



D^{re} Marie-Julie Béliveau
Psychologue

A terminé en 2004 une thèse portant sur la transmission intergénérationnelle de l'attachement à l'UQAM. Depuis, elle pratique à l'hôpital Rivière-des-Prairies à la Clinique psychiatrique de la petite enfance en tant que psychologue clinicienne et chercheure.



D^r Jean-François Bureau
Psychologue

Professeur adjoint à l'école de psychologie de l'Université d'Ottawa depuis 2007.



Marlène Lemieux / Psychologue

Psychologue en milieu scolaire et doctorante en psychologie du développement.



D^{re} Dominique Pallanca
Psychologue

Psychologue clinicienne au CHU Sainte-Justine.

Les travaux découlant de la théorie de l'attachement : quelle utilité pour le clinicien?

La théorie exposée par Bowlby dans *Attachement et perte* (1969) visait l'intégration de plusieurs courants théoriques (théories freudienne, cognitiviste et des systèmes, éthologie). Son postulat principal est que l'attachement consiste en une pulsion innée du nourrisson à développer un répertoire de comportements visant à maximiser le réconfort pouvant être obtenu par l'adulte s'occupant de lui.

Ainsworth *et al.* (1978) ont développé la *situation étrangère* afin de catégoriser les nourrissons selon l'organisation prédominante de leurs comportements lorsque leur système d'attachement est activé, soit en situation de détresse. Les trois catégories proposées étaient celles où la relation d'attachement est sécurisante (l'enfant recherche activement le réconfort auprès de sa figure d'attachement et en est apaisé), évitante (l'enfant ignore son parent et tente de minimiser ses manifestations de détresse) et ambivalente (l'enfant recherche la proximité de la figure d'attachement, mais n'est pas apaisé et demeure en détresse). Plusieurs études ont rapporté une meilleure adaptation des enfants à l'attachement sécurisant (voir Cassidy & Shaver, 2008 pour une synthèse). Main et Solomon (1990) ont proposé la catégorie d'attachement désorganisé pour les nourrissons qui ne montraient pas de stratégie cohérente pour réguler leur détresse. À partir de la période préscolaire, une stratégie de contrôle du parent et de renversement de rôles apparaît. Ces enfants constituent le groupe le plus à risque de développer des problèmes de comportement intériorisés et extériorisés, des difficultés scolaires et même de la dissociation (Solomon & George, 1999). Alors que le taux de désorganisation est de 15 % dans une population normative, on en retrouve de 50 à 80 % dans les familles abusives ou négligentes (Van IJzendoorn *et al.*, 1999).

La sensibilité parentale, c'est-à-dire la capacité à lire les signaux de l'enfant et à y répondre adéquatement, ainsi que les représentations maternelles d'attachement prédisent le type d'attachement de l'enfant (Van IJzendoorn, 1995). Les mères d'enfants de type évitant auraient tendance à rejeter et ignorer les signaux de détresse de leur enfant, les mères d'enfants à l'attachement ambivalent seraient inconstantes dans leur façon d'y répondre, alors que les mères d'enfants désorganisés manifesteraient de nombreux comportements effrayés ou effrayants, en plus d'être parfois anormalement passives.

Des chercheurs ont développé des interventions visant le rehaussement de la sensibilité maternelle en utilisant l'observation des comportements de la mère et de l'enfant. Nous discuterons ici de deux programmes d'interventions pour les jeunes enfants : le *Cercle de sécurité* et *Watch, Wait et Wonder*. Le lecteur s'intéressant à l'intervention auprès des familles d'accueil se réfère à l'article de Moss *et al.* dans la présente revue.

Cercle de sécurité (Cooper *et al.*, 2005)

Cette intervention s'adapte au type d'attachement de la dyade et nécessite donc une évaluation de la relation d'attachement. Des extraits filmés de la *situation étrangère* sont ensuite utilisés afin de susciter une réflexion active du parent sur les besoins de son enfant. Ceci amènerait de meilleures capacités d'observation et le rehaussement de l'empathie du parent. Les 20 rencontres peuvent être réalisées en groupe, en individuel ou en famille. Le site www.circleofsecurity.org offre beaucoup d'informations sur ce programme.

Watch, Wait and Wonder (Muiret *al.*, 2000)

Cette intervention propose des rencontres parent-enfant axées sur le jeu et structurées en deux parties. Le parent doit d'abord observer son enfant et suivre ses initiatives. Ses observations soutiennent ensuite une discussion réflexive avec le thérapeute. Celle-ci peut par exemple aider à distinguer les actions de l'enfant de l'éprouvé du parent. Des formations et le manuel de traitement sont disponibles. Le formateur s'est d'ailleurs déplacé plusieurs fois à Montréal pour les offrir.

Autres interventions

Plusieurs autres interventions ont été développées par des chercheurs en attachement. La recension de Bakermans-Kranenburg *et al.* (2005) porte sur leur efficacité, notamment pour la prévention de la désorganisation.

Conclusions quant aux interventions

La dernière décennie a vu l'apparition de plusieurs programmes visant à rehausser la sensibilité parentale. Plusieurs d'entre eux ont fait l'objet de publications scientifiques suggérant une certaine efficacité pour améliorer la qualité de l'interaction parent-enfant. Cette efficacité est toutefois diminuée pour les dyades désorganisées (Benoit, 2005).

Toutes ces avancées suscitent un intérêt important chez les cliniciens. Toutefois, le transfert des travaux empiriques vers la pratique clinique ne se fait pas sans difficulté, thème que nous aborderons ici.

_L'ÉVALUATION DE L'ATTACHEMENT

La *situation étrange* n'est ni longue ni complexe à administrer (environ 25 minutes). Ce qui en fait sa richesse, mais aussi sa lourdeur, est sa codification. Non seulement repose-t-elle sur l'observation, mais elle doit faire l'objet d'une analyse semi-qualitative en fonction de critères très précis. En effet, les comportements observés (p. ex. le sourire ou les pleurs de l'enfant) ne prennent une valeur que selon le contexte dans lequel ils sont exprimés. L'ensemble de règles complexes faisant en sorte qu'un comportement sera catégorisé selon un type d'attachement ou un autre est donc difficile à assimiler. Il faut en premier lieu suivre une formation intensive d'environ deux semaines auprès d'un expert. Il faut ensuite évaluer plusieurs vidéos jusqu'à l'obtention d'une fiabilité interjuges suffisante (plus de 80 % d'accord). La plupart des diverses mesures d'attachement utilisent le même genre de processus et le temps moyen pour y être accrédité varie entre plusieurs mois et plus d'un an, même pour les experts du domaine.

Les comportements d'attachement ne s'observent que lorsque le système d'attachement est activé; un certain niveau de détresse est donc nécessaire. Pour un nourrisson, de courtes séparations d'avec sa figure d'attachement alors qu'il est dans un nouvel endroit, seul ou en présence d'une étrangère, sont suffisantes

pour ce but. Toutefois, cette procédure n'est pas pertinente pour un enfant plus vieux. Voici donc les principales méthodologies utilisées pour ces cas.

Procédure de séparation-réunion

Pour les enfants d'âge préscolaire, une plus grande place est donnée aux échanges verbaux, ce qui implique un autre système de codification pour lequel il faut une formation distincte (Solomon & George, 2008). Vers 5-6 ans, une séparation beaucoup plus longue (1 heure) d'avec le parent est préconisée.

Tri de cartes

Un évaluateur organise 90 énoncés suite à une observation de la dyade. Le profil obtenu situe la qualité des interactions observées sur un continuum de sécurité d'attachement, mais ne permet pas de distinguer les catégories (Solomon & George, 2008). Une trousse vient d'être lancée par le CECOM de l'hôpital Rivière-des-Prairies, *Les défis des liens*, pour faciliter son utilisation.

Narratifs

L'évaluateur présente un début d'histoire à l'aide de figurines et d'accessoires de type Playmobil (p. ex. les parents partent pour une fin de semaine en laissant les enfants avec une gardienne) et demande à l'enfant de poursuivre l'histoire en jouant avec les personnages. Cette procédure a été utilisée avec succès auprès d'enfants âgés de 3 à 10 ans (Solomon & George, 2008; revue *Attachment and Human Development*, numéro spécial, septembre 2007).

Conclusions quant à l'évaluation

L'évaluation de l'attachement est donc une procédure complexe nécessitant une formation rigoureuse en plus de connaissances avancées sur l'attachement. Boris *et al.* (2004) et Zeanah *et al.* (1997) ont fait des recommandations pertinentes pour son évaluation en clinique. En plus des principaux systèmes rapportés plus haut, un commentaire particulier doit être fait quant aux travaux de Crittenden. Cette dernière a une démarche particulière, car elle développe ses propres systèmes de codification plutôt que d'utiliser ceux validés par la littérature scientifique. Pourtant, les systèmes de codification de Crittenden ont fait l'objet de peu ou pas d'études de validation rigoureuse et ne sont presque pas utilisés par les chercheurs en attachement. Aussi, elle rejette la catégorie désorganisée, qui fait pourtant partie des plus grands facteurs de risque connus à ce jour pour la psychopathologie.

_LE TROUBLE D'ATTACHEMENT

Ce diagnostic fait l'objet d'énormément de confusion. Le diagnostic DSM de trouble réactionnel de l'attachement (TRA) a été développé suite à l'observation d'enfants institutionnalisés. Il n'y a pas de prévalence établie pour ce diagnostic étant donné sa grande rareté. Même si certains auteurs l'associent à une

absence de relation d'attachement, possible lors de conditions extrêmes, ce diagnostic est souvent utilisé par les cliniciens dès qu'une insécurité d'attachement est soupçonnée ou lors de troubles de conduite sévères. Le TRA a fait l'objet de peu d'études scientifiques et ses critères n'ont pas de lien avec les travaux issus du domaine de l'attachement, mais pourrait tout de même être identifié de façon fiable chez certains enfants élevés dans des environnements extrêmement négligents (Zeanah & Smyke, 2008). O'Connor & Zeanah (2003) suggèrent d'utiliser le terme « comportements de trouble d'attachement » afin d'éviter la confusion avec le diagnostic DSM lorsque l'on veut évoquer les comportements reflétant une perturbation de l'attachement.

Les enfants présentant des perturbations sévères de l'attachement sont souvent difficiles à lire pour les parents adoptifs, ou d'accueil, car ils ont tendance à ne pas manifester ouvertement leurs besoins d'attachement et de réconfort. Les interventions répertoriées plus haut sont généralement recommandées dans ces cas. Il existe aussi des thérapies, principalement aux États-Unis, connues sous les termes « thérapie d'attachement » ou « thérapie de holding ». Elles sont très diffusées dans Internet et ont une approche très coercitive, où la relation entre l'enfant et le thérapeute est forcée suite à de la contention. Aux États-Unis, des décès ont été associés à cette approche et elle est donc considérée comme potentiellement dangereuse (Dozier & Rutter, 2008). Des dérivés de ce type d'approche préconisent parfois de forcer le contact physique entre l'enfant et son parent adoptif afin de favoriser l'attachement. Cette recommandation est toutefois contraire au postulat central de la nécessité pour le parent d'être sensible aux besoins de son enfant pour la mise en place d'un attachement sécurisant.

_CONCLUSION

La théorie de l'attachement et les travaux empiriques en découlant améliorent notre compréhension du développement psychoaffectif et neuroendocrinien et ont identifié d'importants facteurs prédisposant à la psychopathologie. La richesse de ce domaine résulte, entre autres, de la complexité des méthodologies utilisées pour l'évaluation, nécessitant une formation rigoureuse. Les interventions prometteuses proposées dans la dernière décennie et qui découlent de ces travaux sauront certainement bonifier la pratique clinique.

_Références

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment : a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H. & Juffer, F. (2005). Disorganized infant attachment and preventive interventions : a review and meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*, 26(3), 191-216.
- Benoit, D. (2005). Efficacité des interventions portant sur l'attachement. In R. E. Tremblay, R. G. Barr & R. De V. Peters (Éds), *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. Montréal, Québec : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants. En ligne. www.enfant-encyclopedie.com/documents/BenoitFRxp-Attachement.pdf (26 mars 2009)
- Boris, N. W., Hinshaw-Fuselier, S.S., Smyke, A. T., Sheeringa, M. S., Heller, S. S. & Zeanah, C. H. (2004). Comparing criteria for attachment disorders : establishing reliability and validity in high-risk samples. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 568-577.
- Bowlby, J. (1969). *Attachement et perte : vol. 1. L'attachement*. Presses universitaires de France.
- Cassidy, J. & Shaver, P. R. (2008). *Handbook of attachment : theory, research and clinical applications*. New York : The Guilford Press.
- Cooper, G., Hoffman, K., Powell, B. & Marvin, R. (2005). The circle of security intervention : differential diagnosis and differential treatment. In L. Amaya-Jackson, L. J. Berlin, M. T. Greenberg & Y. Ziv (Éds), *Enhancing early attachments : theory, research, intervention and policy* (pp. 127-151). New York : The Guilford Press.
- Dozier, M. & Rutter, M. (2008). Challenges to the development of attachment relationships faced by young children in foster and adoptive care. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment : theory, research and clinical applications* (pp. 698-717). New York : The Guilford Press.
- Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/

Les comportements d'attachement ne s'observent que lorsque le système d'attachement est activé; un certain niveau de détresse est donc nécessaire.

disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti & M. Cummings (Éds), *Attachment in the preschool years : theory, research and intervention* (pp. 121-160). Chicago, IL : University of Chicago Press.

Muir, E., Lojkasek, M. & Cohen, N. (2000). Observation et intervention précoce : *Watch, Wait and Wonder. PRISME, 31*, 154-166.

O'Connor, T. & Zeanah, C. H. (2003). Attachment disorders : assessment strategies and treatment approaches. *Attachment and Human Development, 5*(3), 223-244.

Solomon, J. & George, C. (1999). *Attachment disorganization*. New York : The Guilford Press.

Solomon, J. & George, C. (2008). The measurement of attachment security and related constructs in infancy and early childhood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment, second edition : theory, research and clinical applications*. New York : The Guilford Press.

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*(3), 387-403.

Van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood : meta-analysis of precursors, concomitants and sequelae. *Development and Psychopathology, 11*(2), 225-250.

Zeanah, C. H., Boris, N. W., Scott Heller, S., Hinshaw-Fuselier, S., Larrieu, J.A., Lewis, M., Palomino, R., Rovaris, M. & Valliere, J. (1997). Relationship assessment in infant mental health. *Infant Mental Health Journal, 18*(2), 182-197.

Zeanah, C. H. & Smyke, A. T. (2008). Attachment disorders in family and social context. *Infant Mental Health Journal, 29*(3), 219-233.

_PSYCHOLOGUES RECHERCHÉS

Le Service populaire de psychothérapie (S.P.P.) est un organisme communautaire qui, depuis quinze ans, regroupe des professionnels offrant des services de psychothérapie de qualité aux personnes, aux couples et aux familles à faible revenu de Laval. Le S.P.P. est à la recherche de personnes intéressées à intervenir en psychothérapie individuelle. Si vous désirez joindre l'équipe de professionnels, vous êtes invité à envoyer votre C.V. par la poste à S.P.P, Responsable clinique, 100, Tourangeau Est, Laval (Québec) H7G 1L1 ou par courriel à spp@cooptel.qc.ca. Pour toutes informations, composez le 450 975-2183.

<h1>Programmation Printemps 09</h1>		<i>Formations</i>  <i>Porte-Voix</i>	
 <p>Intervenir auprès d'une clientèle récalcitrante et peu motivée : théorie et étude de cas cliniques Par D^r Jérôme Guay, Ph.D., psychologue Mtl : 17-18 juin 09 Qc : 10-11 juin 09</p>	 <p>Initiation à l'intervention auprès des personnes présentant un trouble de la personnalité Par D^r Sébastien Bouchard, Ph.D., psychologue Mtl : 21-22 mai 09</p>		
 <p>Psychothérapie cognitivo-comportementale du trouble d'anxiété généralisée Par D^r Frédéric Langlois, Ph.D., psychologue Mtl : 25-26 mai 09 Qc : 7-8 mai 09</p>	 <p>Évaluation de l'intelligence de l'enfant : développements théoriques et familiarisation aux modifications du WISC-IV* Par Sandra Guimond, neuropsychologue Mtl : 21-22 mai 09 Qc : 4-5 juin 09 * Cette formation s'adresse aux psychologues seulement</p>		
<p>Automne 2009*</p> <ul style="list-style-type: none"> • TCC des troubles anxieux chez les enfants et adolescents Par D^r Lyse Turgeon, Ph.D., psychologue Mtl : 19-20 nov.09 Qc : 5-5 nov.09 • Crise suicidaire et troubles de santé mentale Par D^r Monique Séguin, Ph.D., psychologue Mtl : 10-11 déc.09 Qc : 28-29 janv.2010 		<ul style="list-style-type: none"> • TCC de la dépression et de la dysthymie Par D^r Benoit Laberge, Ph.D., psychologue Mtl : 8-9 déc. 09 Qc : 29-30 oct.09 <p>* Programmation incomplète</p>	
<p>Pour plus de détails www.porte-voix.qc.ca Informations et inscriptions Tél. : 418 658-5396 Téléc. : 418 658-5982 Courriel : porte-voix@videotron.ca</p>			