

LA THÉORIE DE L'ATTACHEMENT

Jean Labbé, MD, FRCPC
Professeur titulaire
Département de pédiatrie
Université Laval

La relation mère-enfant est aussi vitale pour le développement général du bébé que les vitamines ou les protéines pour le développement physique.

John Bowlby

On peut définir l'attachement comme une stratégie utilisée par un enfant pour obtenir confort et sécurité.

1. Rappel historique

1938 René A. Spitz compare des enfants en crèches dans les prisons avec des enfants en institutions et décrit la dépression anaclitique et l'hospitalisme.

1959 Après avoir étudié des jeunes délinquants et des enfants hospitalisés, John Bowlby présente sa théorie de l'attachement.

1978 Mary Ainsworth développe la « situation étrangère », une méthode de laboratoire permettant de classifier les patterns d'attachement en trois catégories : B, A et C.

1986 Mary Main et Judith Solomon proposent d'ajouter une quatrième catégorie : D.

2. La théorie de l'attachement

Contrairement à Freud qui soutenait que le nourrisson s'attache à sa mère parce qu'elle satisfait son besoin d'alimentation, Bowlby relie l'attachement au besoin de contacts sociaux. L'enfant naît social et se construit au moyen des relations avec les personnes significatives qui l'entourent. Il se sent plus ou moins en sécurité dépendant de la façon dont on répond à ses besoins. D'après Bowlby, l'attachement est un processus instinctif destiné à assurer la survie de l'espèce en maintenant une proximité entre un nourrisson et sa mère. L'attachement débute dès la grossesse et s'établit dans les trois premières années de la vie. Il va influencer la façon dont l'enfant va ensuite établir ses relations sociales pour le reste de sa vie.

Le but de l'attachement est que l'enfant se sente en sécurité, protégé et confiant. Le bébé a la capacité de former des liens d'attachement avec plusieurs personnes mais il va s'attacher davantage à une personne en particulier (le plus souvent la mère), et c'est ce qui aura le plus d'influence sur lui.

L'attachement est un processus réciproque, nécessitant des interactions entre l'enfant et la figure d'attachement. La proximité avec l'enfant est nécessaire et le bébé a des comportements qui vont la favoriser : pleurs, contact visuel, sourire, etc. La qualité de l'attachement va dépendre de la rapidité et de la façon dont le parent va répondre aux signaux de l'enfant.

Le système d'attachement est activé par le stress : peur, douleur, maladie, séparation ou crainte de séparation.

Modèle interne de représentation et conséquences

À force de constater la façon dont la figure d'attachement répond à ses besoins de sécurité, le bébé se développe un modèle interne lui permettant d'anticiper les interactions futures. Un parent suffisamment bon, disponible, avec des attitudes constantes, sera perçu comme une figure d'attachement fiable. Avec cette « base de sécurité », l'enfant pourra relaxer et explorer son environnement. Il se considérera lui-même comme aimable et méritant de l'affection. Avec le temps, les enfants avec attachement sécurisant sont plus compétents dans la solution de problèmes et dans les relations avec les pairs. Ils sont plus curieux, moins anxieux, moins hostiles et ont une meilleure estime de soi.

Par contre, si l'attachement ne se fait d'une façon appropriée (en raison d'une figure d'attachement absente ou inadéquate durant la première enfance), l'enfant pourra voir le monde comme dangereux et se considérer comme indigne d'amour. À long terme, les enfants avec un attachement insécurisant ont davantage de problèmes dans leur fonctionnement émotionnel, social et cognitif.

Une fois le modèle de représentation établi, il devient difficile à changer. Des études ont montré un taux de concordance de 70% entre le type d'attachement à l'âge d'un an et à l'âge adulte. De plus, le modèle tend à se reproduire d'une génération à l'autre.

3. Types d'attachement

C'est avec la « situation étrangère », proposée par Ainsworth, que l'on peut déterminer le type d'attachement des enfants. Il s'agit d'une méthode d'étude utilisée lorsque les enfants sont âgés de 12 et 18 mois. L'enfant est avec un parent et l'examineur dans une salle fermée contenant des jouets. Au cours de l'examen, qui dure une vingtaine de minutes, on demande au parent de sortir à

deux reprises de la salle pour trois minutes et de revenir. On observe le comportement de l'enfant pendant que le parent est présent, puis lors des séparations et des réunions.

Attachement sécurisant (type B)

Avant la séparation, l'enfant explore la salle et les jouets, en gardant un œil sur son parent. Lors de la séparation, il cesse d'explorer et manifeste de la détresse. Au retour du parent, il recherche sa proximité, établit un contact physique avec lui et se console rapidement (désactivation du système d'attachement en moins de trois minutes). Il se remet ensuite à explorer.

Attachement insécurisant de type anxieux/évitant (type A)

L'enfant explore l'environnement sans s'occuper de la présence ou de l'absence du parent. Il ne montre pas de signe de détresse lors de son départ. Après son retour, il ignore ses tentatives d'entrer en interaction.

Attachement insécurisant de type anxieux/ambivalent (type C)

L'enfant est anxieux dès l'entrée. Il n'explore pas, reste collé sur son parent et le sollicite avec insistance. Il manifeste une très grande détresse lorsque la séparation survient. Lors de la réunion, il résiste au contact du parent et n'est pas consolé par lui.

Attachement insécurisant désorganisé (type D)

L'enfant présente un mélange de comportement d'évitement et d'ambivalence. Ses comportements sont incomplets, non dirigés. Il est craintif, confus, sans stratégie cohérente.

4. Attitudes parentales et modèles internes chez l'enfant selon les types d'attachement

Attachement sécurisant (type B)

Le parent répond de façon constante et appropriée aux signaux de l'enfant, surtout de détresse. Il est disponible, cohérent, aimant.

Le bébé apprend qu'en exprimant ses besoins, on va s'occuper de lui. Il réalise qu'il mérite de l'affection.

Attachement insécurisant de type anxieux/évitant (type A)

Les demandes de l'enfant sont accueillies par de l'agressivité, du rejet ou de l'indifférence.

Le bébé apprend qu'en montrant de la détresse, il n'y a que des conséquences négatives. Il conclut qu'il ne mérite ni amour ni affection.

Attachement insécurisant de type anxieux/ambivalent (type C)

Les réactions parentales sont imprévisibles. Un même comportement de l'enfant peut être accueilli avec de l'enthousiasme une fois et de la colère une autre fois.

Comme le parent est impossible à décoder, le bébé n'arrive pas à déterminer ce qu'il doit faire pour lui faire plaisir. Il conclut qu'il ne mérite ni amour, ni affection.

Attachement insécurisant désorganisé (type D)

Le parent est désorganisé et peut maltraiter l'enfant.

L'enfant ne sait pas quoi faire, puisqu'il ne sent pas en sécurité, ni lorsqu'il est loin du parent, ni lorsqu'il s'en approche. Il est résulte une image de soi non estimable.

5. Prévalence des types d'attachement

<u>Type</u>	<u>Population en général</u>
B	55%
A	23%
C	8%
D	15%

Le type d'attachement désorganisé (D) a été associé avec la sévérité des facteurs de risque social. On le retrouve en effet chez 28% des enfants de familles à problèmes multiples, 54% des enfants de mères gravement déprimées et pauvres et chez 82% des enfants maltraités.

6. Types d'attachement chez les parents

Des études par questionnaires faites chez des parents ont permis de déterminer des catégories qui correspondent aux types d'attachement rencontrés chez leurs enfants.

Type autonome (55%)

Le parent fait une description détaillée et cohérente de ses expériences d'attachement. Qu'elles aient été positives ou négatives, il est capable d'en voir l'impact sur son développement. Il est à l'aise avec ses imperfections et celles de ses parents.

Correspondance avec le type B d'attachement chez l'enfant.

Type minimisant (16%)

Le parent a peu de souvenir précis de ses expériences d'attachement. Il nie toute expérience négative et a plutôt tendance à les idéaliser.

Correspondance avec le type A d'attachement chez l'enfant.

Type préoccupé (9%)

Les souvenirs sont vagues. Le parent exprime beaucoup de colère contre ses parents.

Correspondance avec le type C d'attachement chez l'enfant.

Type confus (19%)

Le discours est incohérent, contradictoire, incomplet.

Correspondance avec le type D d'attachement chez l'enfant.

7. Troubles de l'attachement

Le trouble de l'attachement n'est pas en soi une pathologie mais peut conduire à une pathologie. Il y a en effet plusieurs facteurs qui influencent le pronostic, dont la sévérité et la durée des comportements envers l'enfant, son âge ainsi que la présence ou l'absence de facteurs de résilience.

Les manifestations les plus sévères de troubles de l'attachement se retrouvent chez les enfants victimes d'abus ou de négligence sévère, les enfants placés dans de multiples foyers nourriciers, ainsi que les enfants abandonnés qui sont placés longtemps en institution ou qui vivent dans la rue.

Le DSM-1V reconnaît deux types de trouble réactionnel de l'attachement :

Type inhibé : incapacité à engager des interactions sociales ou à y répondre de façon appropriée (inhibition, hypervigilance, ambivalence)

Type désinhibé : incapacité à faire des attachements sélectifs

8. Implications pour le médecin

Prévention

Lors de la grossesse, de la naissance et à l'occasion des visites périodiques, le médecin a plusieurs occasions de vérifier les attentes parentales et d'observer les relations parents-enfant. Il est bien placé pour favoriser des interactions positives entre le père, la mère, l'enfant et les autres membres de la famille. Les parents doivent savoir décoder les signaux de leur enfant et y répondre d'une façon cohérente et appropriée. Les enfants ont besoin d'une proximité physique, qu'on leur parle, qu'on les touche, qu'on les prenne.

Dans les familles à risque de troubles d'attachement, le premier défi pour le médecin est de créer une alliance affective avec les parents, puisqu'ils sont souvent méfiants et provocants, en raison de leur passé difficile. On peut y arriver en étant disponible, empathique et en offrant une régularité et une continuité dans les soins. Il est souvent préférable que le médecin traitant recherche les conseils d'un expert et intervienne lui-même avec les parents, au lieu de les envoyer à cet expert en consultation.

Les jeunes enfants ont besoin pour se développer normalement d'un milieu stable à long terme. Si le médecin est impliqué dans une situation où il devient nécessaire de placer un enfant pour une période transitoire, il recommandera que le lien soit maintenu avec la famille naturelle par des visites régulières, fréquentes et prévisibles. Lorsque les placements se prolongent, il faut éviter le plus possible les changements de familles d'accueil. Après un retrait à long terme d'un enfant provenant d'une famille très pathogène, il faut être très prudent avant de recommander un retour de l'enfant dans cette famille, si ce dernier a développé un attachement sécurisant dans la famille d'accueil.

Lors des visites à l'hôpital s'accompagnant de procédures possiblement traumatisantes, la présence auprès de l'enfant de sa figure d'attachement privilégiée est recommandée. Lors d'une hospitalisation, les visites fréquentes des parents doivent être encouragées, même si l'enfant montre de la détresse lors de la séparation. Il est bon de suggérer d'amener à l'hôpital des jouets appartenant à l'enfant.

Détection des troubles d'attachement

L'histoire de cas doit habituellement s'enrichir d'observations du comportement de l'enfant et des parents. Les éléments préoccupants sont les suivants :

Du côté de l'enfant

- pas de recherche de contact visuel
- pas de recherche de confort auprès d'un adulte en cas de détresse
- mal à l'aise avec les contacts physiques avec le parent
- absence de plaisir lors des interactions avec les parents
- absence de réaction à la séparation du parent
- demande constante d'attention
- apparence de grande sociabilité sans discrimination
- absence d'empathie pour les autres
- maternage du parent
- difficulté à se faire des amis
- réponse aux limites par le rejet ou l'agressivité
- réponse aux approches d'un adulte par un comportement entraînant le rejet

Du côté du parent

- absence de décodage des signaux de l'enfant
- ignorance ou réponse tardive à ces signaux
- imposition du rythme parental au bébé
- sensibilité à ses besoins propres avant ceux de l'enfant
- pas de contact physique avec l'enfant
- attentes irréalistes envers l'enfant
- perception négative des comportements de l'enfant
- froideur envers l'enfant
- soins donnés de façon mécanique

Traitement des troubles d'attachement

Le médecin peut être consulté dans les cas de troubles du comportement chez des enfants qui ont vécu des situations extrêmement difficiles : enfants placés suite de la maltraitance sévère, enfants avec histoire de placements multiples, enfants en provenance de pays étrangers adoptés tardivement, etc.

Ces enfants présentent deux modes de réaction envers les personnes qui doivent s'en occuper, fussent-elles animées des meilleures intentions. Ils peuvent être méfiants, agressifs, provocateurs, testant sans cesse leurs limites. Ou bien ils vont s'agripper désespérément à eux, monopolisant toute leur attention. Dans les deux cas, ils vont avoir besoin de beaucoup de soutien.

Le traitement des enfants avec des troubles sévères de l'attachement est long, difficile, et nécessite des ressources spécialisées.

9. Conclusions

La théorie de l'attachement est un modèle qui nous permet d'apprécier l'importance de la qualité des relations parents-enfant dans les toutes premières années de la vie. On peut comprendre les effets à long terme de l'attachement sécurisant et insécurisant par les modèles internes de représentation qui vont influencer la compréhension du monde d'une façon permanente. Ce modèle fournit également une explication de la transmission intergénérationnelle de comportements parentaux déviants.

Références

Ainsworth MDS et al. Patterns of attachment. Hillsdale, NJ: LEA, 1978.

Bakermans-Kranenburg MJ et al. Less is more: meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychol Bull* 2003; 129: 195-215.

Beacon H, Richardson S. Attachment theory and child abuse: an overview of the literature for practitioners. *Child Abuse Rev* 2001; 10: 377-397.

Benoît D, Parker KCH. Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Dev* 1994;65: 1444-1456.

Boris NW, Zeanah CH. Disturbances and disorders of attachment in infancy: an overview. *Inf Ment Health J* 1999; 20: 1-9.

Bowlby J. Attachment and loss. Vol 1: Attachment. New York: Basic Books, 1969.

Bowlby J. Attachment and loss. Vol 2: Separation. New York: Basic Books, 1973.

Bowlby J. Attachment and loss. Vol 3: Loss, sadness and depression. New York: Basic Books, 1980.

Egeland B, Sroufe LA. Attachment and early maltreatment. *Child Develop* 1981; 52: 44-52.

Fonagy et al. "Fantômes dans la chambre d'enfants": Étude de la répercussion des représentations mentales des parents sur la sécurité de l'attachement. *Psych Enfant* 1996; 39 : 63-83.

Gauthier Y. Où peuvent mener les troubles de l'attachement? *Le Clinicien* 2000 (Mai) : 140-149.

Goulet C et al. A concept analysis of parent-infant attachment. *J Advanced Nurs* 1998; 28: 1071-1081.

Hallet F. L'enfant souffrant de troubles de l'attachement. *Rev Med Gén* 2003 (octobre), no 206 : 384-388.

Holmes J. John Bowlby and attachment theory. Routledge, New York, 1998.

Leverton T. Attachment theory and its implications for pediatricians. *Curr Opinion Pediat* 1991; 3: 624-629.

Main M et al. Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 1985; 50 (Serial no 209).

Main M, Solomon J. Discovery of a new, insecure-disorganised/disoriented attachment pattern. In *In support of families*, Brazelton TB, Yogman M (eds). Ablex: Norwood, NJ, 1986.

McDonough SC. Interaction guidance : understanding and treating early infant-caregiver relationship disturbances. In *Handbook of Infant Mental Health*, par Zeanah CH, The Guilford Press, 1993.

Morton N, Browne KD. Theory and observation of attachment and its relation to child maltreatment: a review. *Child Abuse Negl* 1998; 22: 1093-1104.

St-André M. Attachement et représentations de l'enfant à naître : perspectives expérimentales et cliniques. *Prisme* 1996; 6 : 38-52.

Schneider EL. Attachment theory and research: review of the literature. *Clin Soc Work J* 1991; 19: 251-266.

Schmidt E, Eldridge A. The attachment relationship and child maltreatment. *Infant Mental Health J* 1986; 7: 264-273.

Spitz RA. La perte de la mère par le nourrisson (Troubles du développement psychosomatique). *Enfance* 1948;1: 373-391.

Sroufe LA et al. Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Develop Psychopathol* 1999; 11: 1-13.

Tarabulsky GM et al. L'intervention auprès de jeunes mères et de leur enfant : perspective de la théorie de l'attachement. *Criminologie* 1998; 31 : 7-23.

van Ijzendoorn MH. Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment : a meta-analysis on the preventive validity of the adult attachment interview. *Psychol Bull* 1995; 117: 387-403.

Zeanah CH. Pathologies du lien parent-nourrisson et transmission intergénérationnelle. *Prisme* 1996; 6 : 55-71.

Zeanah CH et al. Reactive attachment disorder in maltreated toddlers. *Child Abuse Negl* 2004; 28: 877-888.