

L'attachement en psychothérapie de l'adulte

Sous la direction de **Joanna Smith**
Préface de **Nicole et Antoine Guédeney**

L'attachement en psychothérapie de l'adulte

Théorie et pratique clinique



DUNOD

NOUS NOUS ENGAGEONS EN FAVEUR DE L'ENVIRONNEMENT :



Nos livres sont imprimés sur des papiers certifiés pour réduire notre impact sur l'environnement.



Le format de nos ouvrages est pensé afin d'optimiser l'utilisation du papier.



Depuis plus de 30 ans, nous imprimons 70 % de nos livres en France et 25 % en Europe et nous mettons tout en œuvre pour augmenter cet engagement auprès des imprimeurs français.



Nous limitons l'utilisation du plastique sur nos ouvrages (film sur les couvertures et les livres).

© Dunod, 2023
11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-085169-0

Table des matières

| | |
|----------------------------|-----|
| <i>LES AUTEURS</i> | XV |
| <i>PRÉFACE</i> | XIX |
| Antoine et Nicole Guédeney | |
| <i>INTRODUCTION</i> | 1 |

PREMIÈRE PARTIE

L'ATTACHEMENT CHEZ L'ADULTE : REPÉRAGES THÉORIQUES

| | |
|--|----------|
| 1. Perspectives développementale et sociale de l'attachement adulte | 7 |
| Susana Tereno | |
| Les modèles internes opérants de l'attachement (MIO) | 7 |
| <i>La stabilité des MIO de l'attachement, 9</i> | |
| L'attachement chez l'adulte, perspective développementale | 10 |
| <i>Les différences individuelles, 11 • La distribution de différences individuelles dans la population, 13</i> | |
| L'attachement chez l'adulte, perspective sociale | 14 |
| <i>Le couple comme base sécuritaire, 16 • Les différences individuelles dans l'attachement amoureux, 17</i> | |

| | |
|--|-----------|
| Conclusion | 19 |
| 2. Évaluation clinique de l'attachement chez l'adulte | 21 |
| Joanna Smith | |
| La situation de psychothérapie est une situation attachement-pertinente | 22 |
| L'attachement chez l'adulte : éléments cliniques à observer | 23 |
| <i>Éléments rapportés par le patient, 24 • Manifestations au sein de la relation thérapeutique, 26 • La relation avec un patient activant son système d'attachement avec une intensité appropriée, 28 • L'hyperactivation du système d'attachement, 29 • La désactivation du système d'attachement, 31 • La désorganisation de l'attachement, 33</i> | |
| Observer les systèmes indirectement liés à l'attachement : le caregiving et l'exploration | 34 |
| <i>Attachement et caregiving, 34 • Attachement et exploration, 35</i> | |
| Conclusion | 35 |
| 3. Implications de la théorie et de la recherche sur l'attachement pour la psychothérapie de l'adulte | 37 |
| Jeremy Holmes | |
| La théorie | 37 |
| <i>La « situation étrange » et les styles d'attachement chez l'enfant, 38 • L'inconscient et l'attachement, 40 • Le principe de l'énergie libre, 40 • La mentalisation, 43 • La confiance épistémique, 44</i> | |
| L'attachement dans la pratique thérapeutique | 44 |
| <i>Le début de la thérapie : la dynamique de l'attachement dans le cabinet de consultation, 45 • Le thérapeute comme base de sécurité, 46 • Discours et style d'attachement, 47 • La mentalisation clinique, 49</i> | |
| Conclusion : de nouveaux paysages de sentiments et de pensées | 50 |
| 4. Le cerveau droit est dominant en psychothérapie | 51 |
| Allan Schore | |
| Neurobiologie interpersonnelle de l'attachement : régulation interactive et maturation du cerveau droit | 53 |
| Communications entre le cerveau droit et l'attachement au sein de l'alliance thérapeutique | 56 |
| Communications transférentielles et contre-transférentielles au sein d'actes mutuels | 62 |

| | |
|---|-----------|
| Mécanismes relationnels du cerveau droit pour le changement thérapeutique | 67 |
| Conclusion | 72 |
| 5. Prise en charge des traumatismes complexes : apports de la théorie de l'attachement et alliance thérapeutique | 73 |
| Joanna Smith | |
| Définition du traumatisme complexe | 74 |
| Traumatisme complexe, dissociation, mémoire traumatique et désorganisation de l'attachement | 75 |
| L'apport du concept d'alliance thérapeutique | 76 |
| <i>Définition, 76 • Alliance thérapeutique et attachement, 77 • Alliance thérapeutique et synchronisation des rythmes biologiques, 78</i> | |
| Attachement insécure et alliance thérapeutique : quelles stratégies possibles ? | 78 |
| <i>Principes généraux, 78 • Face à une hyperactivation de l'attachement, 79 • Face à une désactivation de l'attachement, 81</i> | |
| Problèmes rencontrés lorsque l'attachement du patient est désorganisé | 82 |
| <i>Caractéristiques et évolution de l'attachement désorganisé, 82 • Impact de la désorganisation de l'attachement sur l'alliance thérapeutique, 83</i> | |
| Comment sortir de l'impasse avec les patients désorganisés ? | 86 |
| <i>L'accord sur les objectifs thérapeutiques, 86 • L'accord sur les tâches ou le processus, 90 • La formation d'un lien émotionnel positif, 92 • L'importance de la co-construction de l'alliance, 93</i> | |
| Conclusion | 95 |

DEUXIÈME PARTIE

PSYCHOTHÉRAPIES INFORMÉES PAR L'ATTACHEMENT

| | |
|--|-----------|
| 6. Thérapie des schémas et théorie de l'attachement | 99 |
| Bernard Pascal | |
| Thérapie des schémas et TCC : concepts | 100 |
| <i>Les pensées automatiques, 100 • Les schémas, 100 • Les modes, 101</i> | |

| | |
|--|-----|
| Applications cliniques de la thérapie des schémas chez une personnalité borderline | 102 |
| <i>Conceptualisation, 102 • Méthode d'imagerie diagnostique, 102 • Réparation de l'attachement dysfonctionnel, 104</i> | |
| Application de la thérapie des schémas à une personnalité évitante | 105 |
| <i>Application de l'imagerie diagnostique, 106</i> | |
| Conclusion | 107 |
| 7. Attachement inséure et Gestalt-thérapie du lien | 109 |
| Pierre Van Damme | |
| Présentation de la Gestalt-thérapie du lien | 110 |
| <i>Rappels sur la Gestalt-thérapie, 110 • Spécificités de la Gestalt-thérapie du lien, 110 • Les trois niveaux de la relation thérapeutique, 111</i> | |
| Points de convergence entre la Gestalt-thérapie du lien et la théorie de l'attachement | 112 |
| <i>Une théorie du conflit interne, 113 • Le primat du relationnel, 113 • Un développement en continu, 114 • Le changement face aux perturbations du lien, 114</i> | |
| Du détachement au style d'attachement inséure évitant ou détaché | 115 |
| Quelles pistes d'accompagnement face aux pathologies d'attachement de type détaché ? | 116 |
| <i>Étape 1, 116 • Étape 2, 117 • Étape 3, 117 • Étape 4, 118 • Étape 5, 119</i> | |
| Conclusion : apprivoiser la proximité d'une figure d'attachement | 120 |
| 8. EMDR et attachement | 123 |
| Hélène Dellucci | |
| La thérapie EMDR | 123 |
| Les blessures du lien, des traumatismes d'un ordre particulier | 125 |
| Le plan de traitement lorsqu'il y a une traumatisation du lien | 126 |
| <i>La stabilisation neurovégétative, 127 • La stabilisation psychique, 127 • La stabilisation d'ordre relationnel, 128 • L'anamnèse, 128 • Cibler les liens d'attachement, 129</i> | |
| Les empreintes précoces traumatiques | 130 |
| EMDR et attachement chez les enfants et les adolescents | 131 |
| Aborder spécifiquement les blessures du lien | 131 |

| | |
|------------------------------|-----|
| Améliorer la différenciation | 133 |
| Conclusion | 134 |

TROISIÈME PARTIE

PSYCHOTHÉRAPIES BASÉES SUR LA THÉORIE DE L'ATTACHEMENT

| | |
|---|-----|
| 9. Thérapie basée sur la mentalisation et théorie de l'attachement | 137 |
| Martin Debbané, Margaux Bouteloup et Mario Speranza | |
| Confiance, confiance épistémique et mentalisation | 139 |
| Les thérapies basées sur la mentalisation (TBM) | 141 |
| <i>Contexte, setting et focus thérapeutique, 142 • Domaines d'interventions, 144</i> | |
| Vers un modèle de communication thérapeutique | 149 |
| <i>Système de communication 1 : prise de contact avec une forme de compréhension de soi, 150 • Système de communication 2 : la réémergence de la mentalisation, 151 • Système de communication 3 : généralisation de l'apprentissage social dans un environnement plus large, 151</i> | |
| Conclusion | 152 |
| 10. Thérapie interpersonnelle (TIP) | 153 |
| Yann L'Hégaret | |
| Historique des TIP | 153 |
| Mécanismes d'action | 154 |
| <i>Modèle attachementiste de la prise en charge TIP, 154 • Modélisation TIP du lien interpersonnel, 156 • Une psychothérapie centrée sur le présent, 157 • Une psychothérapie structurée, 157 • Quelles indications ?, 157</i> | |
| Aspects cliniques : exemple de la dépression | 158 |
| <i>Phase 1 (4 séances), 158 • Traitement TIP d'un homme consultant pour épisode dépressif chronique, 161</i> | |
| Conclusion | 168 |
| 11. L'intervention familiale de l'attachement multi-niveaux (FAMLI) | 171 |
| Susana Tereno | |
| La Family Attachment Multi-Level Intervention (FAMLI) | 171 |

| | |
|--|-----|
| Niveau 1 : l'évaluation, le premier pas de l'intervention | 173 |
| Niveau 2 : la chaîne de sécurité au cœur de la sécurité de l'attachement | 174 |
| <i>Niveau 2, module 1 : le thérapeute comme base de sécurité, 175</i> • | |
| <i>Niveau 2, module 2 : la base de sécurité familiale, 175</i> • Niveau 2, | |
| <i>module 3 : le couple comme base de sécurité familiale, 176</i> • Niveau 2, | |
| <i>module 4 : caring for the caregiver, 177</i> | |
| Niveau 3 : réparation émotionnelle des relations d'attachement entre adultes | 178 |
| Niveau 4 : les comportements parentaux disruptifs | 179 |
| <i>Niveau 4, module 1 : facteurs de vulnérabilité contextuelle du parent, 181</i> | |
| • <i>Niveau 4, module 2 : diminution des comportements parentaux</i> | |
| <i>désorganisés, 181</i> | |
| Niveau 5 : le comportement désorganisé et l'inversion de rôle chez l'enfant | 182 |
| <i>Niveau 5, module 1 : modèle d'inversion de rôle de type caregiving</i> | |
| <i>compulsif, 183</i> • <i>Niveau 5, module 2 : modèle d'inversion de rôle de type</i> | |
| <i>contrôlant-punitif, 183</i> | |
| Conclusion : considérations finales | 186 |

QUATRIÈME PARTIE

THÉRAPIES VISANT À LA RÉPARATION DE L'ATTACHEMENT

| | |
|---|-----|
| 12. Theraplay : un modèle de thérapie pour l'adulte | 189 |
| Virginie Vandebroucke et Maëlle Hector | |
| De la prise en charge de l'enfant à la prise en charge du parent | 190 |
| Le déroulé des séances Theraplay avec Benoît | 191 |
| <i>Première séance avec Benoît et difficulté à se détendre, 195</i> • <i>Deuxième</i> | |
| <i>séance : expérience progressive du lâcher-prise, 198</i> • <i>Troisième séance et</i> | |
| <i>confiance nouvelle, 200</i> | |
| Séance de clôture : Nathan et son père | 202 |
| Conclusion | 205 |
| 13. La psychothérapie développementale dyadique (DDP) pour guérir les traumatismes intergénérationnels | 207 |
| Dafna Lender | |
| Objectifs et fonctionnement de la DDP | 209 |
| <i>L'outil PACE de la DDP, 209</i> • <i>Application clinique du PACE, 210</i> | |

| | |
|--|-----|
| Relations d'attachement | 211 |
| Mettre fin aux traumatismes intergénérationnels | 215 |
| Conclusion | 216 |
| 14. Lifespan Integration™ (ICV) et réparation de l'attachement | 219 |
| Joanna Smith | |
| Description du Lifespan Integration™ | 220 |
| <i>Les protocoles de réparation, 220 • Les protocoles de construction, 221</i> | |
| Aspects théoriques | 221 |
| <i>Lifespan Integration™ et mémoire traumatique, 222 • Lifespan Integration™ et imagerie mentale, 222</i> | |
| Lifespan Integration™ et expérience correctrice d'attachement | 223 |
| <i>L'expérience d'une relation sécurisante : l'accordage du thérapeute, 223 • L'expérience correctrice à travers l'imagerie mentale et le reparentage, 230 • Application auprès des enfants et de leurs parents, 233</i> | |
| Lifespan Integration et attachement sécure acquis | 234 |
| Conclusion | 235 |
| 15. La thérapie centrée sur les émotions (emotion-focused therapy) | 237 |
| Denise Schiffmann | |
| Présentation de la TCE | 237 |
| La TCE pour les individus et l'attachement | 240 |
| <i>Les émotions attachement-pertinentes, 241 • L'attachement et les principes relationnels de la TCE, 242</i> | |
| La TCE et l'utilisation des tâches spécifiques | 244 |
| <i>Les réponses empathiques, 244 • La tâche du dialogue avec la chaise vide, 245 • L'auto-parentage compassionnel, 246 • Comment le thérapeute TCE favorise-t-il la régulation chez le patient ?, 247</i> | |
| Un cas d'attachement insécure et d'un abandon | 248 |
| Conclusion | 253 |
| 16. TCE pour les couples et attachement | 255 |
| Catalina Woldarsky Meneses | |
| Principe de base de la TCE pour les couples (TCE-C) | 256 |
| L'attachement dans la TCE-C | 256 |

| | |
|---|-----|
| Les cycles interactifs négatifs | 257 |
| <i>Cycles d'attachement, 258 • Les points clés de l'attachement en TCE-C, 261</i> | |
| Conclusion | 262 |
| 17. La thérapie sensorimotrice pour les difficultés liées à l'attachement | 263 |
| Hanneke Kalisvaart | |
| Contexte théorique | 263 |
| Les stratégies d'attachement et le corps | 265 |
| Psychothérapie sensorimotrice pour les problèmes liés à l'attachement | 266 |
| Les états infantiles dans le corps | 268 |
| Une séance typique de psychothérapie sensorimotrice | 268 |
| Principes thérapeutiques | 270 |
| Traumatisme de l'enfance et stratégie d'adaptation | 271 |
| Recherche, formation et développements futurs de la psychothérapie sensorimotrice | 273 |
| Conclusion | 275 |

CINQUIÈME PARTIE

L'ATTACHEMENT, LE PSYCHOTHÉRAPEUTE ET LE CAREGIVING

| | |
|---|-----|
| 18. Pourquoi et comment être un thérapeute sécurisant ? | 279 |
| Joanna Smith | |
| Définition du <i>caregiving</i> | 279 |
| <i>Impact de l'attachement du caregiver sur la qualité de son caregiving, 281 • Aléas du caregiving : le caregiving compulsif et le caregiving contrôlant-soignant, 281</i> | |
| Caractéristiques du <i>caregiving</i> sécurisant | 282 |
| <i>Description du caregiving sécurisant, 282 • Les dysfonctionnements du caregiving, 283 • Caractéristiques des soins parentaux sécurisants selon Ainsworth, 285</i> | |
| <i>Caregiving</i> du parent et <i>caregiving</i> du thérapeute : similitudes et différences | 286 |
| Applications à la psychothérapie des adultes | 287 |

| | |
|---|-----|
| Prendre soin de son <i>caregiving</i> en tant que thérapeute | 289 |
| <i>Caregiving et supervision, 289 • Impact de la thérapie du thérapeute sur son caregiving, 290 • Petit bilan sur vos bases de sécurité en tant que thérapeute, 291 • Votre superviseur est-il suffisamment sécurisant ?, 292</i> | |
| Conclusion | 293 |
| 19. Prendre soin de nous, soignants : <i>caring for the caregiver</i> | 295 |
| Pascale Brillon et Joanna Smith | |
| La détresse professionnelle : trauma vicariant et fatigue de compassion | 296 |
| <i>Le trauma vicariant, 296 • La fatigue de compassion, 297</i> | |
| Mieux comprendre la détresse professionnelle des soignants | 298 |
| <i>Le processus de surcharge émotionnelle, 298 • Contamination d'une structure de peur post-traumatique, 300 • Mauvaise application des auto-soins, 300 • Événement précipitant fragilisant et conjugaison de facteurs de risque, 301</i> | |
| Comment mieux prévenir le trauma vicariant et la fatigue de compassion... | 304 |
| Conclusion | 306 |
| <i>CONCLUSION</i> | 307 |
| <i>ANNEXES</i> | 309 |
| 1. Feuille de route pour développer l'alliance thérapeutique | 311 |
| Joanna Smith | |
| 2. Fiche d'auto-supervision : qualité du <i>caregiving</i> du thérapeute | 313 |
| Joanna Smith | |
| 3. Ressources et lieux de formations | 315 |
| Formation approfondie à l'attachement | 315 |
| Formations aux approches thérapeutiques présentées dans l'ouvrage | 315 |
| <i>REMERCIEMENTS</i> | 317 |
| <i>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</i> | 319 |

Les auteurs

Sous la direction de :

■ JOANNA SMITH

Psychologue clinicienne, psychothérapeute, chargée de cours à l'Université, formatrice agréée en Lifespan Integration (ICV), Paris.

Les auteurs

■ MARGAUX BOUTELOUP

Psychologue, post-doctorante, coordinatrice RF-TBM à l'université de Genève, maître de conférences à l'université de Franche-Comté.

■ PASCALE BRILLON

Professeure et psychologue-psychothérapeute, professeure au département de psychologie de l'université du Québec à Montréal, directrice du laboratoire de recherche Trauma et Résilience, rédactrice en chef de la revue *Science et comportement* et fondatrice de l'Institut Alpha, elle se spécialise dans le traitement du stress et du deuil post-traumatiques. Elle est aussi l'auteure d'un quatrième livre consacré à la prévention de la fatigue de compassion et du trauma vicariant : *Entretenir ma vitalité d'aidant. Guide de prévention de la fatigue de compassion et de la détresse professionnelle* publié aux Éditions de l'Homme, 2020.

■ MARTIN DEBBANÉ

Professeur ordinaire à la faculté de psychologie et des sciences de l'éducation à l'université de Genève, et professeur de psychopathologie au University College London, psychothérapeute formateur et superviseur en thérapies basées sur la mentalisation.

■ HÉLÈNE DELLUCCI

Docteure en psychologie, psychothérapeute systémique fédérale, formatrice EMDR et en psychotraumatologie, chargée de cours à l'université de Lorraine et à l'université La Trobe (Australie). Exerce en cabinet privé à Genève (Suisse) auprès de patients traumatisés complexes et souffrant de troubles dissociatifs et leurs familles.

■ ANTOINE GUÉDENEY

Professeur émérite de pédopsychiatrie, université Paris-Cité, président honoraire de la World Association Infant for Mental Health

■ NICOLE GUÉDENEY

Praticienne hospitalière honoraire, pédopsychiatre, retraitée, docteur en sciences, fondatrice du DU « L'attachement : concepts et applications thérapeutiques » à l'université Paris Cité.

■ MAËLLE HECTOR

Psychologue clinicienne en service de néonatalogie, dans le secteur de la périnatalité (équipe NATUS) à l'hôpital Érasme au sein de l'hôpital universitaire de Bruxelles (HUB) ; psychothérapeute pour enfants, adolescents et adultes.

■ JEREMY HOLMES

Professeur honoraire, School of Psychology, University of Exeter, Royaume-Uni.

■ HANNEKE KALISVAART

PhD, formatrice en thérapie sensorimotrice. Elle travaille également en tant que thérapeute psychomotricienne et chercheur senior à Altrecht psychosomatic medicine à Zeist (Pays-Bas).

■ YANN L'HÉGARET

Psychiatre psychothérapeute (TIP, TCC, EMDR), formateur et trésorier de l'IFTIP (Institut de formation en thérapie interpersonnelle).

■ DAFNA LENDER

Travailleuse sociale clinicienne agréée, formatrice et superviseuse internationale auprès de praticiens exerçant avec des enfants et des familles. Elle est formatrice et superviseuse agréée en Theraplay et en DDP, et thérapeute en EMDR. Elle est l'auteur de *Integrative Attachment Family Therapy* et de *Theraplay: the Practitioner's Guide*.

■ BERNARD PASCAL

Psychiatre, psychothérapeute, directeur d'enseignement à l'Institut français de thérapie des schémas, chargé d'enseignement aux universités de Lyon, Grenoble, Clermont-Ferrand.

■ DENISE SCHIFFMANN

Psychologue clinicienne, psychothérapeute, superviseur et formatrice TCE formée et supervisée par le professeur Leslie Greenberg, elle a introduit la TCE en France, forme et supervise les cliniciens depuis plus de dix ans. Elle fonde l'Institut français de la thérapie centrée sur les émotions et est chargée de cours à l'Institut de psychologie, université Paris-Cité où elle présente la TCE auprès de futurs psychologues cliniciens.

■ ALLAN SCHORE

Psychologue, chercheur en neuropsychologie, Clinical Faculty of the Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences et UCLA David Geffen School of Medicine, Fondateur du Right Brain Psychotherapy Institute (États-Unis).

■ MARIO SPERANZA

Psychiatre d'enfants et d'adolescents, chef de service au centre hospitalier de Versailles, professeur à l'université Paris-Saclay Versailles, praticien et formateur aux thérapies basées sur la mentalisation.

■ SUSANA TERENO

Professeure des Universités, département de psychologie, université Rouen-Normandie (CRFDP 7475), Rouen.

■ PIERRE VAN DAMME

Psychologue et Gestalt-thérapeute du lien. Docteur en psychologie clinique. Cofondateur de CHAMP-G. Auteur de *Liens précoces, liens actuels, lien thérapeutique* (2020) et de nombreux articles disponibles sur Cairn.

■ VIRGINIE VANDENBROUCKE

Psychologue clinicienne, accompagnante en haptonomie périnatale, haptopsychothérapeute, psychothérapeute certifiée en Theraplay, superviseur et formatrice en Theraplay.

■ CATALINA WOLDARSKY MENESES

Docteur en psychologie clinique à l'université de York, sous la direction de Leslie Greenberg. Superviseuse et formatrice reconnue par la Société internationale pour la thérapie centrée sur les émotions (IsEFT). Elle est née au Chili, elle a fait ses études au Canada. Elle habite depuis dix ans en Suisse où elle travaille en cabinet privé, ainsi qu'à l'université Webster à Genève.

Préface

Antoine et Nicole Guédeney

PEU DE GENS savent que John Bowlby, le « découvreur » de l'attachement a été d'abord « pion », puis professeur dans un établissement pour « enfants difficiles », comme on disait à l'époque, pour « troubles du comportement », dirait-on aujourd'hui. Bien avant de devenir psychiatre et psychanalyste, il a pu observer les liens entre les troubles de ces enfants et de ces adolescents et leurs relations familiales, les séparations et carences qu'il pouvait observer (Holmes, 2014). Bowlby est frappé par le lien entre ces antécédents familiaux et le type de relation que l'enfant ou l'adolescent entretenait avec lui : l'adolescent sombre et évitant, plein de colère rentrée, mais avide d'attention, ou le jeune garçon carencé qui le suit comme son ombre.

Ainsi l'intérêt premier de Bowlby est-il d'abord pour la clinique, et pour la compréhension de la psychopathologie, en lien avec les relations parent-enfant.

Peu de gens savent que Bowlby a longtemps fréquenté la Well Baby Clinic, la PMI proche de la Tavistock Clinic, où il observait et suivait des mères et leurs jeunes enfants.

L'un de ses tout premiers travaux, comme directeur de la Tavistock Clinic, à Londres, porte sur le comportement de vol chez l'enfant et l'adolescent. En 1944, il publie dans *l'International Journal of Psychoanalysis*, le journal de Freud, l'article sur « quarante-quatre jeunes voleurs, leurs caractères et leur histoire familiale » (Bowlby, 2006). Il s'agit du premier article de la pédopsychiatrie moderne, avec celui de Léo Kanner sur l'autisme infantile paru à peu près en même temps, et publié dans *La Psychiatrie de l'enfant*, du fait de son caractère actuel et novateur concernant la méthode de la recherche clinique et la notion

d'attachement. En effet, cet article de Bowlby traite une question clinique, celle du vol chez l'enfant et ce, de plusieurs points de vue : celui des troubles mentaux, tels que la classification diagnostique de l'époque les reconnaissait, mais aussi celui de la psychopathologie sous-jacente à ces symptômes ou à ces troubles. Bowlby rassemble donc l'histoire et les caractéristiques de personnalité de quarante-quatre jeunes voleurs et décrit combien ce symptôme se retrouve dans des situations très diverses : enfant normal et symptôme transitoire, pris dans le développement ; signe d'un trouble (anxiété, dépression, retard mental, psychose). Il reçoit, en clinicien attentif, chacun de ces enfants et cherche d'abord à établir une relation avec lui, puis il demande à une assistante sociale de retracer l'histoire familiale, et leur fait passer des tests de niveau intellectuel.

Bowlby isole ainsi un sous-groupe d'enfants qu'il appelle les *affectionless thieves*, les « voleurs dépourvus d'affect », chez lesquels les séparations précoces ont été multiples et durables, avec souvent une exposition à la violence intrafamiliale. Et c'est le premier (et le seul !) article publié dans *l'International Journal of Psychoanalysis* qui fasse apparaître un test statistique, lequel montre que la différence entre le groupe des « sans affect ou indifférents affectifs », et les autres est statistiquement significative, sur cinq aspects :

1. les facteurs génétiques, antécédents familiaux de troubles mentaux ;
2. les séparations prolongées mère/enfant ou un séjour en famille d'accueil pendant les premières années ;
3. la fréquence des mères ambivalentes et anxieuses ;
4. la fréquence des pères qui haïssent ouvertement leurs enfants ;
5. la fréquence des événements traumatiques récents.

Toute la méthode de Bowlby est là : un fait clinique, examiné sous divers angles, pour en préciser la psychopathologie, sans préjugé théorique, avec une méthode de recherche et d'analyse rigoureuse. On observe, on dégage un fait, on fait une hypothèse, on vérifie, et de ces faits, on tire une théorie.

C'est un article capital du point de vue de l'histoire de l'attachement, car Bowlby y découvre les applications cliniques de la théorie alors encore dans les limbes. Les travaux récents confirment l'intuition de Bowlby : l'attachement qu'on appelle « désorganisé », c'est-à-dire sans style identifiable de recherche de sécurité, est l'un des éléments importants de la psychopathologie des troubles des conduites. Et Bowlby de noter :

« Il n'y a aucun "indifférent affectif" parmi les témoins, ce qui est une différence significative. Nous présentons des données cliniques démontrant qu'une séparation

prolongée est une des causes principales de développement du caractère non affectif (et délinquant) » (Bowlby, 2006, p. 124).

La ligne directrice du travail de Bowlby et d'Ainsworth est donc bien celle de la compréhension de la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, à la lumière des relations familiales.

L'intérêt de Bowlby pour la clinique et pour la thérapie ne s'est jamais démenti. S'il a organisé un laboratoire à la Tavistock, c'est parce que les kleinien(ne)s trahissaient la thérapie et que la recherche n'avait aucun sens pour eux. D'où les études menées avec les Robertson sur les enfants en institution, par exemple ceux restés longtemps en sanatorium, et sur l'observation des séparations précoces, dans les films comme *John à la nursery*, et son contre-exemple, Lucy, qui sont de véritables « recherches-action », et dont l'impact a très vite et profondément modifié les pratiques dans les hôpitaux du Royaume-Uni.

Chez nous, il a fallu attendre 1998 pour qu'une circulaire précise qu'un jeune enfant malade devait pouvoir bénéficier de la présence d'un parent auprès de lui nuit et jour, mais il est vrai que beaucoup veulent encore croire que l'attachement ne soit qu'une théorie parmi d'autres...

Bowlby, quant à lui, a toujours regretté que la recherche quantitative ait pris le pas sur les applications cliniques et thérapeutiques. La recherche quantitative et longitudinale, contrôlée, a été favorisée dans le champ de l'attachement par le succès de la « situation étrange » d'Ainsworth, relayé par celui de l'*adult attachment interview* de Mary Main, qui vient tout juste de disparaître. Ces outils permettaient la catégorisation de la sécurité de l'attachement et ont ouvert aux études développementales longitudinales et à celles sur la transmission intergénérationnelle. Mais elles ont mis à l'écart le fait que l'attachement est un système de comportement qui est mieux décrit de manière dimensionnelle que catégorielle, comme le fait le système de Patricia Crittenden, l'autre thésarde de Mary Main, qui, elle, est restée critique de la catégorisation des styles d'attachement chez l'adulte issue de l'AAI et, de ce fait, a été laissée à l'écart par l'establishment de l'attachement.

Une raison du retard de l'application de la théorie de l'attachement à la clinique de l'adulte a sans doute été le décalage de la théorisation de l'attachement chez l'adulte en tant que processus développemental, ce qui conduit à l'analyse développementale de tous les systèmes comportementaux à l'âge adulte, et aux pathologies qui s'y développent.

L'hypertrophie de la place des catégories de la *strange situation* au détriment des dimensions, sécurité/insécurité, organisation/désorganisation n'a pas simplifié

la question clef du rapport entre attachement désorganisé et traumatisme. Les catégories issues de l'AAI sur « l'état d'esprit quant à l'attachement » ont eu, on l'a vu, le même succès, avec une application de la catégorisation sur le modèle de celles des enfants. L'intérêt porté quasi exclusivement à l'AAI a ralenti l'exploration et la théorisation de l'attachement chez l'adolescent et chez l'adulte en tant que processus développemental, en s'attachant à catégoriser l'état d'esprit de l'attachement à partir de la cohérence du discours. Parallèlement à la perspective développementale initiale, on a ainsi vu se développer énormément le courant dit psychosocial, qui cherche, et qui naturellement trouve des corrélations entre questionnaires portant sur un style d'attachement et un comportement social, amoureux en particulier. Bowlby intitulait son dernier article, en 1988, dans *l'American Journal of Psychiatry* « Developmental Psychiatry Comes of Age », c'est-à-dire « l'avènement de la psychiatrie du développement » (Bowlby, 1988a), dans lequel il montre que le développement psychologique procède par différentes voies, et non pas par stades, et que ces voies de développement s'écartent de la moyenne en fonction des accidents de parcours, des traumatismes, des deuils et des séparations, mais peuvent rejoindre la moyenne en fonction des rencontres positives, affectives, pédagogiques ou thérapeutiques, ce que Boris Cyrulnik nomme les « tuteurs de résilience ». Avec des auteurs comme Mario Mikulincer, cet avènement de l'intégration de la notion de développement dans la compréhension de la psychopathologie de l'adulte commence tout juste à se produire, dans une tentative de synthèse entre courant psychosocial et développemental (Mikulincer & Shaver, 2016b).

Cet intérêt pour la recherche basée sur l'observation clinique fait retour actuellement dans l'intérêt porté à la dimension de l'exploration, comme à celle de la régulation émotionnelle, ou aux rapports entre systèmes d'attachement et systèmes de *caregiving*, de manière à sortir des simples corrélations entre résultats aux échelles ou aux tests et à la « situation étrange » ou à l'AAI et les traits de personnalité ou le risque de psychopathologie. La recherche sur l'attachement est ainsi devenue prisonnière du succès et de l'efficacité de la « situation étrange » chez l'enfant et plus encore de l'AAI chez l'adulte, qui promet un passage au niveau des représentations. Mais le comportement et les représentations ne sont pas au même niveau épistémologique : certes, le comportement de base de sécurité s'observe, chez l'enfant comme chez les mammifères, mais un modèle interne de travail n'est pas accessible directement ; dès lors, les mêmes termes d'attachement, ou de figure d'attachement, prennent des acceptions différentes.

Il faut, dès lors, revenir à l'observation clinique, à l'isolement de dimensions et de catégories pertinentes, il faut s'intéresser aux systèmes complémentaires de l'attachement, le *caregiving* et l'exploration.

Pour l'application thérapeutique, il faut une théorie du « toujours mystérieux déroulement de la psychopathologie », comme le dit Peter Fonagy, et aussi une théorie des rapports entre le patient et le thérapeute. Or, en matière de psychopathologie de l'enfant ou de l'adulte, le modèle antérieur est celui de la pulsion. Son but initial était de relier les troubles de la sexualité de l'adulte au développement de la sexualité infantile et à ses avatars, la cure étant initialement le mode unique de traitement. Bowlby propose un modèle alternatif, basé sur l'observation des effets de la séparation précoce et de la carence de soins, avec la séquence qu'il doit à Robertson, et qui organise pour Bowlby l'essentiel de la psychopathologie liée à l'expérience interpersonnelle.

C'est la seconde originalité du modèle de Bowlby et Ainsworth qui est d'être à la fois psychodynamique, développemental et interpersonnel. Bowlby n'a jamais pu consacrer autant de temps qu'il l'aurait voulu à la perspective préventive et thérapeutique liée à l'attachement. Mais le Bowlby des années 1950 ne se sentait pas assez justifié à parler de technique en psychothérapie, car il estimait qu'on ne pouvait pas dire aux cliniciens comme faire une thérapie, tant qu'on n'en savait pas plus de manière valide sur le fonctionnement psychique humain.

La trilogie de l'attachement — « peur, séparation, colère » — est ainsi d'abord un manuel de psychopathologie, comprise comme l'ensemble des modes adaptatifs et mal adaptatifs de défense contre la peur.

La partie sur les phobies donne un modèle alternatif de compréhension des phobies de l'enfance et des phobies scolaires. Au passage, Bowlby, utilisant les notes même de Freud, réanalyse le cas du petit Hans, pierre angulaire de la psychanalyse d'enfant, et montre que Freud néglige la relation très insécure et intrusive de Hans avec sa mère, au profit de l'hypothèse d'une relation œdipienne avec le père.

On trouve encore, dans la trilogie, le concept, si important en clinique et en thérapie, d'attachement inversé, de *caregiving* compulsif. Et l'un des plus beaux articles de Bowlby que nous connaissions est celui sur « Ce que l'on n'est pas censé savoir ni ressentir », portant sur la vérité dite ou cachée aux enfants à propos de la disparition d'un parent.

Et là, nous sommes au centre de la position de l'analyste, du psychothérapeute. Ceci nous rappelle le débat ancien, en psychanalyse, sur la position de l'analyste, entre freudiens, kleinien et lacaniens. Sacha Nacht, l'analyste de Serge Lebovici

et de tant d'autres, disait dans les années 1950 que l'analyste devait pouvoir rendre justice à son patient, à la fin de l'analyse et lui donner son opinion sur ce qu'il avait pu vivre réellement. C'était le même Nacht qui disait qu'il fallait donner rendez-vous à un phobique du métro dans le métro, une thérapie d'exposition que n'auraient pas renié les comportementalistes.

C'est pourquoi le livre édité par Joanna Smith est à la fois bienvenu, très à propos et très important. Il est écrit par une thérapeute d'exception, qui a contribué à nous apporter le Lifespan Integration. Ce dont nous avons besoin, c'est de modalités thérapeutiques valides, et qui s'adaptent aux différents contextes, faisant la preuve de leur efficacité et de leur tolérance.

Avec une grande ouverture d'esprit, ce livre nous offre un panorama de l'éventail des applications thérapeutiques de l'attachement, auquel il ne manque rien : adulte et petit enfant, enfant et adolescent, intervention brève ou prolongée, liens avec les traitements du trauma (où l'on retrouve la succession historique de la suggestion, de la psychanalyse, et de l'EMDR), prise en compte de la sexualité, liens avec les thérapies comportementales, bénéfices de la ré-évoation du vécu corporel.

Les concepts que la prise en compte de l'attachement renouvelle sont ici tous traités : le traumatisme bien sûr, la désorganisation, la dissociation, les « fantômes dans la chambre d'enfants » de Fraiberg (Fraiberg, 1989), le *caregiving*, la constellation maternelle de Stern, l'alliance de travail et la base de sécurité, fondement de la supervision, le renouvellement de la notion de transfert, la mentalisation, et bien d'autres.

En voyant ce livre Bowlby pourrait sans doute parler de « l'avènement de la psychothérapie attachementale », et s'en réjouir.

Nous croyons que ce livre connaîtra un grand succès, et de nombreuses rééditions.

Introduction

QUEL EST l'impact des relations d'attachement, préverbaux, infantiles et plus tardives, sur la psychopathologie adulte ? Savez-vous que, d'après la recherche, les expériences précoces adverses d'attachement impactent des domaines aussi variés que la régulation des émotions, les troubles anxieux, le TSPT simple et complexe, les troubles dissociatifs, la résilience, les addictions, les troubles du comportement alimentaire, les troubles de la personnalité borderline et antisocial, la dépression, le deuil, la schizophrénie, les relations amoureuses... (pour une synthèse sur le sujet, voir Gazon, 2021 ; Stovall-McClough & Dozier, 2016) ?

Ces thématiques sont des motifs de consultation fréquents, en libéral comme à l'hôpital, et la théorie de l'attachement nous apporte à leur sujet un nouvel éclairage et de nouvelles stratégies de prises en charge d'une grande richesse.

En outre, la théorie de l'attachement, qui porte par définition sur les toutes premières expériences de détresse et de demande d'aide expérimentées par le patient, est très pertinente pour éclairer la nature du lien patient-thérapeute et améliorer la qualité de l'alliance thérapeutique, dont on connaît aujourd'hui l'importance cruciale pour le succès d'une psychothérapie. La relation d'aide et la relation thérapeutique sont des situations attachement-pertinentes (c'est-à-dire où le système d'attachement est activé) et la lecture attachementiste est donc judicieuse pour toute relation thérapeutique, quel que soit le cadre théorique de référence ou la technique employée (Guédénéy & Atger, 2015).

Mais la théorie de l'attachement nous éclaire également sur le *caregiving* du thérapeute : quels facteurs sont-ils susceptibles d'influencer la qualité des soins que nous dispensons à nos patients, et comment améliorer celle-ci grâce à la théorie de l'attachement ? L'histoire d'attachement du thérapeute a-t-elle un impact sur sa capacité à prendre soin de ses patients et à maintenir une bonne santé émotionnelle au fil des années de travail ? Cet ouvrage se propose de répondre à ces questions.

Il s'intéresse également à la manière dont il semble possible, grâce notamment aux connaissances dont nous disposons aujourd'hui en neurosciences, de réparer les blessures d'attachement dont souffrent très souvent nos patients. Qu'il s'agisse d'attachement insécure ou désorganisé, de blessures d'attachement anciennes, préverbales, infantiles, ou plus récentes, le présent ouvrage se propose de vous présenter comment la théorie de l'attachement permet de faire en sorte que la relation thérapeutique soit le lieu d'une réparation d'attachement, et ce livre présente aussi plusieurs approches proposant d'intégrer les expériences d'attachement traumatiques.

Le présent ouvrage illustre donc la diversité d'applications possibles de la théorie de l'attachement à la psychothérapie de l'adulte : cette théorie peut être un éclairage complémentaire à tout dispositif thérapeutique, on peut alors parler de « thérapie éclairée par l'attachement ou attachement-informée » ; si la théorie sous-jacente à la psychothérapie est la théorie de l'attachement, on parlera plutôt de « thérapie basée sur l'attachement » ; si la psychothérapie vise à réparer l'attachement, on peut parler de « thérapie de l'attachement ». Nous exposerons ces différents aspects.

Pour introduire le propos, commençons par aborder une question que vous vous posez peut-être déjà : puisque la théorie de l'attachement est si pertinente en psychothérapie de l'adulte, pourquoi a-t-elle mis si longtemps à s'appliquer à ce domaine ?

Bowlby n'était pas un fervent praticien de la psychothérapie individuelle (Holmes, 2001) et les premières décennies de développement de la théorie de l'attachement ont nécessairement été consacrées à l'étude de l'attachement chez le tout-petit et l'enfant, puis les travaux se sont élargis à l'application chez l'adulte, en dehors du contexte de la psychothérapie. La complexité de la définition de l'attachement chez l'adulte et de son évaluation a sans doute rendu longtemps difficile son application au contexte de la psychothérapie. L'application de la théorie de l'attachement à l'adulte et à la psychothérapie a donc été l'une des applications les plus tardives de cette théorie. C'est finalement à partir des

années 1990 que l'on voit naître les premiers travaux portant sur la psychothérapie de l'adulte à l'aide de la théorie de l'attachement (Dozier, 1990), puis à partir des années 2000 que les premiers ouvrages paraissent sur le sujet (Bateman & Fonagy, 2004 ; Brown & Elliott, 2016 ; Holmes, 2001; Holmes & Slade, 2017 ; Obegi & Berant, 2009 ; Slade, 1999 ; Wallin, 2007...).

Bowlby avait déjà tracé les grandes lignes de l'application de la théorie de l'attachement à la psychothérapie chez l'adulte (Bowlby, 1988b). Bowlby décrit en effet cinq tâches thérapeutiques principales pour le bon déroulement de la thérapie, c'est-à-dire pour favoriser une exploration, par le patient, de ses modes de représentation de lui-même et de ses figures d'attachement afin de les réévaluer et les restructurer, à partir des nouvelles expériences relationnelles effectuées en psychothérapie (Bowlby, 1988b). Ces cinq tâches sont :

- fournir au patient une base de sécurité à partir de laquelle il peut explorer ; dans cette tâche le thérapeute accompagne le patient en tant qu'interlocuteur de confiance qui va fournir du soutien, des encouragements, de la compassion et, parfois, de la guidance ;
- soutenir l'exploration par le patient de ses relations actuelles et de l'impact qu'ont sur elles ses propres attentes et représentations ;
- soutenir l'exploration par le patient de ce qui se joue dans la relation thérapeutique, et de ce que cela révèle de ses attentes à l'égard d'une figure d'attachement ;
- encourager le patient à comprendre en quoi ses attentes et représentations actuelles sont liées à son histoire infantile, notamment à la relation avec ses parents ;
- rendre le patient capable de reconnaître si les représentations qu'il a de lui ou des autres sont appropriées ou non dans le présent afin qu'il puisse s'en libérer si nécessaire.

Si le thérapeute doit jouer un rôle de « base de sécurité » pour son patient, il sera utile de connaître les caractéristiques d'un *caregiving* sécurisant chez une figure d'attachement :

« Du point de vue de la théorie de l'attachement, le travail du thérapeute est similaire, même si plus difficile que, celui d'une mère avec son nourrisson [...] La tâche de la mère est plus facile que celle du thérapeute parce qu'elle n'a pas besoin de compenser les défaillances d'autres figures d'attachement [...] l'exploration des modèles internes opérants antérieurs ne peut pas attendre qu'une base de sécurité soit établie ; en fait, ces processus apparaissent de façon appariée » (Dozier & Tyrrell, 1998, p. 222, trad. personnelle).

Pour conclure, rappelons que toute psychopathologie n'est bien sûr pas liée à l'attachement. Néanmoins, tout être humain est doté d'un système d'attachement et d'une histoire d'attachement susceptibles d'affecter sa manière de demander de l'aide à un psychothérapeute et de réagir en cas de stress. Il semble donc indispensable pour tout thérapeute de savoir évaluer l'attachement de ses patients et repérer les situations attachement-pertinentes, d'autant que la qualité de la relation thérapeutique et de l'alliance entre patient et thérapeute est des facteurs bien établis influençant l'évolution favorable du patient en thérapie. Ceci est d'autant plus important que les expériences fondatrices de l'attachement du patient ont eu lieu durant la période des 1 000 premiers jours de vie, c'est-à-dire qu'elles ont été encodées sous forme de mémoire explicite et ne sont pas accessibles en mémoire explicite (narrative) (Brown & Elliott, 2016). Repérer l'effet de cette période sur le fonctionnement du patient relève donc quasi exclusivement des compétences du thérapeute : le patient ne viendra pas en thérapie en disant : « Je viens vous voir car j'ai des difficultés relationnelles répétées, mon chef ne m'écoute pas, mes proches ne font pas attention à moi, et je pense que c'est en lien avec la manière dont ma mère ignorait systématiquement mes pleurs quand j'étais bébé. »

L'exploration étant le pendant du système d'attachement, ce livre se veut un soutien à l'exploration, un tremplin vers d'autres lectures ou même vers un processus de formation permettant d'approfondir certains aspects de l'application de la théorie de l'attachement à la psychothérapie. Il n'exposera que peu les bases de la théorie de l'attachement, qui sont accessibles ailleurs en français (notamment les ouvrages incontournables de Guédeney, Guédeney et Tereno (Guédeney *et al.*, 2021a, 2021b) et, pour une formation approfondie, le DU « L'Attachement : concepts et applications », de l'université de Rouen, dirigé par Susana Tereno). Pour ce qui concerne la psychothérapie de l'attachement chez l'enfant, un ouvrage est disponible depuis quelques années chez Dunod, et connaît déjà sa deuxième édition (Genet & Wallon, 2019).

C'est donc un honneur pour moi de diriger ce premier ouvrage francophone portant sur les applications de la théorie de l'attachement en psychothérapie de l'adulte, certainement le premier d'une longue série sur le thème en français. J'espère que vous éprouverez autant de plaisir que moi à découvrir les multiples applications de cette théorie dans ce domaine, ainsi que les grands services qu'elle peut nous rendre, notamment auprès des patients les plus difficiles. Je vous souhaite une fructueuse exploration !

PARTIE I

L'attachement chez l'adulte : repérages théoriques

-
- **Chap. 1** Perspectives développementale et sociale de l'attachement adulte 7
 - **Chap. 2** Évaluation clinique de l'attachement chez l'adulte 21
 - **Chap. 3** Implications de la théorie et de la recherche sur l'attachement pour la psychothérapie de l'adulte 37
 - **Chap. 4** Le cerveau droit est dominant en psychothérapie 51
 - **Chap. 5** Prise en charge des traumatismes complexes : apports de la théorie de l'attachement et alliance thérapeutique 73