual Differences **30**(5): 809-818.
159. Nakash-Eisikovits, O. R. A., L. Dutra, et al. (2002). "Relationship Between Attachment Patterns and Personality Pathology in Adolescents." Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry **41**(9): 1111-1123.
160. Nezelof, S., M. Corcos, et al. (2006). "Complexité et enjeux de la recherche clinique en psychiatrie de l'adolescent. À propos de l'étude du réseau dépendance sur les dimensions psychopathologiques communes aux conduites addictives." Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence **54**(1): 9-15.
161. O'Connor, T. G., M. Spagnola, et al. (2012). "Reactive Attachment Disorder and Severe Attachment Disturbances." Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology.
162. O'Hanlon, W. and S. Beadle (1997). Guide du thérapeute au pays du possible, Bruxelles, Satas: 68-69.
163. Parker, G., H. Tupling, et al. (1979). "A Parental Bonding Instrument." British Journal of Medical Psychology **52**(1): 1-10.
164. Patrick, M., R. P. Hobson, et al. (1994). "Personality disorder and the mental representation of early social experience." Development and Psychopathology **6**: 375-375.
165. Piaget, J. (1977). La naissance de l'intelligence chez l'enfant, Delachaux et Niestlé Paris.
166. Picard, L. (2007). "Qualité des liens affectifs parentaux perçus et détresse psychologique à l'adolescence." Enfance **59**(4): 371-392.
167. Pichon, S. and P. Vuilleumier (2011). "Neuro-imagerie et neuroscience des émotions." M/S-Medecine Sciences **27**(8): 763.

168. Pierrehumbert, B. (2003). "Attachement et psychopathologie." Enfance **55**(1): 74-80.
169. Pierrehumbert, B. (2003). Le premier lien: théorie de l'attachement, Odile Jacob.
170. Pionnié, N. and F. Atger (2003). "Attachement et psychopathologie." Perspectives Psy **42**(2): 129-133.
171. Pontalis, J.-B. and J. Laplanche (1967). Vocabulaire de la psychanalyse: Sous la direction...[du Dr]... Daniel Lagache, Presses universitaires de France
172. Priceputu, M. (2012). "Attachment style - from theory to the integrative intervention in anxious and depressive symptomatology." Procedia - Social and Behavioral Sciences **33**(0): 934-938.
173. Prior, V. and D. Glaser (2006). Understanding attachment and attachment disorders: Theory, evidence and practice, Jessica Kingsley Publishers.
174. Ringer, F. and P. M. Crittenden (2007). "Eating disorders and attachment: The effects of hidden family processes on eating disorders." European Eating Disorders Review **15**(2): 119-130.
175. Robertson, J. (1971). "Young children in brief separation. A fresh look." Psychoanal Study Child **26**: 264-315.
176. Roelofs, J., L. Onckels, et al. (2013). "Attachment Quality and Psychopathological Symptoms in Clinically Referred Adolescents: The Mediating Role of Early Maladaptive Schema." J Child Fam Stud **22**(3): 377-385.
177. Rosenstein, D. S. and H. A. Horowitz (1996). "Adolescent attachment and psychopathology." Journal of consulting and clinical psychology **64**(2): 244.
178. Sable, P. (1992). "Attachment theory: Application to clinical practice with adults." Clinical Social Work Journal **20**: 271-283.
179. Saive, A.-L. and N. Guedeney (2010). "Le rôle de l'ocytocine dans les comportements maternels de caregiving auprès de très jeunes enfants." Devenir **22**(4): 321-338.

180. Sarracino, D., F. Presaghi, et al. (2011). "Sex-specific relationships among attachment security, social values, and sensation seeking in early adolescence: Implications for adolescents' externalizing problem behaviour." Journal of Adolescence **34**(3): 541-554.
181. Sauer, E. M., M. Z. Anderson, et al. (2010). "Client attachment orientations, working alliances, and responses to therapy: a psychology training clinic study." Psychotherapy Research **20**(6): 702-711.
182. Scharf, M. and O. Mayseless (2007). "Putting eggs in more than one basket: A new look at developmental processes of attachment in adolescence." New directions for child and adolescent development **2007**(117): 1-22.
183. Schneider, B. H., L. Atkinson, et al. (2001). "Child-parent attachment and children's peer relations: A quantitative review." Developmental psychology **37**(1): 86.
184. Séjourné, N., N. van Leeuwen, et al. (2009). "Les contributions relatives de la symptomatologie dépressive, du lien d'attachement aux parents et de l'impact négatif des événements de vie, au syndrome limite de l'adolescent." Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence **57**(5): 368-371.
185. Shapiro, D. L. and A. A. Levendosky (1999). "Adolescent survivors of childhood sexual abuse: the mediating role of attachment style and coping in psychological and interpersonal functioning." Child Abuse & Neglect **23**(11): 1175-1191.
186. Shaver, P. R. and M. Mikulincer (2005). "Attachment theory and research: Resurrection of the psychodynamic approach to personality." Journal of Research in Personality **39**(1): 22-45.
187. Simas, R. and B. Golse (2009). "Empathie (s) et intersubjectivité (s)." La psychiatrie de l'enfant **51**(2): 339-356.
188. Siqueland, L., M. Rynn, et al. (2005). "Cognitive behavioral and attachment based family therapy for anxious adolescents: Phase I and II studies." Journal of Anxiety Disorders **19**(4): 361-381.
189. Slade, A. (1999). "Attachment theory and research: Implications for the theory and practice of individual psychotherapy with adults." Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications: 575-594.

190. Slade, A. (2005). "Parental reflective functioning: An introduction." Attachment & human development **7**(3): 269-281.
191. Solow, S. I. (2004). "Adolescent attachment: A validation of the Inventory of Parental Representations." ETD Collection for Pace University.
192. Sroufe, L. A. (2005). "Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood." Attachment & human development **7**(4): 349-367.
193. Sroufe, L. A., B. Egeland, et al. (1999). One social world: The integrated development of parent-child and peer relationships. Relationships as developmental contexts. The Minnesota symposia on child psychology, Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
194. Steele, H., M. Steele, et al. (2005). "Understanding and resolving emotional conflict." Attachment from infancy to adulthood. The major longitudinal studies: 137-164.
195. Stern, D. (1995). The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy, Karnac books.
196. Stern, D. N. (2003). Le moment présent en psychothérapie: un monde dans un grain de sable, Odile Jacob.
197. Swain, J. E., J. P. Lorberbaum, et al. (2007). "Brain basis of early parent–infant interactions: psychology, physiology, and in vivo functional neuroimaging studies." Journal of Child Psychology and Psychiatry **48**(3-4): 262-287.
198. Tambelli, R., F. Laghi, et al. (2012). "Attachment relationships and Internalizing and Externalizing problems among Italian adolescents." Children and Youth Services Review **34**(8): 1465-1471.
199. Tangney, J. P., R. F. Baumeister, et al. (2004). "High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success." Journal of Personality **72**(2): 271-324.
200. Van IJzendoorn, M. H. (1995). "Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview." Psychological bulletin **117**: 387-387.

201. Van IJzendoorn, M. H., C. M. Vereijken, et al. (2004). "Assessing attachment security with the attachment Q sort: Meta-analytic evidence for the validity of the observer AQS." Child development **75**(4): 1188-1213.
202. Vygotski, L. (1933). "Apprentissage et développement: tensions dans la zone proximale." Brossard, M et Clot, Y. Avec Vygotski. Paris: La dispute (2ème éd. Augmentée): 233.
203. Wesselmann, D., M. Davidson, et al. (2012). "EMDR as a treatment for improving attachment status in adults and children." Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology.
204. White, M., I. Laplante, et al. (2009). Cartes des pratiques narratives, Satas.
205. Wiart, Y. (2011). L'attachement, un instinct oublié, Editions Albin Michel.
206. Wilkinson, R. B. and W. A. Walford (2001). "Attachment and personality in the psychological health of adolescents." Personality and Individual Differences **31**(4): 473-484.
207. Winnicott, D. W. (1956). "La préoccupation maternelle primaire." De la pédiatrie à la psychanalyse **1969**: 285.
208. Winnicott, D. (1975). "Jeu et réalité, l'espace potentiel." Gallimard: 25-143.
209. Zachrisson, H. D. and F. Skarderud (2010). "Feelings of insecurity: review of attachment and eating disorders." Eur Eat Disord Rev **18**(2): 97-106.
210. Zaremba, L. A. and M. K. Keiley (2011). "The mediational effect of affect regulation on the relationship between attachment and internalizing/externalizing behaviors in adolescent males who have sexually offended." Children and Youth Services Review **33**(9): 1599-1607.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION -----	10
<u>Chapitre 1</u> : Aspects théoriques de l'attachement et de l'adolescence -----	13
I- <u>La théorie de l'attachement, de son émergence aux perspectives actuelles</u> -----	13
1) <u>Emergence de la théorie de l'attachement</u> -----	13
a) Bowlby et la théorie de l'attachement -----	13
b) Mary Ainsworth et la Situation étrange -----	14
c) Mary Main et l'attachement « désorganisé » -----	17
2) <u>Du lien d'attachement parent-enfant aux représentations et aux modalités de transmission de l'attachement</u> -----	18
a) Inge Bretherton et les modèles internes opérants-----	18
b) Le métamodèle de Patricia Crittenden -----	19
c) La transmission intergénérationnelle de l'attachement -----	20
• La sensibilité maternelle -----	20
• Les recherches des Steele -----	20
• Les recherches de Klaus et Karin Grossmann -----	21
• Fonagy et la capacité réflexive -----	22
• Autres facteurs favorisant la transmission de l'attachement -----	22
3) <u>Les systèmes comportementaux ou motivationnels</u> -----	23
a) Le système d'attachement -----	24
b) Le système de caregiving -----	25
• Systèmes de caregiver et d'attachement chez le parent -----	26
• Capacités et rôle du caregiver -----	27
c) Base de sécurité et système d'exploration -----	28
d) Le système peur-vigilance -----	29
e) Le système affiliatif -----	29

4) <u>Les différents patterns d'attachement et la constitution des modèles internes opérants</u>	30
a) De l'attachement aux MIO.....	30
b) Adaptation des stratégies d'attachement à travers les MIO	31
• Stratégie d'attachement primaire	31
• Stratégies d'attachement secondaires	32
• Stratégies d'attachement masquées	32
c) Les spécificités de l'attachement désorganisé.....	33
d) L'exclusion défensive	34
e) Intérêts et limites des catégories d'attachement et des MIO	34
5) <u>L'attachement et ses perspectives actuelles</u>	36
a) Les apports de la neurobiologie	36
• Rôle des différentes structures cérébrales dans le processus d'attachement ---	36
• Rôle des hormones dans la transmission de l'attachement	37
b) Les nouveaux concepts associés à l'attachement	39
• L'intersubjectivité : un rôle complémentaire	39
• Le concept de résilience, une piste thérapeutique	40
• Quelles perspectives pour la recherche française	41
II- <u>Le développement à l'adolescence et la question du lien</u>	42
1) <u>Introduction</u>	42
2) <u>Abord psychodynamique de l'adolescence</u>	43
a) Le corps mature : immuabilité et irréversibilité de la puberté et Œdipe	44
b) L'acquisition de l'autonomie et le conflit narcissico-objectal	45
c) L'apport des concepts psychanalytiques à l'adolescence	46
• La théorie des pulsions de Freud	46
• Du Moi Idéal à l'Idéal du Moi	47

3) <u>Aspect relationnel et liens d'attachement à l'adolescence</u>	47
a) Rôle de l'attachement précoce dans les stratégies adaptatives de l'adolescent	48
b) Evolution des MIO à l'adolescence	49
• Acquisition de la pensée abstraite et capacités réflexives	49
• Cohérence des MIO et exclusion défensive	50
• Les MIO et la régulation des émotions	50
c) Evolution des liens d'attachement avec les parents à l'adolescence	52
d) Liens d'attachement avec les pairs à l'adolescence et système affiliatif	54
e) La balance sécurité/exploration : une fonction importante du processus d'autonomisation	55
4) <u>De l'abord psychodynamique au concept d'attachement à l'adolescence</u>	56
a) Points de convergence entre ces théories à l'adolescence	57
• Œdipe et réactivation pulsionnelle à l'adolescence : rôle de l'attachement	57
• Entre la théorie de l'étayage et des pulsions de Freud et la théorie de l'attachement de Bowlby : divergence ou convergence	58
• Conflit narcissico-objectal et système d'attachement à l'adolescence	60
• Rôle du langage : un pont entre ces deux théories	61
b) Intérêt de la théorie de l'attachement dans la psychopathologie de l'adolescent	62

Chapitre 2 : Apports de la théorie de l'attachement à la clinique de l'adolescent : abords psychopathologique et thérapeutique -----64

I- Lien entre troubles de l'attachement et troubles psychopathologiques à l'adolescence -----64

1) Introduction-----64

2) Description des outils utilisés pour évaluer l'attachement à l'adolescence -----65

- | | |
|---|----|
| a) Outils d'évaluation issus du courant développemental | 65 |
| b) Outils d'évaluation issus du courant psychosocial | 67 |
| • Outil dimensionnel | 67 |
| • Outil catégoriel | 68 |

3) <u>Place de l'attachement sécure / insécure dans la psychopathologie à l'adolescence</u>	70
-----	-----
a) L'attachement sécure : facteur de protection	70
b) L'attachement insécure : facteur de vulnérabilité	71
• Rôle des interactions précoces	72
• Attachement insécure et psychopathologie	72
4) <u>Spécificités de la psychopathologie selon les types d'attachement</u>	73
a) Attachement anxieux (insécure préoccupé-ambivalent)	73
• Aspects descriptifs	73
• Traduction psychopathologique	75
b) Attachement évitant (insécure détaché)	76
• Aspects descriptifs	76
• Traduction psychopathologique	77
c) Attachement désorganisé (non résolu)	78
• Aspects descriptifs	78
• Hypothèses sur la transmission transgénérationnelle	79
• Traduction psychopathologique	80
5) <u>Spécificités de l'attachement selon les pathologies psychiatriques</u>	84
a) Troubles du comportement internalisés	84
• La dépression	84
• Les troubles anxieux	85
• La personnalité borderline ou état limite	85
b) Les troubles du comportement externalisés	88
• Les troubles du comportement alimentaire (TCA)	88
• Les troubles du comportement et les conduites addictives	90
6) <u>Conclusion</u>	92
a) Corrélation entre les styles d'attachement et la psychopathologie à l'adolescence	92
b) Hypothèses sur le rôle de l'attachement dans l'étiopathogénie du trouble psychiatrique	93
c) Limites des études	94
d) Nouvelles perspectives	95

II- Spécificités de la théorie de l'attachement dans la thérapie chez l'adolescent -----96

1) <u>Intérêt d'un travail psychothérapeutique basé sur l'attachement à l'adolescence</u>	96
2) <u>Relation thérapeutique et attachement</u>	99
a) Apports de Bowlby à la thérapie	99
b) Le cadre thérapeutique	100
c) Rôle de la fonction réflexive et de la métacognition	102
d) L'alliance thérapeutique	104
• La construction de l'alliance thérapeutique du point de vue de l'attachement	104
• Modalités communicationnelles favorisant l'alliance	105
• Attachement au thérapeute et qualité de l'alliance	106
e) Intérêt de la relation thérapeutique basée sur l'attachement	106
3) <u>Processus thérapeutique et attachement</u>	108
a) Les différents axes de travail	109
• Les domaines d'intervention proposés par Holmes	109
• Le modèle thérapeutique issu de la théorie de l'attachement	109
b) Les stratégies thérapeutiques	111
• Concernant la dissociation	111
• Concernant les difficultés de mentalisation	112
• Concernant la régulation des émotions	113
c) Le travail associé à l'attachement	114
• Elargissement du travail sur les liens d'attachement	114
• Renforcer l'image de soi, améliorer la confiance dans l'autre et l'environnement	115
• Un travail s'inscrivant aussi dans le futur	115
• Incidence neurobiologique et neuroanatomique	116
4) <u>Prise en charge de l'adolescent selon le style d'attachement</u>	116
a) Intérêt de la prise en compte du style d'attachement dans la thérapie	116
• L'approche dimensionnelle	116
• Le rôle des MIO	117

b) Evaluation du style d'attachement -----	117
• Les échelles et les questionnaires concernant l'attachement -----	117
• Informations données par la relation thérapeutique -----	118
• L'anamnèse -----	118
c) Stratégies thérapeutiques selon les troubles présentés -----	119
• Style d'attachement anxieux ou préoccupé -----	119
• Style d'attachement évitant -----	120
• Style d'attachement désorganisé -----	121
5) <u>Intégration des parents et du système familial dans la thérapie</u> -----	123
a) Intérêts d'une prise en charge associant les parents du point de vue de la théorie de l'attachement -----	123
• L'adolescent dans son système familial -----	123
• Apports d'un travail avec l'adolescent et ses parents -----	124
• L'espace thérapeutique, un médiateur de la communication intrafamiliale --	125
b) Le cadre et les outils thérapeutiques -----	126
• Le cadre thérapeutique -----	126
• Les outils du thérapeute -----	126
c) Le rôle du symptôme dans le système familial -----	128
• Le symptôme comme révélateur d'un déséquilibre du système -----	129
• Le symptôme comme révélateur d'un blocage du système -----	130
• Le symptôme comme tentative de solution -----	130
• Le symptôme comme témoin de l'histoire transgénérationnelle -----	131
d) Processus thérapeutique et attachement -----	132
• La base de sécurité : balance entre attachement et exploration -----	133
• Le travail sur les MIO et la communication dans le système -----	134
• La co-construction d'une histoire alternative -----	135
6) <u>Conclusion</u> -----	136

III- <u>Illustration de son utilisation dans le travail thérapeutique avec trois vignettes cliniques</u>	137
1) <u>Antonin et ses « gênes » : un attachement anxieux-ambivalent</u>	137
a) Biographie	137
b) Emergence des troubles	138
c) Discussion	140
d) Prise en charge d'Antonin	141
• Le cadre thérapeutique	141
• Le travail sur la question miracle	142
• L'externalisation	142
• L'expérience sécurisante	144
2) <u>Melle T : l'attachement évitant dans un scénario familial d'évitement</u>	146
• Discussion	147
• L'externalisation du problème	148
• La sculpture vivante	150
3) <u>Melle C : maltraitance et attachement désorganisé</u>	151
CONCLUSION	156
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	160
TABLE DES MATIERES	178
ANNEXES	185

ANNEXES

Annexe 1 : Origine de ce travail

L'intérêt de cette thèse était d'offrir des réponses aux différentes interrogations qui m'ont traversée lors de mon travail avec les adolescents. Lors d'un semestre passé dans un institut de psychothérapie pour des patients âgés de 16 à 30 ans, j'ai pu découvrir le travail effectué dans une dynamique systémique autour des liens du jeune avec son système familial et la structuration de celui-ci. J'ai pu constater la répétition des troubles du lien et des relations dysfonctionnelles entre le jeune et sa famille, son manque de confiance en lui, et ses difficultés dans les interactions avec ses pairs. J'ai été surprise par le nombre de jeunes qui décrivaient depuis leur enfance des relations d'attachement pathologiques ou insécures avec leurs parents : une mère qui transmettait son angoisse inhibant l'enfant dans ses processus exploratoires, des bases familiales chaotiques, comme une mère en difficulté socio familiale « *parfois présente souvent absente* », une irrégularité de l'investissement du rôle parental, un père absent ou inconnu, une inversion des rôles parent-enfant, des parents absents dans leur rôle de protection « *je ne me sentais pas protégé ni en sécurité dans leur bras...* », un sentiment récurrent de vide dès l'enfance impossible à combler : « *je regardais mes parents en attente d'une réponse à ce vide... réponse qui ne venait pas.* », des conflits conjugaux et parentaux (devoir de loyauté face à des propos contradictoires) et des non-dits familiaux cristallisant la famille autour du « secret de famille ». Le récit de ces jeunes était régulièrement ponctué d'incohérences et de distorsions cognitives concernant leurs souvenirs, avec très souvent une participation affective soit peu intense malgré le tableau dépeint, soit en inadéquation.

L'émergence d'un trouble psychiatrique, particulièrement à l'adolescence est généralement d'origine multifactorielle. Elle peut être liée à la vulnérabilité individuelle, consécutive au contexte environnemental, mais aussi concerner la relation que le jeune entretient avec ses parents. Il me semblait intéressant de faire le parallèle entre certaines pathologies qui émergent à cette période et les troubles relationnels décrits par les adolescents. Voici quelques hypothèses de psychopathologie interrelationnelle décrites dans la littérature que j'ai rencontrées lors de mon stage :

- « l'intérêt » pour les addictions pour combler un vide affectif ou un manque parental (substances, scarifications...),
- les troubles du comportement alimentaire comme « moyen de médiation » afin de mettre à distance une mère décrite comme envahissante, un moyen pour l'adolescent d'explorer de nouvelles sensations, activant un processus exploratoire pathologique dans une relation interpersonnelle non ouverte sur l'autre et sur l'environnement,
- les éléments de dissociation et les troubles du comportement comme moyen de gérer les émotions et les sentiments générés par le conflit parental et le devoir de loyauté sous-jacent (agressivité, incompréhension),
- les troubles du comportement devant l'impossibilité de mobiliser des compétences ou des ressources internes pour réguler les conflits intrapsychiques et les difficultés relationnelles,
- les troubles relationnels avec les pairs ou dans les relations amoureuses conséquences de difficultés à trouver la bonne distance.

Ces jeunes avaient souvent des antécédents de suivi psychiatrique individuels. Je me suis aperçue que la prise en charge plus globale du patient et de sa famille constituait régulièrement une ouverture dans le travail thérapeutique. Cela a aidé l'adolescent dans son travail intrapsychique et a permis une évolution dans le lien à l'autre. La psychothérapie associant la famille semble offrir de nouvelles possibilités, afin d'évoluer d'une impasse représentationnelle et comportementale à la possibilité d'élaborer une construction intra et inter psychique dynamique autour d'un processus de changement (Cook-Darzens 2013).

De plus, j'ai pu constater que le travail individuel chez l'adolescent s'avère souvent inefficace si le système familial n'est pas pris en compte du fait du devoir de loyauté au système auquel il appartient. Cela rend tout changement à risque d'altérer l'équilibre du système en place. Dans le travail avec la famille, les parents semblent constituer une ressource. Cela permet aussi de mettre à distance leur culpabilité face à la souffrance de leur enfant et une meilleure compréhension de ses troubles.

L'expérience sur une unité d'adolescents au CHU d'Angers m'a confortée dans cette idée. Cette unité accueille des adolescents dans un état de crise psychosociale, âgés de 12 à 16 ans. Dans nombre de situations rencontrées, la gestion des difficultés de l'adolescent au quotidien se faisait par l'un des parents, le plus souvent la mère. La « réintroduction » du père dans le système familial, lors d'entretiens familiaux sur l'unité a permis pour plusieurs d'entre eux une reprise des échanges. Il semblerait donc que la réintroduction d'un tiers dans un processus

auparavant figé, modifie de façon significative le comportement de l'adolescent : La présence du père à l'entretien venait valider l'intention du père d'être là pour l'enfant à cet instant.

Ces différentes constatations m'ont ainsi amenée à m'interroger sur les particularités des liens parents enfant et le rôle du système familial dans l'émergence des troubles à l'adolescence et sur l'intérêt de prendre en compte le système dans la prise en charge de l'adolescent. Il existe alors un double enjeu : déculpabiliser les parents en les positionnant dans leur rôle parental de soutien et « débloquer » un système déséquilibré, dont la circularité des échanges est altérée, dans le but d'une reprise du processus adolescent.

Annexe 2 : The IPPA

Armsden, G. C., and Greenberg, M. T. (1987). The Inventory of Parent and Peer Attachment: Relationships to well-being in adolescence. Journal of Youth and Adolescence, 16 (5), 427-454.

The IPPA was developed in order to assess adolescents' perceptions of the positive and negative affective/cognitive dimension of relationships with parents and close friends particularly how well these figures serve as sources of psychological security. Three broad dimensions are assessed: degree of mutual trust, quality of communication, and extent of anger and alienation.

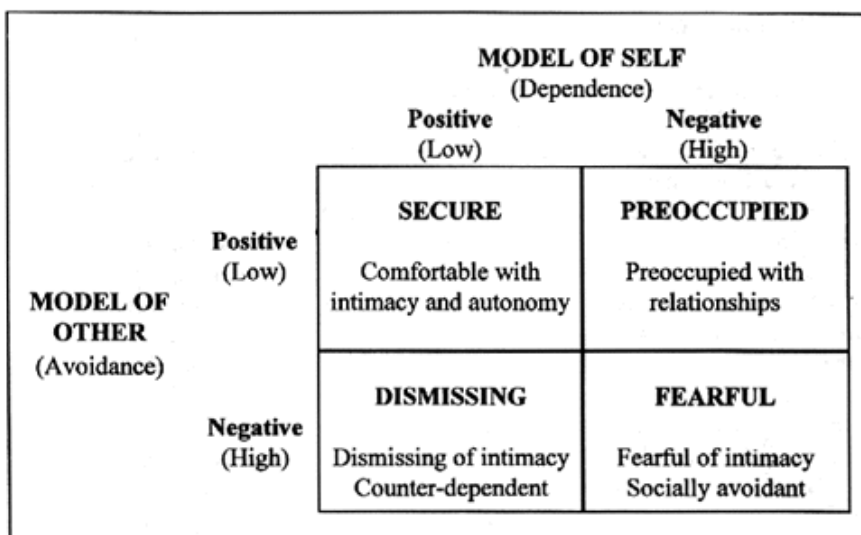
Almost Never Or Never True 1	Not Very Often True 2	Sometimes True 3	Often True 4	Almost Always or Always True 5
Relationship with your mother				
1. My mother respects my feelings.			1 2 3 4 5	
2. I feel my mother does a good job as my mother.			1 2 3 4 5	
3. I wish I had a different mother.			1 2 3 4 5	
4. My mother accepts me as I am.			1 2 3 4 5	
5. I like to get my mother's point of view on things I'm concerned about.		1	2 3 4 5	
6. I feel it's no use letting my feelings show around my mother.		1	2 3 4 5	
7. My mother can tell when I'm upset about something.		1	2 3 4 5	
8. Talking over my problems with my mother makes me feel ashamed or foolish.		1	2 3 4 5	
9. My mother expects too much from me.		1	2 3 4 5	
10. I get upset easily around my mother.		1	2 3 4 5	
11. I get upset a lot more than my mother knows about.		1	2 3 4 5	
12. When we discuss things, my mother cares about my point of view.		1	2 3 4 5	
13. My mother trusts my judgment.		1	2 3 4 5	
14. My mother has her own problems, so I don't bother her with mine.		1	2 3 4 5	
15. My mother helps me understand myself better.		1	2 3 4 5	
16. I tell my mother about my problems and troubles.		1	2 3 4 5	
17. I feel angry with my mother.		1	2 3 4 5	
18. I don't get much attention from my mother.		1	2 3 4 5	
19. My mother helps me talk about my difficulties.		1	2 3 4 5	
20. My mother understands me.		1	2 3 4 5	

21. When I am angry about something, My mother tries to be understanding.	1	2	3	4	5
22. I trust my mother.	1	2	3	4	5
23. My mother doesn't understand what I'm going through these days.	1	2	3	4	5
24. I can count on my mother when I need to get something off my chest.	1	2	3	4	5
25. If my mother knows something is bothering me, she asks me about it.	1	2	3	4	5
Relationship with your father					
1. My father respects my feelings.	1	2	3	4	5
2. I feel my father does a good job as my father.	1	2	3	4	5
3. I wish I had a different father.	1	2	3	4	5
4. My father accepts me as I am.	1	2	3	4	5
5. I like to get my father's point of view on things I'm concerned about.	1	2	3	4	5
6. I feel it's no use letting my feelings show around my father.	1	2	3	4	5
7. My father can tell when I'm upset about something.	1	2	3	4	5
8. Talking over my problems with my father makes me feel ashamed or foolish.	1	2	3	4	5
9. My father expects too much from me.	1	2	3	4	5
10. I get upset easily around my father.	1	2	3	4	5
11. I get upset a lot more than my father knows about.	1	2	3	4	5
12. When we discuss things, my father cares about my point of view.	1	2	3	4	5
13. My father trusts my judgment.	1	2	3	4	5
14. My father has her own problems, so I don't bother her with mine.	1	2	3	4	5
15. My father helps me understand myself better.	1	2	3	4	5
16. I tell my father about my problems and troubles.	1	2	3	4	5
17. I feel angry with my father.	1	2	3	4	5
18. I don't get much attention from my father.	1	2	3	4	5
19. My father helps me talk about my difficulties.	1	2	3	4	5
20. My father understands me.	1	2	3	4	5
21. When I am angry about something, my father tries to be understanding.	1	2	3	4	5
22. I trust my father.	1	2	3	4	5
23. My father doesn't understand what I'm going through these days.	1	2	3	4	5
24. I can count on my father when I need to get something off my chest.	1	2	3	4	5
25. If my father knows something is bothering me, he asks me about it.	1	2	3	4	5
Relationship with your close friends					
1. My friends can tell when I'm upset about something.	1	2	3	4	5
2. When we discuss things, my friends care about my point of view.	1	2	3	4	5
3. When I discuss things, my friends care about my point of view.	1	2	3	4	5
4. I wish I had different friends.	1	2	3	4	5
5. My friends understand me.	1	2	3	4	5
6. My friends help me to talk about my difficulties.	1	2	3	4	5
7. My friends accept me as I am.	1	2	3	4	5
8. I feel the need to be in touch with my friends more often.	1	2	3	4	5

9. My friends don't understand what I'm going through these days.	1	2	3	4	5
10. I feel alone or apart when I'm with my friends.	1	2	3	4	5
11. My friends listen to what I have to say.	1	2	3	4	5
12. I feel my friends are good friends.	1	2	3	4	5
13. My friends are fairly easy to talk to.	1	2	3	4	5
14. When I am angry about something, my friends try to be understanding.	1	2	3	4	5
15. My friends help me to understand myself better.	1	2	3	4	5
16. My friends care about how I am.	1	2	3	4	5
17. I feel angry with my friends.	1	2	3	4	5
18. I can count on my friends when I need to get something off my chest.	1	2	3	4	5
19. I trust my friends.	1	2	3	4	5
20. My friends respect my feelings.	1	2	3	4	5
21. I get upset a lot more than my friends know about.	1	2	3	4	5
22. It seems as if my friends are irritated with me for no reason.	1	2	3	4	5
23. I can tell my friends about my problems and troubles.	1	2	3	4	5
24. If my friends know something is bothering me, they ask me about it.	1	2	3	4	5

Annexe 3 : Attachment Styles Among Young Adults de Bartholomew

BARTHOLOMEW, K, & HOROWITZ, L.M. 1991, Attachment Styles Among Young Adults : A Test of a Four-Category Model, Journal of Personality and Social Psychology, Vol.61, No. 2, 226-244.



Annexe 4 : Schéma récapitulatif : intérêt de la théorie de l'attachement dans le travail psychothérapique

