

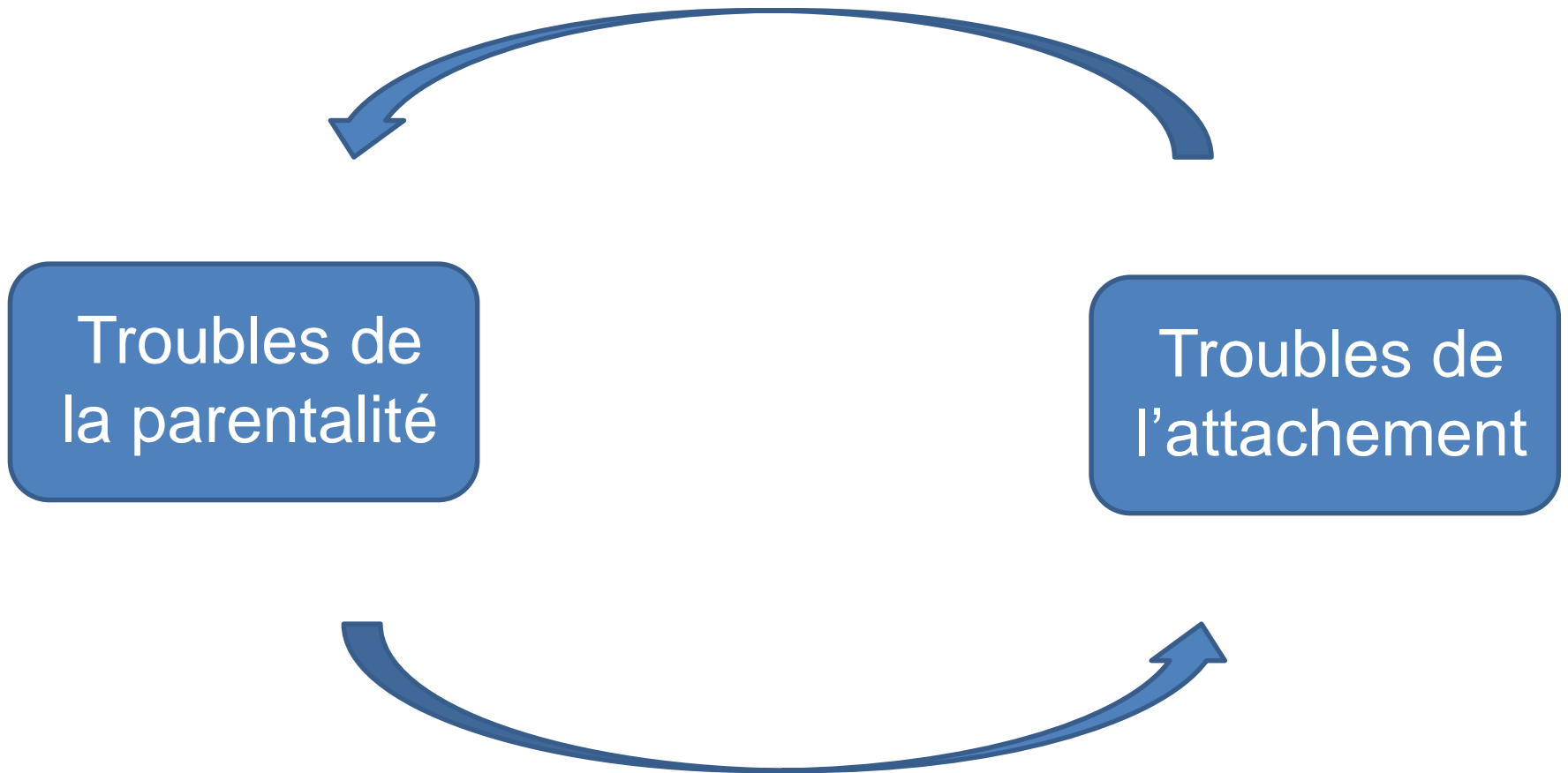
Troubles de l'attachement

Dr Mathilde Morisod Harari

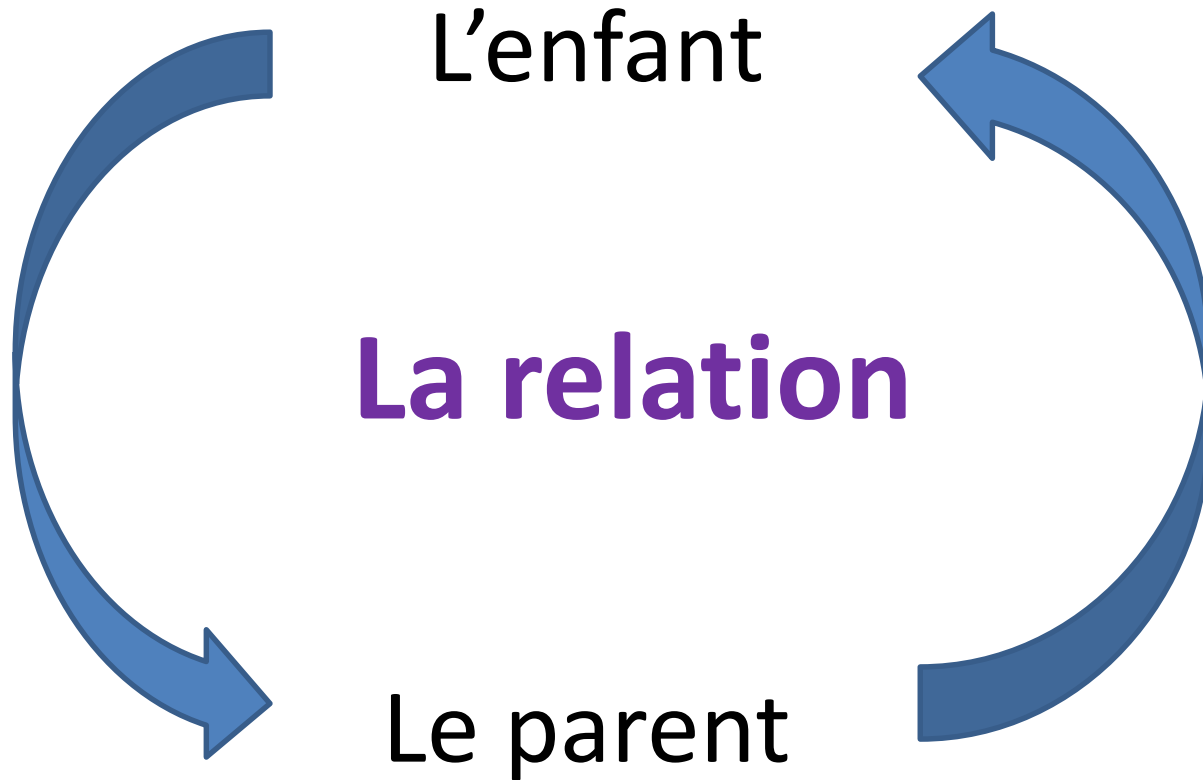
Médecin associé, Pédopsychiatrie de liaison-CHUV,
SUPEA

Cours CEPUSPP général de pédopsychiatrie 2018-2019
30 août 2018

En préambule



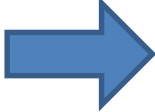
En préambule



Développement cérébral/environnement

- Cerveau immature à la naissance, poursuite du développement cérébral en post-natal
- On pensait que le développement cérébral était principalement influencé par des **facteurs génétiques**. Or, la littérature scientifique montre aujourd'hui qu'il est aussi grandement influencé par les expériences vécues par le bébé.
- Les recherches montrent qu'autant que l'apport de vitamines ou de protéines, l'**interaction** avec des personnes significatives mais aussi avec des objets est un apport vital pour la croissance et le développement du cerveau et que des expériences différentes peuvent entraîner un développement cérébral différent.
- Epigénétique

Historique

- Spitz (1946):
 - 3 phases:
 - 1) phase de pleurnichement
 - 2) phase de gémississement avec perte de poids et d'arrêt de développement
 - 3) phase de retrait et de refus de contact
-  « dépression anaclitique » appelée aujourd'hui aussi « hospitalisme »

Historique

- Bowlby (1952)
- Age le plus sensible: entre 5 mois et 3 ans
- 3 phases:
 - 1) phase de protestation avec cris et pleurs
 - 2) phase de désespoir avec désarroi et retrait
 - 3) Phase de détachement

arrêt du développement affectif et
cognitif

Le rôle des parents

Donald W.
Winnicott

IMPORTANCE CAPITALE DE L'ENVIRONNEMENT DU BEBE

La mère (le parent) doit s'adapter affectivement très finement à l'enfant

- Se préoccuper du bébé
- Protéger le bébé contre un excès ou un manque de stimulation
- Mère suffisamment bonne. Question du rythme. Nécessité de manquer, de ne pas répondre immédiatement aux besoins du bébé



construction des fonctions psychiques du bébé
construction de son indépendance

La parentalité selon Houzel

1. L'exercice de la parentalité:

comprend les droits et devoirs dont est dépositaire tout parent à la naissance d'un enfant, comme l'obligation de surveillance et de protection quant à l'éducation et à la santé de son enfant et son inscription dans sa filiation biologique.

2. L'expérience de la parentalité;

recouvre la dimension psychique inconsciente, le ressenti, l'éprouvé et le vécu de ceux qui sont chargés des fonctions parentales.

3. La pratique de la parentalité:

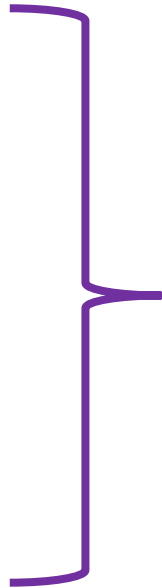
concerne la mise en œuvre des soins parentaux et des interactions telles que des tâches d'ordre domestique, de soin, d'éducation et de socialisation, mais aussi des interactions fantasmatiques entre le parent et son enfant.

La parentalité

- Processus de maturation psychique qui se prépare inconsciemment depuis l'enfance et qui se développe aussi bien chez les hommes que chez les femmes.
- Processus dynamique qui sous-tend le « devenir parent ».
- L'identité parentale, dimension composant la parentalité, est conçue comme la manière dont chacun se définit, s'estime et se présente en tant que parent, à autrui et à soi-même.

Les caractéristiques du parent sécurisant

- Accessible
- Disponible
- Sensible
- Répondant
- Prévisible



Sécurité relationnelle
de l'enfant;

Sociabilité de l'enfant;
accès au monde
intérieur de soi/autres;



Résilience

La sensibilité maternelle/Maternal sensitivity

Ainsworth (1978)

Capacité de la mère à percevoir et à interpréter de façon adéquate les signaux et les demandes implicites de l'enfant, et d'y répondre de façon appropriée et synchronisée

La sensibilité maternelle/Maternal sensitivity

Ainsworth (1978)

4 composantes essentielles:

1. Conscience des signaux
2. Interprétation adéquate des signaux
3. Réponse appropriée aux signaux
4. Réponse rapide aux signaux

Exemple vidéo

Les troubles de la parentalité

Les conflits de la parentalité: Francisco Palacio Espasa

- Parentalité névrotique
- Parentalité masochique
- Parentalité narcissique

Pathologies affectives et mentales des parents

Dépression/Psychose/Retard mental/etc...

Du côté de l'enfant

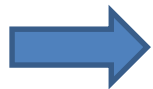
- Prêter des compétences au bébé est une nouveauté du XXème siècle. Auparavant on parlait de nourrisson.
- Le bébé participe à susciter l'attention dont il a besoin pour survivre et se développer.
- Ses caractéristiques propres vont avoir une influence sur la relation: état de vigilance, tonicité, tendance à réagir plus ou moins rapidement lorsqu'un besoin se fait sentir, état de santé, apparence physique, terme, rang dans la fratrie.
- Il est doué de **compétences interactives précoces**.

Du côté de l'enfant

Les compétences interactives précoces:

Leur but: la **survie** de l'enfant

- Va déclencher l'envie chez le parent de s'occuper de lui
- Capacité à éveiller l'attention chez l'autre (cris, pleurs, sons)
- Capacité à faire appel
- Capacité à s'intéresser au monde qui l'entoure
- Va comprendre que lorsqu'il fait appel, il reçoit une réponse en retour



Début du jeu des **interactions** entre le bébé et son parent qui va permettre la fabrication des représentations chez le bébé:

-corporelles

représentations:

-corporo-psychiques

-psychiques

Le bébé, le jeune enfant, un être social

- **Dès la naissance, le bébé entre en interaction** avec les personnes de son environnement. Besoin fondamental de relations sociales pour survie psychologique et physique.
- **C'est la relation avec l'autre qui est d'emblée privilégiée.** Le parent regarde le bébé, le bébé regarde le parent, il y a une mutualité de l'attention.
- **Les recherches montrent que les bébés préfèrent en effet d'emblée les contacts humains,** les sons humains par rapport aux sons non-humains, regarder une personne plutôt qu'un objet, les yeux plutôt qu'une autre partie du visage, regarder les personnes qui les regardent, etc ...
- Lorsque qu'une personne pointe qqch, le bébé, le jeune enfant comprend qu'il ne s'agit pas seulement d'une direction donnée, mais d'un sens relationnel qui est pointé, un désir de partage d'expérience. Rapidement il y a construction de sens partagé.

Le retrait relationnel

Doit être un **signal d'alarme**

Diagnostic différentiel:

- Dépression
- Trouble de l'attachement précoce par carences affectives ou séparations
- Troubles du développement (spectre autistique)
- Douleur intense
- Syndrome de stress post-traumatique chez le très jeune enfant

Echelle d'évaluation de la réaction de **retrait** prolongé du jeune enfant Alarme détresse bébé (ADBB, Guedenay)

Chaque item est codé de 0 à 4 :

0 : pas de comportement anormal de retrait

1 : comportement discrètement anormal

2 : comportement anormal

3 : comportement nettement anormal

4 : comportement massivement anormal

1. Expression du visage

0 : Le visage est spontanément mobile, expressif, animé par de fréquents changements d'expression

4 : Visage figé, froid, absent, ayant parfois l'air prématurément âgé

2. Contact visuel

0 : Contact visuel spontané facile et prolongé

4 : Refus total de contact visuel

3. Activité corporelle

0 : Mouvements fréquents et spontanés du torse, de la tête et des membres

4 : Enfant immobile et figé, quelle que soit la stimulation

4. Gestes d'auto-stimulation

0 : Absence d'auto-stimulation, l'activité d'auto-exploration est en rapport harmonieux avec le niveau d'activité général

4 : Auto-stimulation constante

5. Vocalisations

0 : Vocalisations positives spontanées fréquentes, gaies et modulées, cris ou pleurs brefs en réponse à une sensation désagréable

4 : Aucune vocalisation

6. Vivacité de la réaction à la stimulation

0 : Réaction adaptée, vive et rapide

4 : Absence totale de réaction

7. Relation

0 : La relation rapidement et nettement établie (après une éventuelle phase initiale d'anxiété)

4 : Absence de relation identifiable à l'autre

8. Attractivité

0 : L'enfant attire l'attention par ses initiatives et inspire un sentiment d'intérêt et de plaisir, sans aucune inquiétude

4 : Contact éprouvant, sentiment d'un enfant hors d'atteinte

Contexte de vulnérabilité

Vulnérabilité psycho-sociale

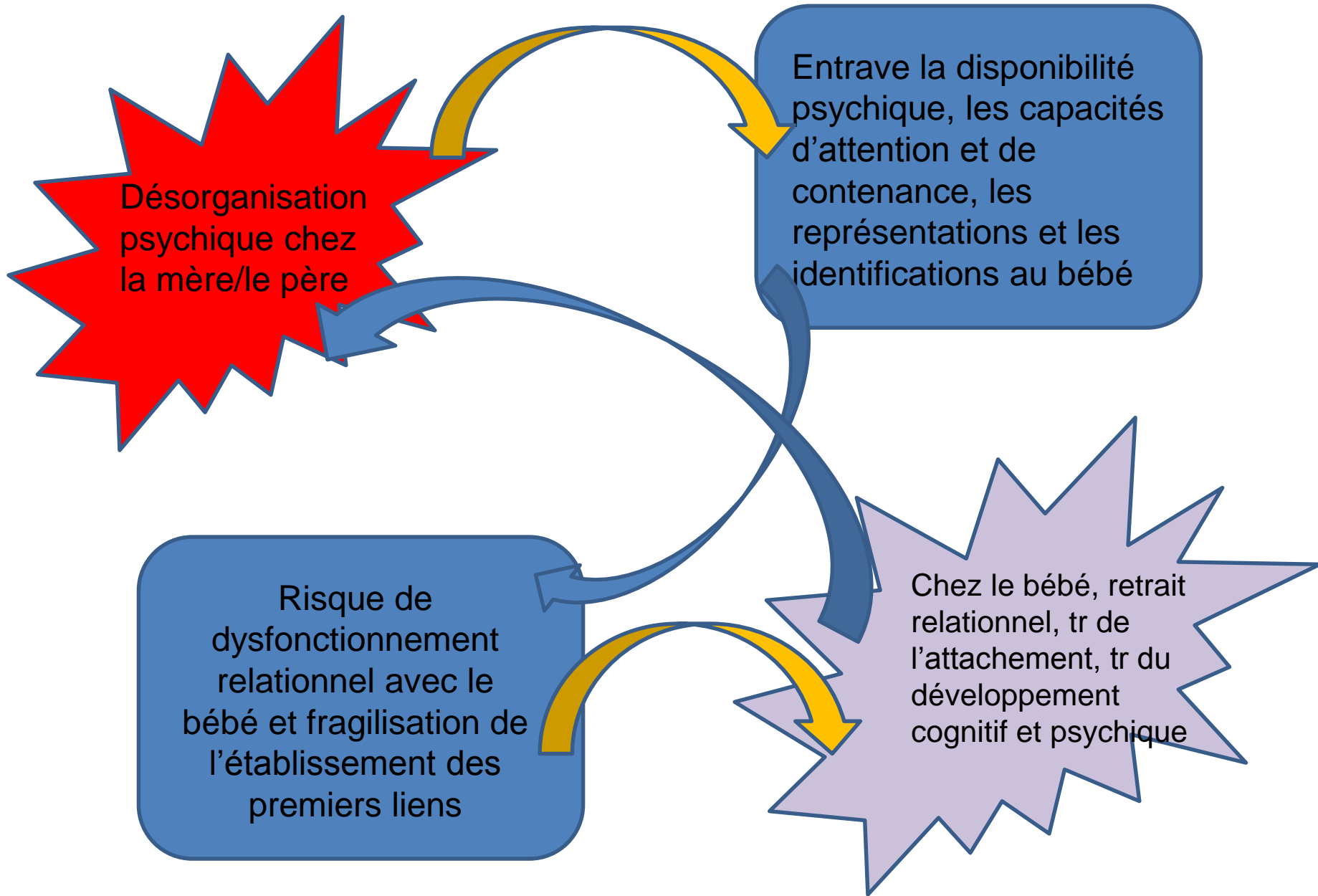
- Pauvreté/précarité
- **Maladie mentale**
- Histoire personnelle difficile
- Abus, maltraitance
- Isolement
- Violence
- Toxicomanie
- Migration
- Monoparentalité
- Parents adolescents/immatures
- Fatigue

Vulnérabilité chez le bébé

- Enfant malade
- Enfant prématuré
- Enfant handicapé
- Jumellité
- Enfant difficile
- Enfant souffrant d'une psychopathologie
- Enfant survenant après un deuil périnatal
- Rang dans la fratrie
- Accouchement difficile

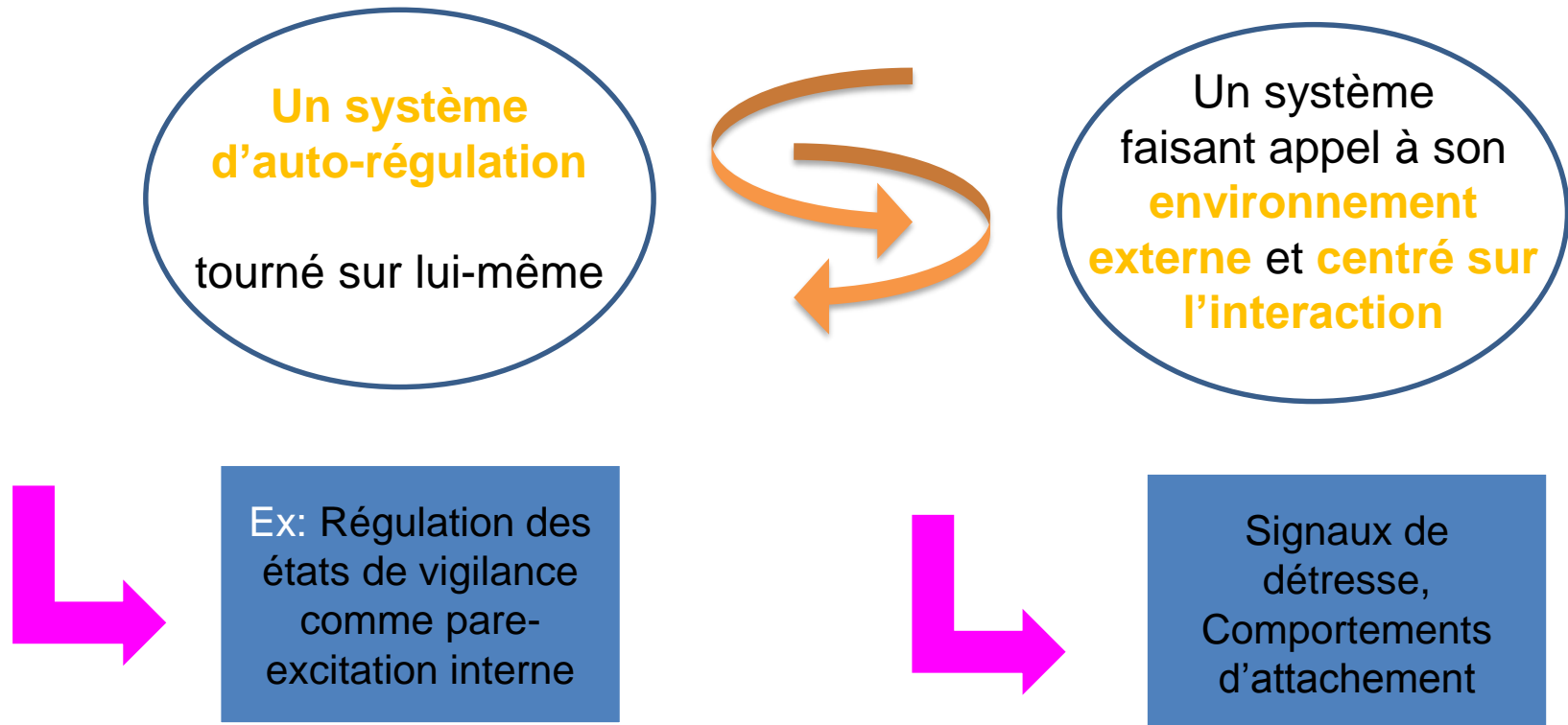
L'arrivée d'un enfant dans un contexte de vulnérabilité

- Disponibilité psychique moindre chez le parent
- Interactions appauvries
- Réponses inappropriées
- Projections/pensées négatives sur l'enfant
- Risque de négligence/maltraitance

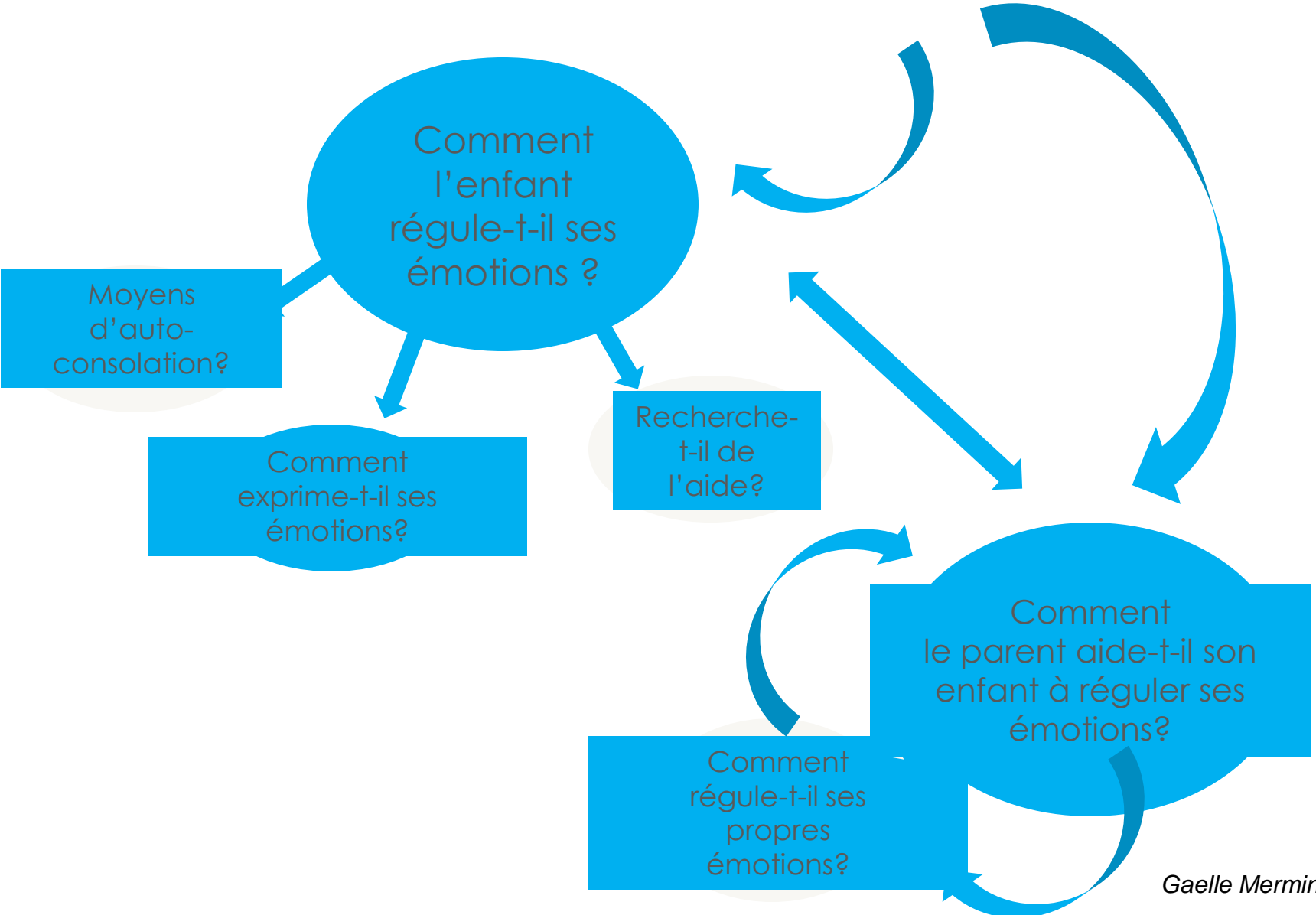


Modèle de régulation mutuelle (Tronick et Gianino, 1986):

Le nourrisson dispose de deux systèmes de régulation



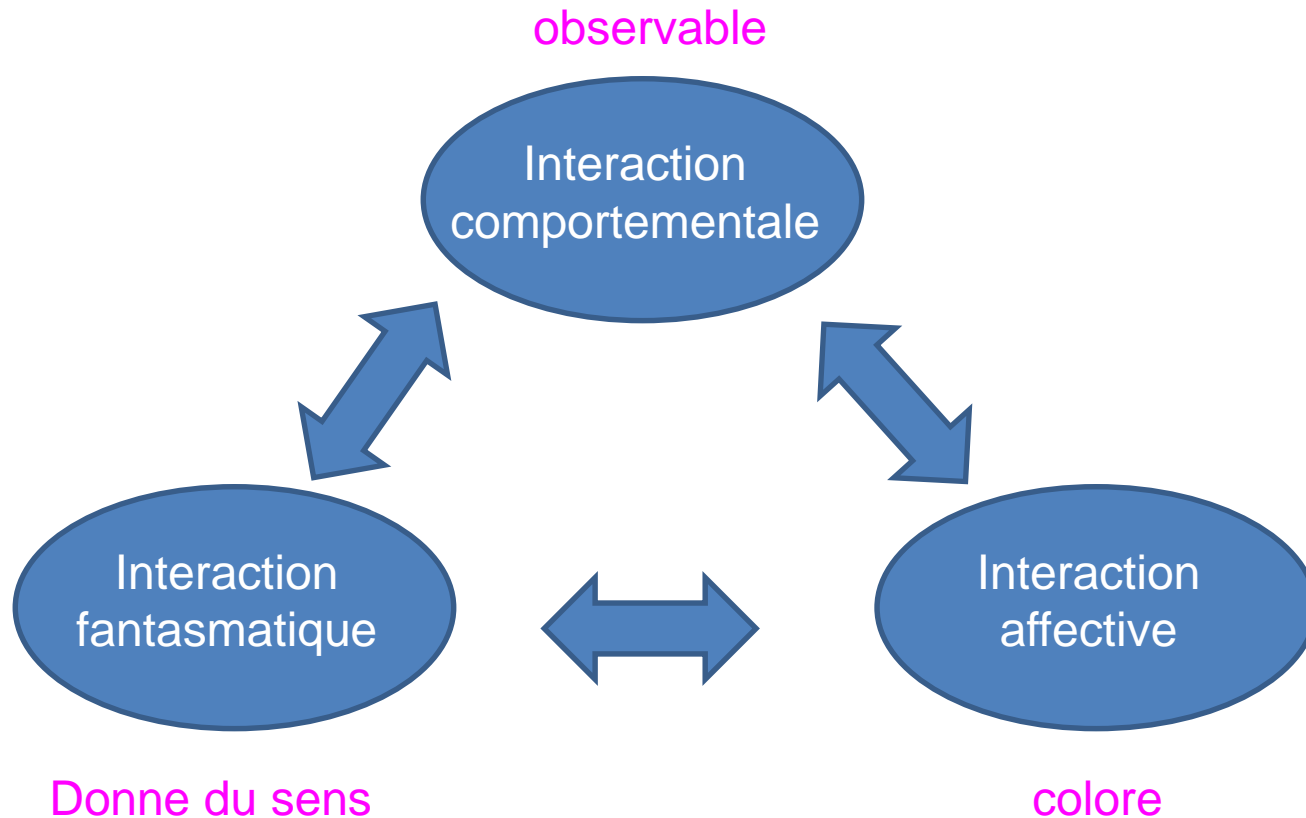
Stress
Séparation – Peur – Douleur – Nouveauté



Les interactions

- **Comportementales:**
 - Les interactions corporelles, visuelles, vocales.
- **Affectives:**
 - Climat émotionnel ou affectif.
- **Fantasmatiques:**
 - Imaginaire et fantasmes parentaux. Les représentations parentales donnent sens à l'interaction comportementale.

Les interactions parent-enfant



! L'interaction fantasmatique va **donner sens** à l'interaction comportementale **observable**; l'interaction affective va la **colorer** !

Troubles des interactions

- Aspects quantitatifs (rythme, enfant hyper-hypostimulé)
- Aspects qualitatifs (relation sur/sous impliquée)
- Interactions paradoxales, manque de réciprocité
- Echanges mutuels de regards, intonation et rythme de la voix



Troubles reconnus ou non par le parent, avec ou sans symptômes chez l'enfant.

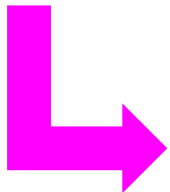
Exemple vidéo

Carences affectives

- Intérêt et travaux depuis les années 40
- Effet des placements prolongés et des hospitalisations répétées décrits par Spitz dans l'après-guerre
- Question aujourd'hui des carences affectives intra-familiales
- Carence affectives: 3 dimensions
 1. Insuffisance d'interaction (placement institutionnel précoce)
 2. Discontinuité des liens (séparations)
 3. Distorsion des liens (chaotiques, imprévisibles)
- Diversité sémiologique et évolutive selon l'âge de l'enfant, durée, nature, qualité du maternage...

Carence par insuffisance

- Spitz a étudié des enfants placés en orphelinat après la guerre
 - Soins hygiéno-diététiques sans défaut
 - Mais absence de contacts humains chaleureux
- Réaction d'hospitalisme:
 - Phase de détresse: enfant pleure, gémit, cherche
 - Phase de découragement: expression de tristesse, colère
 - Phase de détachement et d'indifférence: retrait, refus de contact, perte de poids, arrêt du développement
- Impact fort de ce travail à l'époque



Effet sur la prise en charge au sein des institutions: limiter le nombre d'intervenants, favoriser les contacts maternels,

IMPORTANCE DE LA CONTINUITÉ

Discontinuité des liens

- Liée aux séparations mère-enfant
- Réactions très intenses entre 5 mois et 3 ans
- L'enfant peut développer une grande sensibilité et une angoisse permanente se traduisant par une dépendance excessive à son environnement
- Quand la séparation se prolonge:
 - Ralentissement du dévt affectif et cognitif
 - Perturbations somatiques
 - Troubles somatoformes (anorexie, sommeil,...)
 - Symptômes dépressifs
 - Troubles du comportement

Carence par distorsion

- Famille avec adversité psycho-sociale+++
- Famille à problème multiple
- Chez l'enfant: difficultés cognitives, troubles du langage
- Echec scolaire++
- Troubles du comportement+++ : inhibition/retrait, conduites de prestance, agressivité
- Dévalorisation de soi, fragilité narcissique



ATTENTION



- Il ne faut pas confondre le **trouble de l'attachement** et les types d'attachement sécurisé ou insécurisé (évitant, ambivalent-résistant ou désorganisé-désorienté).
- Le type d'attachement reflète les stratégies d'adaptation intériorisées de l'enfant en rapport aux réponses attendues de la figure maternelle (care giving).



ATTENTION



- Cette classification, tout en étant très utile afin de mieux comprendre les stratégies relationnelles de l'enfant, ne permet pas de déterminer si l'enfant souffre d'un trouble réactionnel de l'attachement.
- Certains considèrent le type D (**attachement de type désorganisé-désorienté**) comme un facteur de risque majeur pour développer une psychopathologie. Fonagy (2001) le considère déjà comme une psychopathologie.

Attachement de type désorganisé-désorienté (Fonagy 2001)

- Réactions de colère
- Faible tolérance à la frustration
- Irritabilité
- Incompétence sociale
- Expression fréquente de détresse personnelle
- Inattention

Troubles
de la
régulation
des
émotions

Trouble réactionnel de l'attachement

- Les nouveaux critères du DSM-V mettent l'accent sur la présence obligatoire de carences graves dans les soins, soupçonnés d'être à l'origine du trouble.
- Prévalence inconnue.
- Rare: moins de 10% parmi les populations d'enfants sévèrement négligés.
- Avant 5 ans!!!

- La caractéristique essentielle du ***trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance*** est un mode de relation sociale gravement perturbé et inapproprié au stade du développement, présent dans la plupart des situations, qui a débuté avant l'âge de 5 ans et est associé à une carence de soins.

Il est à noter qu'une carence de soins sévères n'entraîne pas nécessairement un trouble réactionnel de l'attachement; certains enfants établissent des liens d'attachement stables et ont des comportements sociaux adaptés même dans des situations de carence de soins ou de mauvais traitements.

- **A.** Il s'agit d'un mode de relation sociale gravement perturbé et inapproprié au stade du développement, présent dans la plupart des situations et ayant débuté avant l'âge de 5 ans, comme en témoignent les manifestations (1) ou (2)

(1) **type inhibé**: incapacité persistante, dans la plupart des situations, à engager des interactions sociales ou à y répondre d'une manière appropriée au stade de développement, qui se traduit par des réponses hypervigilantes, ou nettement ambivalentes et contradictoires (p. ex. l'enfant se comporte vis-à-vis des personnes qui prennent soin de lui en alternant tentatives d'approches, réactions de fuite et refus de se laisser consoler)

(2) **type désinhibé**: liens d'attachement diffus, qui se manifestent par une sociabilité indifférenciée et une incapacité à faire preuve d'attachements sélectifs (p. ex., familiarité excessive avec des étrangers ou absence de sélectivité dans le choix des figures d'attachement)

- **B.** Cette perturbation n'est pas uniquement due à un retard du développement (comme le retard mental) et ne répond pas aux critères d'un trouble envahissant du développement (autisme, syndrome de Rett, trouble désintégratif de l'enfance et syndrome d'Asperger).

- **C.** Carence de soins adaptés, comme en témoignent au moins un des éléments suivants:
 - négligence persistante des besoins émotionnels élémentaires de l'enfant concernant le confort, la stimulation et l'affection.
 - négligence persistante des besoins physiques élémentaires de l'enfant.
 - changements répétés de personnes prenant soin de l'enfant, empêchant l'établissement de liens d'attachement stables (changements de familles d'accueil).

- **D.** On présume que la carence de soins est responsable de la perturbation.

L'évolution du trouble est variable en fonction de facteurs individuels touchant aussi bien l'enfant que les personnes qui s'en occupent, la sévérité et la durée des carences et la nature des interventions mises en œuvre. Une amélioration considérable ou une disparition du trouble peut survenir si on place l'enfant dans un environnement procurant un soutien approprié.

Sémiologie:

- Refus de toute dépendance
- Absence de réactions à la séparation
- Attaque du lien
- Indifférence à la punition
- Entraves à la socialisation
- Retards de développement et difficultés d'apprentissage

Profil commun aux deux types (inhibé, désinhibé):

- Besoin excessif de contrôler.
- Mise en action de mécanisme de rupture du lien (lorsque le jeune sent qu'une relation peut s'installer).
- Conserve difficilement des bons moments sans les détruire par la suite.
- Contrôle et régule difficilement ses émotions (colère, rage, désorganisation).
- Difficulté d'apprentissage.
- Automutilation, destruction d'objets.
- Comportement antisocial (peu d'empathie, intégration difficile des règles, centré sur son plaisir).

Inhibé:

- Donne l'impression d'avoir renoncé à la relation (p. ex., maintien l'autre à distance).
- Auto-suffisant, méfiant, solitaire.
- A souvent l'air triste et amorphe.
- Cache une forte hostilité qui est souvent retournée contre lui, mais le jeune peut également attaquer les autres ou détruire des objets.

Désinhibé

- Charmant et séducteur.
- Immature.
- Recherche un rapprochement au premier contact,
- Se lie aux étrangers.
- La relation est superficielle et l'adulte est interchangeable.
- Intrusif, accaparant, fait beaucoup de demandes.
- Recherche l'exclusivité de l'adulte.
- Rivalité avec les pairs.
- Comportements agressifs.

Facteurs étiologiques:

- Fréquentes ruptures de liens (placements à répétition, institution, familles d'accueil).
- Négligence physique
- Négligence affective
- Abus (physiques ou sexuel)

Problèmes ou troubles pouvant y être associés:

- Retard de développement.
- Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité.
- Troubles d'apprentissage.
- Trouble de l'opposition.
- Trouble des conduites.

F94.1: Trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance

- Trouble apparaissant au cours des cinq premières années de la vie, caractérisé par la présence d'anomalies persistantes du mode de relations sociales de l'enfant, associées à des perturbations émotionnelles, et se manifestant à l'occasion de changements dans l'environnement (par exemple par une inquiétude et une hypervigilance, une réduction des interactions sociales avec les autres enfants, une auto- ou une hétéro-agressivité, une tristesse, et, dans certains cas, un retard de croissance). La survenue du syndrome est probablement liée directement à une carence évidente, à des abus ou à des mauvais traitements de la part des parents.

F94.2: Trouble de l'attachement de l'enfance avec désinhibition

- Trouble caractérisé par un mode particulier de fonctionnement social anormal, apparaissant durant les cinq premières années de la vie, persistant habituellement en dépit de modifications importantes de l'environnement. Exemples: conduites d'attachement généralisé et non sélectif, demandes d'affection et sociabilité non discriminatives, interactions peu différenciées avec les autres enfants; des perturbations émotionnelles et d'autres troubles du comportement peuvent enfin être associés, variables selon les circonstances.

Typologie de Zeanah, Mammen et Lieberman (1995)

Trois catégories:

1. Le trouble du non-attachement
2. L'attachement troublé
3. Le trouble perturbé de l'attachement

Situation clinique à risque+++

Du fait de leur trouble réactionnel de l'attachement, ces enfants sont pris dans un cercle vicieux qui ne fait qu'aggraver leur trouble...



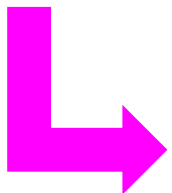
L'enfant carencé

L'enfant adopté

L'enfant placé en institution

En institution

- Monotonie du mode de vie
- Grand nombre d'intervenants
- Présence intermittente
- Absence d'échanges
- Beaucoup d'enfants à charge
- Caractère impersonnel des soins
- Rapidité des soins



Caractère carenciel du maternage

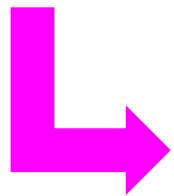
Traitement

« *Personne ne peut manipuler ou forcer un enfant présentant des difficultés d'attachement à créer un lien avec un adulte. La seule chose qui puisse être faite est de fournir les conditions où les plus résistants et perturbés vont, après des années de distance, se sentir assez en confiance dans le milieu, pour se permettre de risquer à nouveau de s'engager avec un adulte.* »

Paul Steinhauer, 1999

Traitement

- Qualité de l'environnement: soins suffisamment bons.
- Survivre aux attaques de l'enfant et ne pas le déplacer à nouveau (sortir du cercle vicieux)
- Etablissement ou rétablissement des liens entre l'enfant jeune et ses parents
- Psychothérapie parent-enfant
- Psychothérapie individuelle



Un vrai défi

Traitement

- Pour se construire psychiquement, l'individu a besoin de continuité.
- Donner du sens, anticiper, devenir acteur,...
- Chez le nouveau-né et le bébé, la continuité est essentiellement perceptive. Elle est une sorte de narration, d'histoire qui se déroule, qui se raconte dans les échanges avec son environnement.

Interventions thérapeutiques

Enjeu de la consultation
thérapeutique

