

Paris, 6,7 et 8 juillet 2005

## L' ATTACHEMENT :

### Applications thérapeutiques chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte

Colloque organisé à PARIS les 6,7 et 8 juillet 2005 à l'initiative de l'APRA  
par les Professeurs Antoine Guédeney et Abraham Sagi-Schwartz

Les troubles de l'attachement, tous les parents concernés le savent, n'ont jamais été les bienvenus dans les cabinets de thérapeutes ni auprès des intervenants en charge d'enfants et de jeunes.

Trop difficiles et donc presque toujours niés par les professionnels.

Pourtant, les choses commencent à bouger.

Début juillet, à Paris, au pays de la religion psychanalytique toute puissante, un colloque international intitulé :

« L'attachement : applications thérapeutiques chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte » était organisé à la Faculté de médecine Xavier Bichat, à l'initiative du professeur Antoine Guédeney, professeur de pédopsychiatrie à cette même faculté .

Trois journées très touffues, où 800 professionnels de 25 pays différents sont venus écouter les grands noms actuels, experts en attachement.

Oui, en Europe, on a enfin reconnu publiquement que l'Attachement et ses troubles existaient et que l'attachement avait une place primordiale dans nos vies.

Je m'attendais à ce que des professionnels partent d'une base théorique commune et utilisent ce colloque pour l'approfondir et parler de leurs recherches, de leurs expériences cliniques et des perspectives thérapeutiques qui s'en dégagent. Or, à mon grand étonnement, l'essentiel de ce colloque a été consacré à **expliquer** la théorie de l'attachement. C'était sans doute nécessaire, dans le flou et l'incompréhension existant dans le milieu, une base théorique commune devait être mise à plat avant d'aller plus loin.

Le B A Ba, et bien plus, se trouvant depuis longtemps dans les textes, références, et bibliographies et sur notre site [www.petales.org](http://www.petales.org), je ne vous le recopierai pas et m'attacherai simplement à ce qui a été dit d'intéressant à partir des théories de base, du travail de certains chercheurs et de la pratique de certains cliniciens.

Les notes encadrées avec le logo PETALES sont mes réflexions personnelles.

**Mary Main** ( USA) nous parle entre autre de la peur des parents. De « l'enfant » qui a peur de ses parents et se trouve devant le paradoxe impossible de vouloir s'attacher et vouloir fuir en même temps.

Les parents « effrayants » ne sont pas uniquement les parents maltraitants, mais aussi des parents qui portent en eux des peurs d'enfance, souvent oubliées.

Et l'enfant les reconnaît et en nourrit sa propre frayeur, tout en voulant aller vers ces parents dans un conflit impossible à résoudre.

Si cet enfant porte déjà une blessure, une rupture, une peur (*on pense à tous les nôtres*) il re-connaîtra, captera d'autant mieux les peurs enfouies de ses parents. Des parents aimants peuvent donc être aussi, pour certains de leurs enfants, des parents terrifiants.

La toute première chose à apporter à un enfant est donc la sécurité affective, plus importante même que la sécurité alimentaire. Un beau bébé en bonne santé, peut être une personne toute cassée. « La mère concernée par l'état mental de son enfant aura un enfant plus sécurisé . Les différences culturelles n'y changent rien ». Mary Main

Il existe maintenant des tests qui permettent aux thérapeutes avertis de détecter les types d'attachement. « Les modes d'attachement forment une cartographie mentale de ce qui relie quelqu'un aux autres » (M.Main) C'est donc la base de notre « être social », ce qui nous fait humains.

En cas de peur, d'insécurité et quand on n'a pas de stratégie pour répondre immédiatement à une situation de danger, le corps produit des substances particulières. Ces substances intervenant dans un cerveau en train de se structurer (on sait maintenant tout le travail de mise en place effectué par le cerveau après la naissance et dans les premiers mois de la vie) peut modifier cette structure en formation.

Les réponses du corps et du cerveau seront différentes pour des bébés en situations différentes. Il s'ensuivra une mise en place de structures mentales différentes.

**Avi Sagi-Schwartz** (Israël - [sagi@psy.haifa.f.a.ac.il](mailto:sagi@psy.haifa.f.a.ac.il)) de l'Université de Haïfa a étudié les enfants survivants de l'holocauste et leurs descendants. Il a pu comprendre ce phénomène de parents dits effrayés/effrayants. Effrayés dans leur enfance, effrayants pour leurs enfants dans le fait qu'ils transmettent inconsciemment leurs terreurs d'enfants.

Dans ces situations le système d'attachement de l'enfant s'effondre. :

L'enfant dit : « j'ai besoin de vous mais vous êtes tellement effrayés et effrayants que je ne sais plus quoi faire » (A.Sagi Schwartz)

La **peur sans solution** est la première cause d'un attachement insécure et des troubles qui y sont liés. La guerre, le terrorisme engendrent « la peur sans solution » et bien d'autres situations, notamment toutes celles où le parent sait qu'il ne peut pas apporter de sécurité à son enfant \*.

L'effet peut être atténué si le parent cherche du secours. (2)



*On peut dire, parents de l'association PETALES , que c'est notre situation actuelle. Nous n'avons pas de réponse à la peur de nos enfants, mais nous cherchons du secours.*

(2) Chacun se souvient du film « la vita est bella » de Begnini, dans lequel le héros, Guido, pour protéger son fils de la peur de la séparation, de la guerre et de la mort, invente à l'intérieur du camp de concentration où ils sont détenus, une fable jouée par tous les autres détenus et multiplie les efforts pour soustraire son fils à cette réalité insupportable.

Dans une étude faite sur des grand-mères israéliennes, toutes orphelines de l'holocauste d'au moins un parent et venant des pays européens **Avi Sagi-Schwartz** a découvert que ce sont leurs petits enfants qui portaient les mêmes problèmes d'attachement (3<sup>e</sup> génération) La génération des enfants (2<sup>e</sup> génération) n'avait pas de comparaison « visible » possible.



*On n'a pas fini de s'interroger sur les modes de transmission.*

Pour **Jude Cassidy**, (USA) (jcassidy@psyc.umd .ad)

Le passé n'est pas un déterminant tyrannique de notre présent relationnel . Mais le passé n'est pas mort. Il ne peut disparaître. Il survient et influence notre mode relationnel. Si on n'y a pas « fait le ménage », il peut se mélanger au présent et créer confusion et incohérence. et comme J. Cassidy le dit joliment :



*Nos enfants par exemple, utilisent des stratégies de défense pour se protéger d'une rupture passée et par là, détruisent le présent.*

**« Si on tient compte de la douleur du passé, on ne le reproduit pas. »** J. Cassidy

Mais tout cela n'est pas simple et comme J.Cassidy le dit joliment **"Le territoire de la douleur, comme celui de l'amour est un endroit où on ne peut pas aller seul"**.

Pour que ce passé ne nous dévore pas, il faut en tenir compte et le remettre à sa place. La base sécurisée est donc le départ de l'exploration et des connaissances.



*Cette base est ce que nous n'avons, pour beaucoup d'entre nous, pas encore pu rendre à nos enfants et dont l'absence les empêche aussi « d'apprendre », trop occupés qu'ils sont à avoir le contrôle sur tout, trop occupés de leur propre sécurité.*

C'est ici qu'intervient le thérapeute. dont la fonction première dans les problèmes d'attachement est d'aider à la sécurisation de l'enfant par rapport à ses parents (d'origine, adoptifs, d'accueil, ...ses parents.)

**Sans cette sécurité apportée par la thérapeute, la thérapie n'a aucune chance.**

Le travail du thérapeute doit lui permettre d'accéder à la douleur du patient et pour cela, explorer. Chercher si certains comportements ne sont pas des protections contre la douleur. L'aide réduit donc (comme on « réduit » une fracture) la confusion du comportement et met en évidence le lien étroit entre le mode d'attachement et le mode d'exploration (accès aux autres et au monde).

Le thérapeute doit exprimer par son attitude, pas par des mots un : « je veux comprendre votre comportement et la douleur qui le provoque ». Cela demande une bonne formation des thérapeutes parce qu'il est très difficile d'être « ouvert » à la douleur de l'autre.

J. Cassidy nous rappelle aussi que l'histoire n'est pas la destinée. Mais les mystères non-résolus sont parfois transmis par des enfants, quand ils deviennent parents, à leurs propres enfants.(3)



*Et pour beaucoup de nos enfants, combien de mystères à jamais non-résolus ?*

**Nicole Guédeney** (France)

nous dit que les thérapeutes avaient besoin des parents... au moins pour leur amener les enfants... Elle nous dit que certains parents qui refusent l'aide pour eux-mêmes, y arrivent parfois en en demandant pour leur enfant



*C'est une perception que nous connaissons bien et qui quand elle reste limitée à ce point de vue a permis que nos enfants ne soient jusqu'à présent jamais aidés et que les seules thérapies proposées le soient pour les parents.*

*C'est bien ce qui était dit plus haut : » Il est très difficile d'être ouvert à la douleur de l'autre », et quand il s'agit de douleur d' enfant, c'est franchement insupportable, et beaucoup de thérapeutes préfèrent aller voir ailleurs.*

**Charles H. Zeanah** (USA) nous rappelle que John Bowlby en 1952 faisait le rapport entre la qualité des soins précoces et la santé mentale future

**David Oppenheim**, professeur de psychologie à l'université de Haïfa (Israël), regrette que dans ce domaine aussi la recherche et la clinique fassent encore cavaliers seuls. Il demande donc que la clinique soit un centre de recherche. Il a mis au point une méthode pour tester la capacité des parents à « voir à travers les yeux de leurs enfants ». Ce qui est intéressant à double titre : celui du test et celui de l'éducation des parents testés à bien voir leur enfant.



*Beaucoup de parents à Pétales échangent leurs essais pour mieux lire les sentiments et les comportements de leurs enfants et pour y apporter une réponse éducative qui soit appropriée parce que sur la même longueur d'onde. Une aide réelle dans cette recherche nous serait précieuse.*

Il s'interroge cependant parce que les résultats de la Recherche en milieu clinique ne correspondent pas toujours aux conclusions des cliniciens. Et il termine par une citation : « **Essayez d'adhérer à la complexité** » (4)

**Robert Marvin** (USA)

est à mon sens un de ceux qui nous a apporté le plus dans ce colloque. Tant pour la compréhension de nos enfants et les moyens d'accéder à eux que pour la manière de leur apporter une réponse thérapeutique réelle.

Il nous parle de la « danse parents-enfants » cette interaction née de la sensibilité des parents à leur enfant et qui leur permet de lire les signaux que leur enfant leur donne pour pouvoir y répondre.

Il nous parle du **cercle de sécurité** qui permet l'exploration à la périphérie du cercle

1° L'enfant dit :

**mère secure**

l'enfant explore  
dans le cercle de sécurité

j'ai besoin que tu supportes mon exploration  
j'ai besoin que tu m'attendes  
j'ai besoin que tu me regardes  
j'ai besoin que tu te plaises avec moi  
j'ai besoin que tu m'aides

Certains parents croient que leur enfant n'a pas besoin d'eux quand il explore.

**C'est faux** dit Robert Marvin

j'ai besoin de toi pour m'accueillir quand je reviens  
j'ai besoin de toi pour me protéger  
j'ai besoin de toi pour me réconforter

Les parents sensibles doivent comprendre tous ces signaux

**Les parents qui abdiquent de ce rôle auront des enfants désorganisés et désorientés.**

2°

**Pas de mère comme base de sécurité**

enfant perdu  
sans base de sécurité  
pas d'exploration -d'apprentissage- possible

3°

Il existe aussi ce que Robert Marvin appelle "**Le cercle de réparation**"

### la mère base de sécurité

Les signaux de l'enfant doivent pouvoir être lus par la mère et utilisés pour découvrir et répondre au besoin de l'enfant. La connaissance du système d'attachement de la mère est donc importante pour qu'elle puisse répondre correctement à celui de son enfant.

**l'enfant dit :**  
*(et là, on entend bien les nôtres)*

... Je « ne sais pas quoi faire de ces sentiments que j'ai à l'intérieur de moi. J'ai besoin de toi pour prendre les choses en mains. Reste avec moi jusqu'à ce qu'on comprenne tous les deux ces sentiments dont je ne sais pas quoi faire. »

Robert . Marvin nous montre une vidéo avec un enfant présenté à un groupe de « premiers donneurs de soins » (toutes des mères). L'objectif du travail thérapeutique présenté est de trouver ce qui pourrait changer chez la mère (ou le donneur de soin principal) pour sécuriser l'enfant.

Les questions posées et qui reviennent tout le temps sont :

- que fait l'enfant ?
- de quoi a-t-il besoin ?
- que ressent-il ?
- qu'est-ce que la mère ressent quand elle réagit à un comportement de son enfant ?
- de quoi a-t-elle besoin ?

En quelques semaines les compétences de tous les donneurs de soins (les mères) du groupe vont s'améliorer. On passe de « mon enfant ne m'aime pas » à « mon enfant pourrait me faire mal » pour arriver à

**« mon enfant a besoin de moi d'une manière très spécifique »**

Robert Marvin nous redit que :

**Le passé de tous les parents occulte la lecture qu'ils ont des besoins de leur enfant**

Pour **Kai Von Klitzling** (Suisse)

la capacité de construire des récits cohérents est un facteur de sécurité . La capacité des parents à parler d'eux, de leur enfance, d'une façon cohérente aidera leur enfant. **Les parents évitants qui ne font pas face au conflit** (niveau élevé de cortisol) **sont plus insécures.**

**Giovanni Lotti** (Italie)(Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma)

nous parle de l'attachement désorganisé, de la dissociation. En clinique, dit-il, l'attachement désorganisé se re-trouve dans l'organisation et les traumatismes du « donneur de soins ». L'état d'impuissance du « donneur de soins » peut amener au trouble chez l'enfant sans maltraitance particulière. (mais c'est assez rare dit-il).

En thérapie, dit-il, la cible c'est la peur, pas l'agression.

Les thérapeutes, dit-il, **préfèrent avoir affaire à des schizophrènes plutôt qu'à des patients avec un attachement désorganisé, parce que ceux-ci sont les plus compliqués de tous.**



*Merci professeur Lotti,  
on comprend enfin pourquoi...*

Giovanni Lotti nous propose dans ce cas des thérapies parallèles. Soit deux thérapies individuelles, avec deux thé-rapeutes différents, soit une thérapie individuelle et une thérapie familiale.

L'intérêt pour les problèmes d'attachement graves, c'est que l'un des thérapeutes peut devenir pour le patient « le gentil » et l'autre, « le méchant ». La personne en trouble de l'attachement peut donc se réfugier chez « le bon » quand « le méchant » lui fait peur. **L'errance** aura lieu entre les deux thérapeutes sans que le travail ne s'arrête. Pendant les congés de l'un des thérapeutes, ces patients qui en général disparaissent seront reliés à l'autre. La peur de « détruire le thérapeute » sera réduite aussi. Et quand le patient se sentira en danger il pourra lâcher du côté où il sent le danger. La psychothérapie parallèle, peut éviter que le patient répète dans la relation thérapeuti-que le schéma du trauma vécu.

Une thérapie parallèle n'a de sens que s'il n'existe aucune rivalité entre les deux thérapeutes. Le patient le sentirait immédiatement et y perdrait toute sécurité.

**Erik Hesse** (USA univ. de Berkeley)

nous reparle de « **la peur sans solution** ». Quand le parent devient une source d'alarme , l'enfant s'approche tout en ayant envie de fuir. Pour éviter la peur, il y a les changements de comportement, parfois en permanence.

Erik Hesse, signale que **pour lui 15 % des enfants n'ont pas été maltraités et que le traumatisme peut sauter une**

## **génération**

La désorganisation serait causée par l'effroi causé par la figure d'attachement, la peur sans solution (pas de stratégie pour trouver de solution, donc pas d'organisation)

**Jeremy Holmes** (Grande Bretagne) j.a.holmes@internet.com

Jeremy Holmes est un clinicien. Il nous parle de l'effondrement de la signification devant un trauma. En cas d'accident, d'épisode grave de la vie, ( le 8 juillet, on avait l'exemple du terrorisme à Londres) c'était un événement qui provoquait la **peur sans solution**. Ce qu'il faut comprendre dit-il c'est que **pour les enfants en trouble de l'attachement, c'est une situation quotidienne, permanente.**

La relation thérapeutique est un exemple in vivo de la théorie de l'attachement. Mais, dit-il avons nous vraiment besoin de la théorie ? Notre base sécuritaire (du thérapeute) devrait suffire. Le thérapeute doit être une base sécuritaire. Il était important, dit-il, pour Bowlby de comprendre que les personnes se sentent rejetées, mal aidées, mal aimées par le donneur de soins. *(On pense à toutes les accusations des enfants en trouble de l'attachement contre leurs parents)*

Les difficultés de psychothérapie dans les troubles de l'attachement s'expliquent par le fait que la psychothérapie est une exploration et que l'exploration est impossible quand il n'y a pas d'attachement sécuritaire. Un enfant qui n'est pas sécuritaire ne peut pas jouer. Il ne peut pas non plus s'engager dans une thérapie.

Toute relation patient/thérapeute est unique et le système d'attachement du thérapeute est à connaître autant que celui du patient. (ex : si le thérapeute suit le système du patient : Le patient ne vient pas et le thérapeute ne téléphone pas. La thérapie s'arrête. Ou encore : Le patient veut poursuivre la séance au-delà du temps : , le thérapeute laisse courir. Il n'arrête pas, il n'est pas sécuritaire.

Dès lors **ce travail prend beaucoup de temps et d'argent.**

**De bons résultats thérapeutiques  
viennent d'une distance pas trop éloignée et pas trop proche  
entre le système d'attachement du patient et celui du thérapeute.**

J. Holmes nous parle aussi de la « mentalisation » c'est-à-dire la perception de la vision de l'autre. Savoir que l'autre voit le monde d'une autre façon que nous. Donc l'enfant voit le monde d'une autre façon que sa mère. Ex : quand un enfant pleure, la mère y répond. Mais par-là, elle peut répondre soit à ses propres sentiments, soit à ceux de son bébé.

**Il y a donc une relation entre la mentalisation et la sécurité de l'attachement  
Le visage de la mère est le premier miroir dans lequel l'enfant se voit.**

Les relations entre thérapeute et patient sont un microcosme de l'attachement.

J.Holmes nous dit aussi l'intérêt d'une réconciliation entre psychothérapeutes et neurobiologistes.

**Karl Heinz Brisch** (Allemagne)

nous parle de l'intersubjectivité sans laquelle, on n'envisagerait pas de donner un verre d'eau à un patient qui a soif.

**Daniel Stern** (USA)

nous parle des « neurones miroirs », qui permettent de participer à l'action de l'autre. Ex. on regarde une personne prendre un verre d'eau et le porter à la bouche. On a déjà la sensation de l'eau dans notre propre bouche rien qu'à regarder. L'intersubjectivité, c'est, dit-il, la base de l'empathie.

**Karin Grossmann** (Allemagne) nous dit qu'apprendre à parler juste, à exprimer correctement nos sentiments est le premier point pour être une figure d'attachement sécuritaire.

S'il n'y a pas une perception individualisée de l'autre, ce sera « l'ensemble des autres » à qui sera attribué le rôle hostile de non-réponse immédiate aux besoins.

**Klaus Grossman** (Allemagne) nous parle des mécanismes de défense positive que sont l'humour, la réflexivité, l'altruisme, la sublimation et la postposition des résolutions du problème.

**Antoine Guédény** (France), le président de ce colloque nous dit en conclusion que la thérapie de l'attachement n'existe peut-être pas mais que l'attachement peut renvoyer à différents types de thérapies.

Si l'attachement est insécuritaire, le premier rendez-vous thérapeutique est fondamental et doit réussir. C'est la responsabilité du thérapeute.



*Comme je me demandais comment un thérapeute pouvait deviner que la personne au bout du fil avait des troubles de l'attachement et que ce premier contact était donc primordial, une thérapeute participante au colloque m'a répondu que c'était son boulot et qu'ils devaient apprendre à la faire. C'est un tout autre air que celui qu'on nous chante d'habitude : "s'il ne veut pas il n'y a rien à faire."*

Antoine Guédény nous rappelle les paroles de Winnicott : il faut s'adapter au patient.

Et il nous offre cette phrase pour terminer : **attachment is no magical tool for change but explain why change is blocked.** (L'attachement n'est pas un outil magique de changement mais explique pourquoi le changement est bloqué).



**Si je veux résumer ce qui me semble l'essentiel des enseignements de ce colloque, c'est que pour qu'une aide puisse être apportée à un enfant qui souffre de Trouble de l'attachement, il faut non seulement connaître son mode d'attachement à lui, mais aussi celui de sa mère et celui de son thérapeute.**

**Celui de sa mère pour qu'elle puisse adapter son comportement à l'égard de son enfant, non en fonction de son mode d'attachement à elle, mais en réponse à celui « troublé » de son enfant ; celui du thérapeute (c'est à lui à le connaître) pour qu'il soit à distance suffisante et pas trop éloignée de son patient.**

**Ce sont les conditions de base pour une aide possible à un enfant qui souffre de troubles de l'attachement.**

Bernadette Nicolas

juillet 2005

Selma Fraiberg « **Fantômes dans la chambre d'enfants** » – Puf, le fil rouge 1999

Daniel Stern « **Journal d'un bébé** » - Odile Jacob 2004