

D^r Christine Genet • D^r Estelle Wallon

Préface du P^r Michel Delage

Psychothérapie de l'attachement

- Traitement des modalités relationnelles •
- Dispositif de consultation parents-enfants •

• 2^e édition •



DUNOD

Psychothérapie de l'attachement

Dr Christine Genet • Dr Estelle Wallon

Préface du Pr Michel Delage

Psychothérapie de l'attachement

- Traitement des modalités relationnelles •
- Dispositif de consultation parents-enfants •

• 2^e édition •

Downloaded by 3.8.18.19

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du

Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2022

1^{re} édition en 2019

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-081112-0

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

« Sans relation, point d'existence : être, c'est être relié... »

KRISHNAMURTI, *Le livre de la méditation et de la vie*, Éd. Stock (1995)

« Anatole traîne toujours derrière lui sa petite casserole. Elle lui est tombée dessus un jour... On ne sait pas très bien pourquoi. [...] À cause de cette petite casserole, Anatole n'est plus tout à fait comme les autres. [...] Heureusement, les choses ne sont pas aussi simples. Il existe des personnes extraordinaires. Il suffit d'en voir une... pour avoir envie de sortir la tête de la petite casserole. [...] La petite casserole est toujours là, mais elle est plus discrète et surtout, elle ne se coince plus partout. »

ISABELLE CARRIER, *La petite casserole d'Anatole*, Éd. Bilboquet (2009)

Table des matières

<i>PRÉFACE DE LA DEUXIÈME ÉDITION</i>	XIII
P ^f Michel Delage	
<i>PRÉFACE DE LA PREMIÈRE ÉDITION</i>	XVII
D ^e Nicole Guédeney	
<i>AVANT-PROPOS</i>	XXIII
1. Une présentation de la théorie de l'attachement	1
Approche historique	1
Les grands points de la théorie	3
<i>L'attachement : un système biologique et comportemental, 3 •</i> <i>Attachement et régulation sociale, 4</i>	
L'attachement au fil de l'âge	5
<i>L'attachement durant la petite enfance, 5 • L'attachement de la</i> <i>maternelle au primaire, 10 • L'attachement à l'adolescence, 11 • Point</i> <i>sur l'attachement désorganisé, 12 • L'attachement à l'âge adulte, 15</i>	
Focus sur quelques éléments attachement-pertinents	18
<i>Attachement et personnalité chez l'adulte, 18 • Attachement et</i> <i>sommeil, 22 • Attachement et résilience, 23 • Attachement, événements</i> <i>de vie et psychopathologie, 24 • Attachement et système de</i> <i>caregiving, 26</i>	

2. La théorie de l'attachement déclinée en techniques thérapeutiques	31
Attachement et psychothérapie	31
<i>La relation thérapeutique, 31 • La distance relationnelle et émotionnelle, 33 • Les quatre phases d'une thérapie au regard de l'attachement, 33 • L'attachement des thérapeutes et le processus psychothérapeutique, 37</i>	
Mentalisation et attachement	38
Attachement et pratique clinique	39
Quelques approches spécifiques attachement-pertinentes chez l'adulte	41
<i>Les Thérapies Basées sur la Mentalisation (TBM), 41 • La Thérapie Inter-Personnelle (TIP), 42</i>	
Quelques approches spécifiques attachement-pertinentes parents/enfants ou adolescents	43
<i>Pour les parents et les enfants, 44 • Pour les parents et les adolescents, 45</i>	
Quelques approches spécifiques attachement-pertinentes pour les familles et leurs aidants	46
3. Qu'est-ce que la Co-Consultation Attachement Parents-Enfant ?	47
Histoire de la CCAPE	47
La consultation « CCAPE »	48
Le cadre attachementiste de la CCAPE	51
<i>L'équipe, 51 • Le bureau accueillant, 52 • Le collaboratif, la créativité et le plaisir partagé, 52 • Le paperboard et des feutres de couleurs, la boîte de mouchoirs et des biscuits, 53</i>	
La CCAPE : une cothérapie basée sur l'attachement	54
L'apport de la Thérapie Inter-Personnelle dans la CCAPE	57
La supervision et la formation	61
Intérêt des échelles dans le dispositif de la CCAPE	63
L'équipe face aux aléas de la thérapie	64
Clap de fin de la CCAPE et cap sur d'autres pratiques	66

4. Spécificités des techniques thérapeutiques développées à la CCAPE	69
Les techniques thérapeutiques	69
<i>Une consultation informée, 69 • « Ici et maintenant », une observation éthologique adaptée à l'attachement, 73 • Se concentrer sur le positif, 75</i>	
<i>• Axe de travail : le lien parents-enfant, 76 • La chaîne de sécurité, 77</i>	
Les outils attachementistes : une pratique intégrative	77
<i>Le cercle de sécurité (Circle of Security International, 2020), 78 • Les hiérarchies familiales adaptées à l'attachement, 78 • L'aide à la mentalisation et la gestion des émotions dans la pratique attachementiste, 81 • L'approche cognitivo-comportementale et émotionnelle et la pratique attachementiste, 87 • Le génogramme adapté à l'attachement, 89 • La vidéo fournie par la famille, 90 • L'approche corporelle et « la boîte sensorielle », 91 • La fonction d'« ancrage » (Omer, 2017 ; Franc et Omer, 2020), 93 • Les cartes sur les styles parentaux (Baumrind, 1966), 94 • La recherche d'attention (Webster-Stratton, et Reid, 2014), 94 • La place de l'EMDR et de l'ICV dans la prise en charge attachementiste (Pace, 2019 ; Shapiro, 2020), 95</i>	
5. Chroniques de la CCAPE et autres consultations attachementistes	97
Yanis a du mal à grandir	97
<i>La phase d'engagement : deux séances, 99 • La phase de transition : une séance, 102 • La phase de travail : deux séances, 104 • La phase de fin de prise en charge : deux séances, 109 • Phase de maintien : une séance à six mois, 113</i>	
Les colères de Mathéo	114
<i>Les échelles avant CCAPE, 115 • La phase d'engagement : une séance, 115 • La phase de transition : une séance, 117 • La phase de travail : deux séances, 121 • La phase de fin de prise en charge : une séance, 127 • Les échelles après CCAPE, 128 • La phase de maintien : une séance à six mois, 128</i>	
L'envol d'Elena	129
<i>Les échelles avant CCAPE, 130 • La phase d'engagement : une séance, 131 • La phase de transition : une séance, 133 • La phase de travail : deux séances, 135 • La phase de fin de prise en charge : une séance, 138</i>	

Chloé la rebelle	139
<i>Les échelles avant CCAPE, 140 • La phase d'engagement : une séance, 140 • La phase de transition : une séance, 143 • La phase de travail : cinq séances, 147 • La phase de fin de prise en charge : une séance, 156 • Les échelles après CCAPE, 158 • Phase de maintien : deux séances à six mois, 158</i>	
Noé dans la tempête	161
<i>La phase d'engagement : une séance, 162 • Phase de transition : une séance, 165 • Phase de travail : trois séances, 170 • Phase de fin de prise en charge : deux séances, 176</i>	
Lilou la petite princesse (prise en charge « sommeil »)	178
<i>La phase d'engagement : une séance, 179 • Phase de transition : deux séances, 181 • Phase de travail : deux séances, 186 • Phase de fin de prise en charge : deux séances, 189 • Phase de maintien : une rencontre, 192</i>	
CONCLUSION	195
BIBLIOGRAPHIE	199
Chapitre 1	199
Chapitre 2	204
Chapitre 3	208
Chapitre 4	210
Chapitre 5	214
Pour aller plus loin	215
<i>Webographie, 215 • Filmographie, 216 • Sur YouTube, 216</i>	
ANNEXES	217
Lexique	217
Guideline pour les parents	219
Guideline pour les adolescents	223
Guideline pour les enfants	227

Remerciements

Merci aux familles que nous avons accueillies à la CCAPE et dans nos consultations, qui nous ont permis d'enrichir notre pratique.

Merci à Susana Tereno, psychologue-chercheuse, professeure des universités et superviseure de la CCAPE, pour son engagement et la richesse de son apport scientifique.

Merci à toutes nos collègues de la CCAPE pour leur dynamisme et leur créativité.

Merci au D^r Nicole Guédeney pour avoir soutenu notre projet avec bienveillance, à l'équipe du « séminaire attachement » et au P^r Antoine Guédeney, pour leur aide et leurs encouragements.

Merci à Madame Valérie Le Rey et Monsieur Jean Henriet, des éditions Dunod, pour leur confiance.

Merci à Sophie Gandillot et Michel Puech pour leur relecture attentive et leurs conseils avisés, et à Mélie Boymenu.

Merci au P^r Michel Delage pour son soutien.

Merci à nos familles pour leur regard et leur patience par rapport à la deuxième édition de ce livre qui nous tient tellement à cœur.

Préface de la deuxième édition

P^r Michel Delage

Je ne peux que me féliciter de cette nouvelle édition de l'ouvrage de Christine Genet et d'Estelle Wallon consacré aux soins que permet la connaissance de la théorie de l'attachement.

L'intérêt de raisonner avec l'attachement est de permettre des pratiques facilement accessibles à de nombreux professionnels et aussi à des parents, sans qu'il soit nécessaire de manier des concepts complexes, ce que nous montrent les auteures avec beaucoup d'élégance, en se plaçant dans une perspective très clinique, mais en même temps très approfondie.

Je ne peux que partager le point de vue de Nicole Guédeney qui, dans la préface de la 1^{re} édition, soulignait les travers de l'exercice de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie française, ne proposant trop souvent que des abords thérapeutiques de saupoudrage.

Christine Genet et Estelle Wallon montrent avec brio l'importance d'une approche intégrative permettant le recours à diverses théories et pratiques grâce aux qualités reliant de la théorie de l'attachement.

La CCAPE qu'elles ont créée s'est appuyée sur un partenariat efficace entre divers professionnels et avec les familles en difficulté. Je dois souligner ici l'importance de ce partenariat entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte. Il existe trop souvent un cloisonnement entre ces deux champs d'exercice, clairement préjudiciable à tous. La France est un pays où l'on divise, classe, segmente, ce qui a pour effet de compliquer ce qui relève de la complexité dès lors qu'il faut pouvoir penser ensemble des champs de connaissances et de pratiques hétérogènes, mais associées.

De ce point de vue, la théorie de l'attachement permet un raisonnement écosystémique et l'utilisation d'attitudes et de pratiques s'emboîtant les unes dans les autres.

Examinons rapidement ce raisonnement : un enfant a besoin pour bien se développer de s'appuyer sur la base de sécurité que constitue une figure d'attachement. Mais celle-ci, quelle qu'elle soit, est conduite à son tour à pouvoir s'appuyer sur les ressources que peut lui fournir un environnement aidant. C'est d'abord l'ensemble familial qui constitue cet environnement. On peut alors retenir, comme l'a fait le britannique Bing-Hall, l'idée d'une base de sécurité familiale.

Mais celle-ci pour être pleinement efficace doit pouvoir aussi, dans certaines circonstances, s'appuyer sur des ressources en provenance d'un environnement potentiellement aidant, et aussi sur des professionnels du soin. Ces derniers à leur tour ne peuvent véritablement soigner qu'en se proposant comme base de sécurité. Et ils ne peuvent pleinement assurer ce rôle qu'en ayant recours de leur côté à la collaboration avec des collègues, une équipe, d'autres professionnels susceptibles d'apporter une suffisante confiance dans le rôle exercé.

La sérénité qui peut prendre naissance aux différents étages de cet emboîtement permet aux uns et aux autres les mentalisations nécessaires à la régulation des émotions, c'est aussi de cette manière que la créativité est rendue davantage possible.

Et, au bout du compte, la supervision constitue à son tour une suffisante sécurité, propice à l'exploration de nouveautés, d'initiatives. Les auteures nous montrent dans cet ouvrage cette créativité à l'œuvre, grâce à l'utilisation de différents outils pour aider les enfants et leurs parents.

Elles nous parlent de cercles de sécurité, de chaînes de sécurité, pour caractériser cette démarche que je viens sommairement d'évoquer.

De belles observations cliniques très détaillées permettent au lecteur de bien comprendre le travail proposé et d'en percevoir toute la richesse.

Mais toutes les bonnes choses ont une fin.

Et dès la page 66, nous apprenons la fermeture de la CCAPE, après 11 ans d'exercice. Tout marchait bien, mais la logique gestionnaire est implacable, dès lors qu'il s'agit de faire des économies quoi qu'il en coûte si je puis dire, c'est-à-dire ici quoi qu'il en coûte en termes d'insuffisance dans les soins, d'insatisfaction, de mauvais traitements même.

Le quoi qu'il en coûte, devient coûte que coûte : faire à tout prix des économies, soigner le plus grand nombre à moindre prix, quitte à ce que des usagers soient

insuffisamment soignés, mais soignés quand même, sans vraiment vérifier au bout du compte le bien-fondé de pratiques insuffisantes.

Toute la chaîne de sécurité, les cercles de sécurité que les professionnels ont pu réussir à mettre en place, que Christine Genet et Estelle Wallon ont pu créer, vient se heurter à la gestion insécurisante de l'hôpital.

Est-ce que le rapport de la commission des mille premiers jours, ou des initiatives intéressantes qui peuvent naître ici ou là vont pouvoir changer quelque chose aux insuffisances des conceptions gestionnaires et économiques ? Pas sûr.

En tous cas, il faut saluer le travail exemplaire des auteures. Elles ne se sont pas découragées. Elles poursuivent leurs efforts d'une autre manière. Et tout ce qu'elles nous transmettent dans ce livre comme témoignage de ce qu'elles ont elles-mêmes appris dans leurs pratiques ne peut que nous enrichir, nous encourager à poursuivre leurs efforts pour notre propre compte, que nous soyons des professionnels ou des parents désormais familiarisés avec des connaissances et des pratiques simples et efficaces.

Michel DELAGE

Préface de la première édition

D^r Nicole Guédeney

C'EST UN PRIVILÈGE de présenter le nouveau livre des docteurs Christine Genet et Estelle Wallon. Il s'agit d'un ouvrage qui, j'en suis certaine, sera très utile pour tous les professionnels francophones qui souhaitent se lancer dans l'aventure thérapeutique des soins informés par la théorie de l'attachement.

Ce livre répond en effet à un besoin en France, où la majorité des professionnels ne maîtrise pas assez la langue anglaise ou américaine pour profiter des innombrables ouvrages cliniques qui, depuis trois décennies, sont édités dans le monde. Ces ouvrages, bien documentés et écrits par des cliniciens expérimentés, répondent au souhait de John Bowlby, le fondateur de la théorie de l'attachement. Après avoir compris et théorisé une des dimensions fondamentales des liens interpersonnels qu'est l'attachement tout au long de la vie, c'est-à-dire être capable de répondre à la question de « comment ça marche », ce dernier donnait le feu vert aux applications cliniques avec trois grands écrits. Dans les deux articles publiés en 1977 dans le *British Journal of Psychiatry*, il expose les principes d'une psychothérapie attachement-informée. Dans son livre, *A Secure Base*, paru en 1988 (traduit en français sous le titre étonnant, quand on connaît les positions de Bowlby, *Le lien, la psychanalyse et l'art d'être parent*, paru chez Albin Michel en 2011), il rassemble ses principales conférences cliniques.

Le livre de Christine Genet et d'Estelle Wallon est, à ma connaissance, le premier ouvrage français qui expose une pratique clinique inspirée par et modélisée à partir de la théorie de l'attachement. Après avoir écrit un ouvrage à destination des parents pour mettre à leur portée les principales notions issues de la théorie de l'attachement, ces deux auteures continuent leur mission de vulgarisation,

au sens premier et noble : partager avec d'autres professionnels leur expérience clinique.

Cet ouvrage est à la fois le récit d'une aventure théorique et humaine et l'illustration de la puissance de la solidarité et des liens entre les personnes. De l'éthologie, nous avons appris que l'espèce humaine est avant tout sociale ; de la psychologie évolutionniste, nous avons appris que seuls la générosité, la solidarité et l'altruisme, permettant la mutualisation des moyens sous forme de groupes, ont permis à l'espèce humaine de survivre dans un environnement hostile, malgré ses faibles compétences. L'aventure de la CCAPE est bien la preuve que face à l'adversité du manque de moyens, la créativité, l'union et la flexibilité permettent de trouver des solutions innovantes. Il y a de plus, dans cette aventure, un esprit que j'appellerais un esprit à la Bowlby ! Partir de ce qui ne va pas, analyser toutes les ressources théoriques et humaines à disposition, analyser les besoins, être pragmatique, abandonner toute idéologie, se mettre au service de l'utilisateur, évaluer, célébrer ce qui marche, le faire connaître et améliorer ce qui doit l'être.

Ancrée dans la théorie qui est exposée avec talent dans la première partie de l'ouvrage, la CCAPE me semble présenter une triple originalité pour une expérience française : faire travailler ensemble des professionnels de formation différente, pratiquer une clinique intégrative et interpersonnelle, et inscrire d'emblée l'évaluation de l'efficacité de leur dispositif dans leur pratique.

Les auteures présentent le dispositif CCAPE comme un dispositif de seconde intention, aux indications précises, de durée brève, et structuré. Cette expérience bouscule notre pratique habituelle qui finalement, même si elle ne nous satisfait pas toujours, a l'avantage d'être notre zone de confort. La recherche sur l'efficacité des approches thérapeutiques centrées sur les relations et les interactions montre qu'une des conditions nécessaires est un nombre limité de séances avec des objectifs précis, mais suffisamment rapprochées et de durée suffisante. Devrait-on commencer à organiser nos pratiques, sur le modèle des circuits de prise en charge de l'autisme ou des maternités, avec une hiérarchisation des dispositifs d'interventions ? Les dispositifs polyvalents de rang 1 qui suffisent pour les cas simples coexisteraient avec des dispositifs de plus en plus spécialisés qui répondraient de manière spécifique et selon les recommandations actualisées de bonne pratique, aux situations complexes. Des dispositifs de rang 2 cibleraient les interactions, qu'elles soient familiales ou de couple ; ceux de rang 3 prendraient en charge les pathologies individuelles comme le traumatisme, qui nécessitent des prises en charge spécifiques. Nous avons en effet un réel problème dans la pratique pédopsychiatrique publique, voire psychiatrique, en

France : des délais d'attente inadmissibles coexistent avec des consultations trop brèves, trop espacées ou sans supervision suffisante ou qui ne prennent pas en compte la complexité des besoins. Ces modalités font office de saupoudrage ou de colmatage, mais ne suffisent généralement pas, en tout cas pour les familles à risques, à permettre à chacun d'aller mieux et de pérenniser cette amélioration.

Le dispositif de la CCAPE se réclame d'une approche intégrative. Cette approche intégrative, liée aux formations théoriques variées des auteures, puise dans la théorie de l'attachement, dans les pratiques de thérapie systémique, de thérapie cognitivo-comportementale, de la thérapie interpersonnelle, de la psychothérapie développementale précoce avec les techniques de guidance interactive et de *videofeedback* et, enfin, dans l'éducation thérapeutique, encore trop peu utilisée en psychopathologie. Éclectisme, diront les mauvaises langues ! Intégration, répètent les auteures, ce qu'elles démontrent tout au long de leur ouvrage, que ce soit dans la présentation de la structure de leur dispositif ou au cours des vignettes cliniques présentées de manière si approfondie et détaillée qu'on croirait y assister.

Tous les cliniciens repèrent les mêmes points importants ; ce qui diffère c'est l'interprétation qu'ils en font, liée en partie à leur formation théorique et aux réponses qu'ils y donnent, en fonction de l'interprétation et des différentes techniques psychothérapeutiques qu'ils connaissent. On sait à présent que les thérapeutes les plus efficaces pour le plus grand nombre de situations et, surtout pour les plus complexes et les plus réticents, sont ceux qui sont formés au plus grand nombre de techniques de soin. Ils disposent d'une boîte à outils suffisamment fournie pour trouver l'outil adéquat qui sera utilisable par le patient pour résoudre son problème. Les thérapies systémiques, cognitivo-comportementales ou interpersonnelles, entre autres, ont théorisé les outils thérapeutiques et les modalités de changement. Depuis bientôt 40 ans, ces différentes approches auxquelles on peut rajouter les psychothérapies analytiques centrées sur la relation d'objet, ont puisé dans la théorie de l'attachement, ce qui permet de comprendre en partie pourquoi telle technique marche.

Répondre à la fameuse question posée, dès 2002, par Fonagy et Roth : « qu'est-ce qui marche pour qui ? », implique d'avoir des hypothèses théoriques sur ce qui se passe pour la famille. La théorie de l'attachement, par sa compréhension du développement normal et des perturbations qui concourent en partie au risque psychopathologique, fournit ces hypothèses, basées sur des preuves, qui permettent de repérer l'éventuelle dimension interpersonnelle et contextuelle des problèmes, ce qui est bien l'objectif de la CCAPE : un décentrage du symptôme en soi pour en analyser la composante interactive dysfonctionnelle.

« La théorie de l'attachement informe les pratiques de soin, elle n'est pas une pratique en soi », répète Arietta Slade, une des plus grandes psychanalystes attachementistes, pionnière du travail chez les adultes. Dans le dispositif de la CCAPE, cette interrogation sur « ce qui marche pour qui ? » se pose à chaque moment de la consultation et pour chacun de ses protagonistes, permettant de prioriser quelle intervention proposer en direction de quel protagoniste. La théorie de l'attachement est ce qui donne la cohérence et la dimension intégrative. Comme on le dit souvent, l'espèce humaine est la seule qui répond aux comportements en fonction de l'intention qu'elle leur prête. Ce travail d'interprétation du sens, la mentalisation, conduit ensuite au choix de la réponse selon la modalité la plus adaptée. C'est d'ailleurs tout ce travail de réflexion de supervision de mentalisation que fait l'équipe de la CCAPE.

On sait actuellement qu'il ne peut y avoir de soin efficace sans la création d'une alliance thérapeutique. De l'approche attachementiste les auteures utilisent la compréhension de la relation d'aide, la signification du changement et de l'inconnu comme une menace. Chacun des participants est considéré dans une perspective de fonctionnement contextuel et interpersonnel qui complète les dispositifs traditionnels. Bordin a parlé d'alliance de travail et théorisé les trois dimensions qui la constituent. La CCAPE intègre ce concept dans l'approche attachementiste. Sur la base d'une relation de confiance et positive (la base de sécurité) se coconstruisent un objectif commun et un agrément sur les tâches pour l'atteindre. Théorisé sous le concept de partenariat corrigé quant au but, il est à la base des entretiens motivationnels, des techniques de thérapie systémique et cognitivo-comportementale également. Je trouve aussi particulièrement originale l'intégration de l'éducation thérapeutique à cette création de l'alliance de travail en permettant de considérer le patient comme un partenaire proactif dans la conduite de son traitement, un auxiliaire de soin à part entière. Les auteures redonnent ainsi toute sa noblesse à l'utilisation de la pédagogie dans le soin et à l'élaboration de supports adaptés. Comme le répétait Terry Brazelton, un des pionniers de la psychiatrie du bébé, notre devoir, à nous professionnels, est de mettre à la disposition des familles les connaissances que la recherche nous apporte. Fraiberg, dès 1980, avait intégré cette approche dans sa technique de guidance développementale.

L'approche de la CCAPE est nourrie de la pratique psychothérapeutique. On sait que la théorisation des propriétés thérapeutiques de cette relation suit toujours le modèle le plus récent de la théorisation des relations précoces parents-enfants. Et c'est bien le cas pour les auteures, spécialistes de l'attachement. Que ce soit dans la description de leur dispositif ou de leurs vignettes cliniques, elles

illustrent admirablement toutes les facettes actuellement reconnues comme définissant le *caregiving* sensible. Les auteures proposent en particulier deux dispositifs innovants qui illustrent et proposent un modèle aux parents, une réponse possible à la question si importante pour tout attachementiste : « qui protège qui ? ». La proposition de continuer simultanément, mais dans deux espaces différents, la consultation avec les parents d'une part et avec l'enfant d'autre part, pour des sujets douloureux, effrayants ou traumatiques, est si évidente qu'on se demande soudain pourquoi l'on n'y avait pas pensé plus tôt. De même, on connaît l'importance d'avoir une boîte de mouchoirs dans une consultation attachement-informée. Proposer un mouchoir comme le rappellent les auteures est la preuve que pour les thérapeutes, les larmes ne sont ni une honte ni une faiblesse ni un cauchemar, mais seulement un signal de besoin de proximité et de consolation et qu'il est normal d'y répondre. Mais les auteures, elles, répondent de manière encore plus nuancée en donnant le mouchoir à celui qui est en position de consoler, ajoutant un autre message : le parent /conjoint a aussi les compétences de *caregiver* sensible et le pouvoir de consoler.

Les auteures montrent qu'elles maîtrisent toutes les composantes d'un havre de sécurité : accueil des besoins d'attachement de chaque protagoniste, disponibilité et fiabilité, coaching de la mentalisation, coaching de la résolution des problèmes et en témoignant de capacités à prioriser l'attention et de résistance au stress. Elles maîtrisent tout autant le rôle de base de sécurité en soutenant activement l'exploration et l'autonomie des partenaires. J'insisterai particulièrement sur l'importance de l'humour, si peu étudié finalement en psychothérapie, et dont les auteures montrent l'utilité. J'y vois cette récompense à l'exploration décrite par les Grossmann puis par Feeney, cette prime de plaisir qui pousse à persister, qui permet de rendre l'exploration moins inquiétante, et qui, en plus, redonne une expérience de partage intersubjectif à propos d'émotions positives associant surprise et amusement. Les vignettes cliniques illustrent de manière détaillée la conduite d'une prise en charge et la maîtrise de la construction de cette expérience sécurisante relationnelle plus que de liens d'attachement qui ne seraient pas pertinents au vu de la brièveté du soin. Faire ensemble, rire ensemble, contribue également à la construction d'une expérience d'attachement sécurisante grâce à la chaleur des échanges.

Un autre des intérêts de ce dispositif de la CCAPE est de montrer l'adaptation d'outils et de techniques de soin, initialement destinés à d'autres publics, au champ de la consultation familiale parent-enfant, quel que soit l'âge de ce dernier. Tout au long du livre, on retrouve des techniques qu'on connaît bien, mais toujours utilisées dans un autre contexte que le contexte habituel. Les auteures

sont dans ce changement de référentiel imposé par la théorie de l'attachement. Comme le rappelle Alan Sroufe, autre pionnier de la théorie de l'attachement, celle-ci est la première théorie psychologique du développement à considérer la relation interpersonnelle comme l'unité d'étude et la base du développement : ce n'est pas le sujet seul qui est étudié : c'est le sujet en relation dans un contexte particulier, celui de la détresse et de la peur. Christine Genet et Estelle Wallon revisitent les Smileys, le génogramme, les colonnes de Beck, le cercle de proximité en y intégrant systématiquement l'approche relationnelle et la figuration des émotions ressenties par le patient.

Le dessin, la figuration, les jeux de rôle sont des outils puissants des thérapies d'enfant : ils sont utilisés ici avec les parents et des enfants plus grands ; le génogramme devient aussi émotionnel ; les colonnes de Beck ne sont plus centrées sur le parent ou l'enfant, mais sur la relation du parent avec l'enfant.

Des images fortes comme celle du confetti de positif sont inspirées des techniques de psychothérapie parent-enfant et de *videofeedback* où l'on pointe d'abord le positif et ce qui va avant d'aborder ce qui pourrait aller mieux. La boîte à désorganisation évoque nos amies canadiennes, Margot Sunderland et ses techniques de figuration psychothérapeutique et de facilitation à la mentalisation destinées aux enfants, ou Jeanne Roy et sa trousse de l'attachement pour les mères avec jeunes enfants, elles aussi inspirées par la théorie de l'attachement. C'est dire que les auteures jouent dans la cour des grands !

Et leur humilité, leur capacité à réfléchir sur leur impuissance ou leur relatif échec et à demander de l'aide, est encore plus un exemple pour les professionnels. On sort de ce livre, étonné et ravi devant cette créativité maîtrisée au service des familles et pleine d'idées pour améliorer notre pratique. On espère que cette expérience de la CCAPE inspirera de nombreux centres de psychiatrie adulte ou infantile.

Nicole GUÉDENEY

Avant-propos

LA THÉORIE DE L'ATTACHEMENT est une théorie récente qui concerne le monde des enfants comme des adultes. Venant des pays anglo-saxons (John Bowlby dans les années 1950), elle commence à être véritablement diffusée en France depuis les années 1990. Elle s'appuie sur un modèle scientifique qui permet d'éclairer de façon différente le lien parent-enfant et les façons de réguler les émotions et la relation avec les autres. Basée sur l'observation éthologique, notamment des comportements dans des situations de menace, elle nous éclaire sur les stratégies relationnelles et représentationnelles que nous développons tous. Il s'agit d'une théorie appliquée, validée par une recherche scientifique en plein essor, permettant la diffusion d'outils pratiques pour changer des modalités relationnelles du quotidien qui sont perçues comme insatisfaisantes. Elle facilite l'engagement dans de nouvelles relations et l'adaptation dans le milieu environnemental. Elle comporte d'emblée une dimension intégrative : éthologique, biologique, évolutionniste, cognitiviste, comportementaliste, systémicienne, cybernétique... qui facilite son utilisation dans le domaine du soin au-delà du champ médical.

Psychiatre et pédopsychiatre dans les Yvelines, en France, nous avons créé en 2011, avec d'autres collègues, un des premiers dispositifs structurés basés sur la théorie de l'attachement en France : la Co-Consultation Attachement Parents-Enfant (CCAPE), dispositif original de consultations conjointes pédopsychiatrie-psychiatrie adulte. Lorsque nous avons écrit la première édition de ce livre en 2019, nous avons été interpellées par le fait qu'il existait très peu de livres

francophones sur cette pratique attachementiste et qu'il n'en existait aucun sur la pratique de coconsultation attachementiste parents-enfant en France, ce qui reste encore le cas.

Nous avons donc construit cet ouvrage en espérant répondre à cette demande. Pour ce faire, nous avons choisi quatre grands axes :

1. Comment passer de la théorie de l'attachement à la pratique attachementiste ?
2. Présentation d'outils pratiques attachementistes.
3. Présentation d'un dispositif de soin attachementiste : la CCAPE.
4. Élargissement de la pratique intégrative de la CCAPE à d'autres consultations.

Globalement, il s'agit de présenter ce qui se construit dans l'individu en relation avec les autres dans les moments de stress, comment il régule ses émotions, et comment le thérapeute peut aider le patient à remodeler ses stratégies de façon plus satisfaisante en ayant une approche attachementiste.

Depuis la parution de la première édition de ce livre, nous avons été régulièrement sollicitées par des équipes à travers la France pour partager notre expérience. L'intérêt pour cette pratique est très vif, aussi bien auprès d'équipes de soignants que de paramédicaux et d'éducateurs.

La CCAPE a fermé en avril 2021 et, riches de cette aventure, nous avons continué nos consultations attachementistes en nous inspirant de ce modèle, en pédopsychiatrie, en consultation spécialisée sur le sommeil et en pédiatrie.

Le D^r Genet est enseignante dans le cadre du Diplôme Universitaire (DU) sur la théorie de l'attachement de l'université Paris VII (dirigé par le D^r Nicole Guédénéy, le P^r Antoine Guédénéy et le P^r Susana Tereno) ainsi qu'au DU Éthologie, attachement et systèmes familiaux de l'université de Toulon (dirigé par le D^r Boris Cyrulnik et le P^r Michel Delage), et nous animons régulièrement des conférences, formations et ateliers sur l'attachement au sein des institutions de soins, de formation, des associations ou des organismes. Ce livre s'appuie donc sur notre pratique clinique médicale quotidienne ainsi que sur notre activité d'enseignement et de formation professionnelle.

Nous avons enrichi cette deuxième édition avec des retours d'expérience qui ouvrent aux pratiques quotidiennes. Il s'adresse à des professionnels, soignants ou non, qui souhaitent découvrir cette approche psychothérapique. Nous espérons vous faire partager, tout au long de cet ouvrage, notre aventure à travers le monde de l'attachement et les histoires des familles que nous avons rencontrées.

Chapitre 1

Une présentation de la théorie de l'attachement

Downloaded by 3.8.18.9.19

NOUS AVONS délibérément choisi de vous présenter la théorie de l'attachement en soulignant ses points forts, mais aussi les notions qui sont le plus souvent utilisées pendant les consultations attachementistes. Nous avons bien conscience que nous sommes loin d'être exhaustives et nous espérons que cette initiation vous donnera l'envie de poursuivre vos lectures pour approfondir vos connaissances sur cette vaste théorie et, qui sait, vous incitera à vous former...

APPROCHE HISTORIQUE

Notre vision de l'enfant et de ses liens avec ses parents a bien changé ces derniers siècles. D'un petit être passif dont il fallait extraire les mauvais penchants, il est devenu une personne pouvant éprouver des émotions et nouer un lien spécifique et unique avec ses parents : une véritable révolution ! (Postel et Quetel, 1983, Cyrulnik, 1998, 2009, Pierrehumbert, 2003).

Après la Deuxième Guerre mondiale, les psychiatres ont été confrontés à de nombreux enfants séparés de leur mère, de nombreuses familles avaient été rudement éprouvées et endeuillées. De fait, ils se sont impliqués dans la prise en charge et la réflexion autour de cette souffrance. L'école psychiatrique anglaise

était alors très vivace, en plein essor de la psychanalyse animée par Mélanie Klein, Anna Freud, Donald Winnicott...

Parmi eux, John Bowlby se distingue en orientant ses réflexions vers la théorie de l'évolution des espèces de Darwin et les travaux des éthologues, en plein développement à cette époque. L'éthologie, science des comportements des espèces animales dans leur environnement naturel (Lorenz, 1984, Darwin, 1872), s'est d'abord focalisée sur les animaux, puis elle s'est étendue à l'homme, nous éclairant sur la nature des comportements des êtres vivants. Dès 1922, l'éthologue Imre Hermann a développé la théorie d'un besoin primaire de cramponnement à la mère chez les singes, qu'il a publiée en 1943. En 1958, les époux Harlow, tous deux éthologues, ont publié des travaux remarquables concernant la séparation des bébés singes de leur mère. Leurs observations confirment ce besoin primaire de contact, proximité et sécurisation qui est bien distinct du besoin d'alimentation.

En 1957, un autre psychiatre, René Spitz, a décrit les conséquences de la séparation prolongée d'enfants de leurs parents et montré qu'elle peut mener à de graves perturbations psychologiques. Il caractérise la dépression anaclitique comme conséquence de cette séparation si celle-ci se prolonge : lorsqu'elle est supérieure à six mois, elle peut aboutir à la mort ou laisser des séquelles graves appelées « l'hospitalisme ». Il s'appuie sur l'observation d'enfants placés dans une pouponnière. Sur 123 bébés, 30 % meurent la première année, 37 % la deuxième année. Les survivants peuvent présenter des séquelles psychologiques graves liées à la carence affective.

LA SÉPARATION

Dans les années cinquante, John Bowlby s'est particulièrement intéressé à l'absence, au manque, avec le projet d'en objectiver les étapes et les conséquences (Bowlby, 1951). Il a travaillé avec le couple Robertson qui a filmé des enfants séparés de leurs parents, pour objectiver ces différentes étapes. Nous conseillons de regarder le film « John (17 mois) : séparation en pouponnière » de 1969 (cf. Filmographie).

Fort de ces observations, Bowlby (1969) a pu décrire les phases de réaction à la séparation d'avec la mère :

1. protestation, processus actif
2. désespoir, puis
3. détachement (l'enfant ne réagit plus)

Ces phases caractérisent les effets de la séparation et du deuil, qui vont influencer le lien d'attachement de l'enfant à sa mère, dont il a besoin quand il est en détresse. Elles constituent les bases de la théorie que Bowlby a élaborée : il a formulé des hypothèses validées par des observations éthologiques et des données biologiques. Il compare le système d'attachement à un véritable « système immunitaire » qui protège l'individu en cas de menace et intervient dans de nombreux domaines du fonctionnement humain, notamment en cas de stress. La théorie de l'attachement est centrée sur la relation d'aide et ses modalités d'évolution au cours de la vie. Elle ne cesse de se développer en se référant à des travaux de recherche nombreux et diversifiés, tout en intégrant d'autres approches théoriques. Cela la rend d'autant plus intéressante et applicable à de nombreux domaines, notamment de la santé physique et mentale (autour de la famille, l'école, le travail et la socialisation).

LES GRANDS POINTS DE LA THÉORIE

► L'attachement : un système biologique et comportemental

En s'appuyant sur les travaux des éthologues, Bowlby (1969) établit que l'attachement constitue un système motivationnel génétiquement programmé, avec une base biologique qui vise à la protection et à la survie du bébé, dont l'autonomie n'est pas suffisante pour assurer ses propres besoins. La réponse à la menace est au cœur de la théorie de l'attachement.

En cas d'alarme, le bébé signale son besoin de protection en réclamant la proximité de ses parents par des comportements d'attachement qui évoluent en fonction de son âge : comportement de succion, agrippement, poursuite oculaire, petits cris, se tourner vers ses parents, pleurer, crier, vocaliser, gazouiller, sourire, dire « maman ». Il s'agit d'attirer l'attention des parents, pour les rapprocher (régulation de la proximité), et d'obtenir une réponse satisfaisante à son besoin d'attachement (quiétude et régulation émotionnelle), à travers les soins quotidiens au cours desquels les parents deviennent les figures d'attachement de l'enfant (FA).

Ce système motivationnel constitue le système d'attachement (SA), sous-tendu par un système neuronal organisé en circuits interconnectés qui contrôlent :

- ➔ la réponse à la menace : axe hypothalamohypophysaire (cortisol, vasopressine), amygdale (émotions) et hippocampe (mémoire), système adrénurgique (peur) ;

- ➔ la régulation des émotions : amygdale ;
- ➔ la motivation et le système de récompense : cortex préfrontal, système dopaminergique, opioïdes centraux ;
- ➔ l'ocytocine : « hormone du lien », rôle tactile, facilitateur des comportements parentaux puis sociaux (Coan, 2008).

Ces vingt dernières années, de nombreuses études impliquant neurobiologie, éthologie et psychologie développementale ont été réalisées chez les animaux pour différencier et mieux cerner les liens entre les comportements d'attachement, les circuits neuronaux et les liens sociaux. Chez l'homme, l'attachement est modélisé comme une construction neurologique spécifique et complexe qui intervient dans la réponse au stress, la recherche de proximité avec le donneur de soin, la régulation sociale des émotions, et la représentation des comportements d'attachement (Coan, 2008).

« La réponse à la menace est immédiate : la fuite ou le combat. Le bébé active son système d'attachement (SA), responsable de la sécrétion de cortisol, l'hormone du stress, ainsi que l'activation des zones responsables de la régulation des émotions et de la mémoire, et celles responsables de la sécrétion d'ocytocine, l'hormone de l'attachement et du lien social. Le bébé demande alors de l'aide et recherche la proximité et la réassurance auprès de ses parents qui lui procurent alors un sentiment de sécurité, de bien-être, activent ses circuits de mémoire et le système de récompense dopaminergique » (Genet et Wallon, 2015).

Il gardera une empreinte dans sa mémoire, une représentation de l'ensemble de ses interactions, les *modèles internes opérants*, que nous aborderons plus loin.

De fait, le système d'attachement joue un rôle prépondérant et précoce dans l'équilibre psychosomatique (Coan, 2008, Attale et Consoli, 2005).

Le lien d'attachement se tisse jour après jour, au fil des interactions répétées avec la FA (figure d'attachement). Il faut du temps pour qu'il soit pleinement établi : environ 6-7 mois. Les travaux sur les oies du psychiatre éthologue Konrad Lorenz (1984) montrent qu'il en est autrement chez l'animal, pour lequel il existe une période critique propice au lien d'attachement. Cette période favorise le phénomène d'empreinte biologique qui va permettre à l'animal d'être reconnu par la mère et d'adopter des comportements de survie adaptés à son espèce.

► Attachement et régulation sociale

Le système d'attachement a un effet protecteur du contact social tant chez l'enfant que chez l'adulte : ce qui est familier fait baisser le stress, encore plus s'il s'agit de la figure d'attachement. Coan *et al.* (2006) réalisent une étude

intéressante qui met en évidence un lien entre l'amélioration de la santé et du bien-être en fonction de la représentation sociale de la réponse émotionnelle face à des événements de vie stressants. L'étude concerne des femmes mariées, qui s'entendent bien avec leur mari, que l'on soumet à de légers chocs électriques dans trois situations : alors qu'elles sont seules, ou qu'elles tiennent la main d'un étranger, ou celle de leur mari. On observe un stress important quand elles sont seules, une baisse généralisée de la réponse au stress lorsqu'elles tiennent la main de l'étranger et du mari. La baisse est plus marquée avec le mari qu'avec l'étranger. Il existe donc un lien entre le système neuronal de réponse au stress, les processus d'apaisement et le système d'attachement, l'amélioration de la santé et du bien-être.

L'ATTACHEMENT AU FIL DE L'ÂGE

► L'attachement durant la petite enfance

En cas de menace, le bébé se tourne vers les adultes qui s'occupent le plus souvent de lui, ses parents, pour obtenir proximité et réconfort. Pour ce faire, il déploie des comportements d'attachement dirigés vers eux. Le tout petit bébé s'oriente préférentiellement vers ce qui est familier et le lien d'attachement se construit avec ses parents, dans une tonalité qui reflète celle des expériences de soin répétées. Les parents sont les donneurs de soins inconditionnels du bébé et deviennent des figures d'attachement. Cette relation est asymétrique, du fait de la vulnérabilité du bébé. Le bébé ne peut pas être une figure d'attachement pour son parent. En donnant des soins au bébé, les parents reçoivent du plaisir qui les encourage (cercle de gratitude) : l'échange est agréable et donne envie de continuer (Delage, 2008).

Entre 6-9 mois et 3 ans, l'enfant se développe activement dans tous les domaines : moteur, cognitif, affectif, de la communication, à son rythme et avec sa personnalité. Il module la distance avec sa FA : il s'en approche et il la suit si elle s'éloigne de lui, pour obtenir de la sécurité.

S'instaure un véritable cercle de sécurité : la figure d'attachement procure à l'enfant une base de sécurité et de bien-être (apaisement émotionnel). Cela lui permet d'explorer l'environnement : il part vivre de petites aventures, affronter des défis ou des crises, négocier des conflits. Lorsqu'il est en détresse, il peut revenir vers sa figure d'attachement pour y trouver ce dont il a besoin, protection et réconfort : il s'agit du havre de sécurité.

Ce balancier contribue au développement de l'enfant et l'influence tout au long de sa vie. Selon les expériences vécues réellement pendant sa petite enfance, il se construit une vision du monde et de la relation d'aide qu'il va progressivement intérioriser sous forme de représentations de la relation d'attachement que nous aborderons plus loin.

La régulation des émotions est facilitée par cet équilibre sécurité/exploration. Les émotions font partie de notre vie relationnelle et nous aident à communiquer rapidement notre état intérieur (Damasio, 2003). Elles passent par le corps et nous indiquent, quasi immédiatement, comment accorder ce que nous ressentons avec les autres et particulièrement nos proches. Apprendre à gérer la peur, la colère et la tristesse et apprécier le sentiment de sécurité, le plaisir, moduler les émotions négatives et positives fait partie des fonctions de l'attachement (Delage, 2013).

Lorsque la figure d'attachement est en général proche, disponible, sensible et attentive en cas de besoin, l'enfant peut développer des stratégies sûres pour explorer avec aisance l'environnement, jouer avec les autres, s'intégrer socialement, réguler ses émotions (particulièrement la peur, la colère, la tristesse) et augmenter ses capacités à surmonter les obstacles et trouver des compromis.

Lorsque la figure d'attachement est en général moins proche, moins accessible et moins sensible et attentive en cas de besoin, l'enfant peut développer des stratégies insécures qui visent à lui permettre de s'adapter et de survivre. Celles-ci sont plus coûteuses psychiquement, elles peuvent entraîner un appauvrissement de sa curiosité, des difficultés à réguler ses émotions et des problèmes pour s'intégrer socialement. Il s'agit de stratégies secondaires (Main, 1990).

L'enfant peut adopter des stratégies d'attachement identiques ou différentes avec chacun de ses deux parents en fonction de la qualité et de la régularité de leurs réponses. Chaque attachement est donc spécifique de chaque figure d'attachement : une relation d'attachement avec la mère (Bowlby, 1969), une relation d'attachement avec le père (figures d'attachement primaires). Chaque parent a une place différente sur le *continuum* de l'attachement et des soins à donner à l'enfant (*caregiving*, Main, 1985). Les études montrent que les interactions père/bébé sont différentes de celles mère/bébé. Les mères ont tendance à capter l'attention du bébé et à assurer sa sécurité en se rapprochant de lui et en veillant à ce qu'il explore avec un minimum de risque. Les pères stimulent et incitent à l'exploration avec une prise de risque mesurée, ils facilitent le jeu et la résolution de problèmes. Toutefois, il s'agit de tendances, les pères peuvent parfaitement reconforter si besoin et les mères aider à explorer (Pierrehumbert, 2003).

L'enfant s'attache spécifiquement à son père, sa mère, sa nounou, une puéricultrice à la crèche, ses grands-parents, ses oncles et tantes, plus tard aux institutrices, professeurs, éducateurs quand leur relation dure depuis un certain temps. Les attachements sont donc hiérarchisés (les parents sont les figures primaires) et multiples (avec des figures secondaires) : un bébé a environ trois FA en moyenne.

Les travaux de Mary Ainsworth (1967, 1969, 1970, 1978), psychologue canadienne qui travaillait avec John Bowlby, permettent de différencier plusieurs types d'attachement chez le petit enfant de 12-18 mois, en se basant sur la mise au point d'un paradigme expérimental fondé sur une remarquable observation éthologique : la « situation étrange ». Il s'agit d'une situation standardisée en huit séquences de trois minutes de séparation et de réunion avec la figure d'attachement (le plus souvent la mère) et parfois en présence d'une personne étrangère. Cette technique a été reprise et déclinée par de nombreuses équipes dans le monde entier. Les comportements de l'enfant lors des moments de retrouvailles sont des indicateurs spécifiques des styles d'attachement qui sont mis en évidence lors de cette passation.

Les études passées ont été réalisées très majoritairement avec des mères, quelques-unes, plus rares et plus récentes, s'intéressent aux pères, notamment autour de l'exploration (Grossmann *et al.*, 1999 ; Delage, 2015 ; N. Guédénéy, 2021). Il serait intéressant de développer des recherches autour des « nouvelles » parentalités (familles homoparentales, monoparentales, recomposées, par exemple).

LES STYLES D'ATTACHEMENT

On en distingue plusieurs (cf. tableau 1) :

- **Sécure** : l'enfant est autonome, il explore facilement l'environnement, il est capable d'attirer l'attention d'autrui et d'exprimer ses besoins. Les stratégies d'attachement sont activées en cas de menace (environ 60 % dans la population générale).
- **Insécure évitant** : il présente une pseudo-indépendance, il explore facilement l'environnement, mais il exprime peu ses affects et peu ou pas ses besoins. Ses stratégies d'attachement sont peu activées (environ 20 % dans la population générale).
- **Insécure ambivalent-résistant** : il exprime ses besoins d'attachement de façon bruyante. Il peut se montrer à la fois demandeur de réconfort et agressif, difficile à satisfaire. Ses stratégies d'attachement sont trop activées (environ 10 % dans la population générale).

Dans un second temps, Main et Solomon (1986) puis Main et Hesse (1990) ont mis en évidence l'attachement désorganisé (environ 15 % dans la population générale) : l'enfant a un comportement chaotique et instable, il ne peut pas être soulagé de sa détresse. Il ne montre pas de stratégie d'attachement bien définie. Il ressort donc de la plupart des études une répartition d'environ 60 % de personnes sécures et 40 % de personnes insécures dans la population générale. L'enfant active son système d'attachement en fonction du contexte (alarme, stress, menace) et de sa tonalité sécure ou insécure. Ces stratégies permettent de développer des représentations sensorimotrices et sensorielles avant le langage, puis plus complexes et abstraites avec l'acquisition du langage, à partir de la généralisation des expériences relationnelles.

Ces représentations constituent des guides inconscients tirés des expériences réelles avec l'entourage en cas d'alarme : ce sont les modèles internes opérant (MIO) à partir desquels on identifie les styles d'attachement. L'intériorisation des séquences comportementales (expression du besoin, réponse de la figure d'attachement) et leur généralisation construisent un véritable modèle relationnel, composé d'un modèle de soi plus ou moins digne d'être aimé et un modèle des autres plus ou moins sensibles en cas de détresse. Il s'agit de véritables filtres à travers lesquels on interprète de nouvelles expériences qui traduisent l'adaptation des stratégies d'attachement, en lien avec les processus de mémorisation (Tulving, 1985). On peut les comparer à des scripts, qui peuvent donner de multiples scénarios pour une situation donnée. Les MIO orientent nos réponses dans les situations de stress, de détresse. Parfois, un geste, un contact, une photographie, une image à la télévision peuvent réveiller un MIO très ancien et déclencher des comportements spécifiques. Leur évolution est complexe : ils se modifient au fil des ans en fonction des expériences vécues et répétées avec les figures d'attachement. Ils s'inscrivent dans le fonctionnement psychique de façon plurielle avec une partie consciente et une partie inconsciente (Verissimo *et al.*, 2021).

Les stratégies sécures et insécures, sous-tendues par les modèles internes opérants, évoluent donc tout au long de la vie. Elles constituent un cadre nécessaire pour le développement de la vie mentale. Elles sont en lien avec la théorie de l'esprit et la fonction réflexive (réfléchir sur sa vie, donner un sens aux émotions, la capacité d'empathie, le développement d'une éthique relationnelle, la notion de justice/injustice, bien/mal) et avec la mentalisation (capacité de se représenter ses propres états mentaux et ceux des autres dans l'interrelation) (Fonagy, 1991, voir chapitre 2, « Mentalisation et attachement » p. 38). Elles favorisent la transmission de valeurs intergénérationnelles. Les études objectivent un lien

Downloaded by 3.8.118.9.19

Tableau 1 : les styles d'attachement

STYLE D'ATTACHEMENT	COMPORTEMENTS	SYSTÈME D'ATTACHEMENT
SÉCURE	Autonome Exploration facile de l'environnement Capacité à attirer l'attention d'autrui et à exprimer ses besoins	Activé en cas de menace
INSÉCURE ÉVITANT	Pseudo-indépendance Exploration facile de l'environnement Peu d'expression des affects Pas ou peu d'expression de ses besoins	Peu activé
INSÉCURE AMBIVALENT-RÉSISTANT	Comportement de demande et d'agressivité Besoin d'être sécurisé sans être satisfait Exprime ses besoins de façon bruyante	Trop activé
DÉSORGANISÉ	Comportement chaotique et instable	Pas de stratégies d'attachement repérables

entre l'état d'esprit de la mère et du père, que l'on peut évaluer avec un entretien semi-structuré, l'*Adult Attachment Interview* (Main et al., 1985, voir chapitre 1, « L'attachement à l'âge adulte » p. 15) et la qualité de l'attachement chez l'enfant : les adultes qui ont un style d'attachement sécure ont trois à quatre fois plus de probabilité que leur enfant développe un lien sécure avec eux (Van Ijzendoorn, 1995). Ces stratégies sécures ou insécures dépendent également de l'influence du tempérament du bébé, de la sensibilité maternelle, de la capacité de mentalisation parentale (voir chapitre 2, « Mentalisation et attachement »), du stress et des facteurs environnementaux dans cette transmission, traduisant la complexité des facteurs en jeu (Tereno et Guédeney, 2016). En cas de détresse, de menace, les stratégies sécures peuvent constituer un facteur de protection face à l'adversité, à ne pas confondre avec une invincibilité. Les stratégies insécures peuvent être un facteur de vulnérabilité, mais parfois elles peuvent aider à s'adapter à des milieux particulièrement défavorables (Howe, 2011).

► L'attachement de la maternelle au primaire

L'enfant va réguler ses comportements d'attachement avec sa FA et communiquer avec elle en amorçant un début de partenariat. En s'accordant aux réponses de sa FA, il stabilise ses comportements d'attachement sur un mode sécure ou insécure. Il passe du besoin physique de la figure d'attachement à sa disponibilité, de la proximité physique à la capacité de se représenter sa FA et ses modalités d'aide.

Un peu avant l'âge de l'entrée en maternelle, l'enfant élargit son exploration, et devient plus autonome. Il acquiert le langage, grande étape dans les relations parents/enfant et dans la socialisation.

« Il peut se faire comprendre, et appréhende mieux la séparation. Il n'a plus besoin systématiquement de la présence physique de ses parents pour se rassurer, il garde une représentation de cette présence dans sa tête, un endroit où il peut retrouver du réconfort par des pensées, des images ou par des comportements rassurants, un doudou (Winnicott). Toutefois, en cas de grande détresse, il retrouve ce besoin de proximité, de réconfort auprès de ses figures d'attachement. Cela lui permet de se sentir reconnu, compris, digne d'être aimé » (Genet et Wallon, 2015).

« C'est aussi l'âge de la négociation et des colères, ce qui demande une grande disponibilité et une sensibilité accrue aux besoins de l'enfant de la part des parents. Vers la fin de la maternelle jusqu'à la fin de l'école primaire, les comportements d'attachement ne sont plus seulement liés au contexte (alarme/stress), mais tournés vers les liens sociaux avec les autres enfants dans une dynamique d'identification (système affiliatif). Il développe des capacités à réfléchir sur lui-même, sur les autres, sur le fonctionnement des relations interhumaines. L'enfant devient un

vrai partenaire dans la relation. Il va pouvoir négocier les conflits et les désaccords, qui, à cet âge, sont un bon reflet de la qualité de l'attachement » (Genet et Wallon, 2015).

Il s'agit du « partenariat corrigé quant au but » (Bowlby, 1969, Mintz et Guédeney, 2021). L'école représente une étape importante d'expérimentation sociale (rappelons le rôle de régulation sociale de l'attachement abordé plus haut dans ce chapitre, voir « Attachement et régulation sociale » p. 4).

L'enfant sécure ressent qu'il est digne des soins et de l'affection des autres. Il a une image positive de lui et des autres, tout en gardant une représentation réaliste de lui-même avec ses limites. Il peut faire face aux aspects négatifs de lui-même.

L'enfant insécure doute d'être aimé, il manque de confiance en lui. Il peut avoir une image négative des autres et avoir tendance à se débrouiller seul (insécure évitant), ou une image positive des autres et avoir tendance à demander sans cesse de l'aide (insécure ambivalent/résistant). Gérer les émotions désagréables (la peur, la tristesse et la colère notamment) ne va pas de soi pour lui.

Tant que ses besoins d'attachement ne sont pas satisfaits, l'enfant ne peut pas être disponible pour comprendre le cadre éducatif organisé par ses parents et s'y conformer, puis plus largement, le cadre social. Il gagne en autonomie tout en restant sensible à la disponibilité de ses parents, « plus grands, plus sages, plus forts que lui » (Bowlby, 1969), en cas de besoin.

► L'attachement à l'adolescence

Adolescence vient de *adolescere* (croître, grandir) : c'est l'époque de la conquête de l'autonomie. La relation parents-enfant évolue autour de deux enjeux de taille : l'exploration et l'acquisition de l'autonomie. C'est le temps des aventures, des découvertes, des prises de risque, des premières amours et des choix. L'adolescent enrichit sa fonction réflexive et de mentalisation (voir chapitre 2, « Mentalisation et attachement » p. 38) : il réfléchit à qui il est, comment il se situe dans son histoire, en fonction de ce qu'il a vécu enfant avec ses parents. Il élargit sa réflexion sur comment il voit le monde et sur la relation d'aide. Il découvre la capacité de s'intégrer dans de nouvelles relations, notamment avec ses pairs, il expérimente leur impact dans les échanges et dans le sens que ces relations peuvent prendre pour lui. Les relations d'attachement évoluent : les parents restent les figures d'attachement principales, d'autres liens d'attachement se créent, avec la caractéristique de devenir symétriques. La mise en place de stratégies pour obtenir la sécurité est plus complexe, avec une

diversification et des déclinaisons variées des liens d'attachement. Même si la quête d'autonomie et d'exploration entraîne des tensions avec ses parents, voire de véritables conflits de loyauté, l'adolescent se tourne plutôt vers ses FA principales en cas de grand stress. Il construit des modalités d'attachement adulte, lequel a entre autres, comme composantes la réciprocité, le *caregiving* et la parentalité. L'adolescent devient, à son tour, un donneur de soins et il se prépare à la fonction parentale. Les relations amoureuses lui apportent intimité (intersubjectivité, Stern, 1985) et proximité (attachement) ; sexualité et attachement vont de pair. Son ouverture sociale renforce ses capacités à trouver des solutions aux problèmes, à ressentir du bien-être, à investir et réussir ses études. À cette époque mouvementée, l'attachement, même s'il a tendance à rester stable, apparaît perméable aux aléas de la vie et de l'environnement (Atger et Lamas, 2021).

► Point sur l'attachement désorganisé¹

« On ne peut pas dire qu'un attachement troublé mène à la drogue ou la sexualité inconséquente, mais on peut affirmer qu'un attachement serein n'y mène pas » (Cyrulnik, 2003).

Main et Hesse (1990) se sont intéressés aux réactions de certains enfants, réactions qui ne pouvaient pas être classifiées lors des situations standardisées de la « situation étrange » (voir chapitre 1, « L'attachement durant la petite enfance » p. 5). Ces enfants n'utilisaient pas de stratégies d'attachement élaborées, leurs comportements étaient parfois étranges, témoignant de l'effondrement d'une réponse organisée à la détresse : on parle de « désorganisation » de l'attachement. Les études montrent qu'il existe environ 15 % d'enfants désorganisés dans la population générale, 20 à 60 % dans la population clinique, et 82 % chez les enfants maltraités. Bowlby évoque l'activation chronique du système d'attachement (SA) chez le désorganisé. L'enfant exclut ses émotions lorsqu'il ne peut pas obtenir de proximité et réconfort de la part de sa FA alors qu'il est dans la détresse : c'est ce que Bowlby définit en 1969 comme « exclusion défensive ». L'enfant perd le lien avec ses émotions et sa vie affective dans une dynamique interpersonnelle avec sa FA.

« Le maintien d'un lien fait éprouver un ressenti, la rupture fait éprouver un autre ressenti. Les émotions sont habituellement le reflet de l'état des liens affectifs d'une personne, donc la psychologie et la psychopathologie des émotions se

1. Guédeney et Leblanc, 2016, tome 1, p. 299-310, Miljkovitch, 2001.

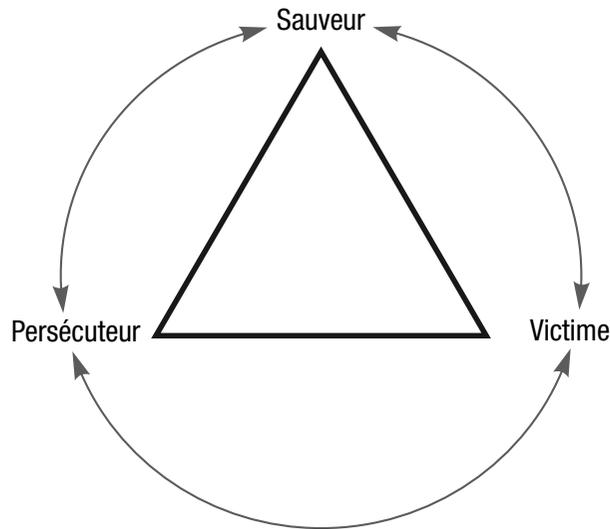
trouvent être en grande partie la psychologie et la psychopathologie des liens affectifs » (Bowlby, 1980, tome 3, « un exposé général »).

« Si une personne exclut défensivement les événements de vie qui sont trop chargés émotionnellement, elle forme une représentation générale de son enfance qui est déconnectée des épisodes spécifiques qu'elle a vécus » (Guédénéy et Leblanc, 2016).

Il s'agit de ne pas prendre conscience d'événements ou de pensées intolérables. Cela favorise la distorsion des échanges et des expériences négatives et affecte la transmission transgénérationnelle de la désorganisation et le développement ultérieur de la personnalité.

Dans la toute petite enfance, les expériences d'indisponibilité de la figure d'attachement, ou la répétition d'interactions dysfonctionnelles ou non régulées, va amener l'enfant à vivre des « traumatismes cachés » dans la relation (*hidden trauma*, Schuder & Lyons-Ruth, 2004). L'enfant active sans cesse son SA du fait des comportements inadéquats de sa FA, qui échoue à le désactiver, le laissant dans « une peur sans solution » (Main et Hesse, 1990). Il ne peut pas trouver de stratégies d'attachement. Ses interactions avec sa FA sont désaccordées, émotionnellement distordues et elles renforcent la « peur sans solution ». Ces modalités d'interactions conduisent les parents à un style de *caregiving* hostile/impuissant (Lyons-Ruth et Jacobvitz, 1999) : « on ne peut plus rien faire avec notre enfant ». La peur s'installe de part et d'autre : le parent peut se montrer tour à tour effrayant/effrayé ou présent et adapté, et l'enfant est totalement débordé. Ils évoluent alors dans un « triangle dramatique » décrit par Karpman (1968) et réutilisé par Liotti (2004) : Persécuteur-Sauveur-Victime (schéma 1).

Chacun passe d'une posture à l'autre dans une oscillation permanente et profondément insécurisante pour tous. L'impact des interactions effrayantes retentit sur la construction de modèles internes opérants (MIO) de type ségrégés ou dissociés (qui ne sont pas des modèles unitaires et cohérents de l'autre et de soi), une représentation de soi changeante (persécuteur-victime-sauveur) et une représentation des autres changeante (persécuteur-victime-sauveur) (Liotti, 2004). L'enfant ne peut donc pas accéder à un sentiment de sécurité interne, ce qui entraîne la faillite des processus de mentalisation (voir chapitre 2 « Mentalisation et attachement » p. 38). Cette absence d'intégration de stratégies de base pour chercher réconfort et protection en situation de stress est à l'origine de la vulnérabilité aux processus dissociatifs tout au long de la vie (Guédénéy et Leblanc, 2016). Plus largement, le « triangle dramatique » de Liotti constitue un modèle attachementiste des troubles liés au trauma (troubles dissociatifs,



Karpman S., 1968 et Liotti G., 2004

Schéma 1 : planche utilisée en consultation avec le triangle de Liotti

personnalités borderline et états de stress post-traumatiques). Liotti considère la désorganisation comme un trauma relationnel précoce et un type de processus dissociatif, véritable précurseur de la dissociation.

La désorganisation dans la petite enfance peut générer des comportements hésitants, avec beaucoup d'appréhension et des comportements d'attachement désorganisé (comportements bizarres, inhabituels, contradictoires ou conflictuels). Quand l'enfant grandit, il tente d'organiser le comportement de sa FA pour le rendre prévisible : il cherche alors à prendre le contrôle de la situation en développant des stratégies visant à maintenir l'implication, l'attention et la proximité avec la FA, et ce au détriment de ses propres besoins de réconfort et de protection. Il mobilise ses ressources de façon intense, ce qui grève son développement à long terme.

Bowlby (1988a) décrit une évolution de la désorganisation vers un « modèle contrôlant avec inversion du rôle parental », de trois types :

- contrôlant punitif : l'enfant se montre agressif, dominant, il recherche l'attention de façon négative (provocation, transgression) ;
- contrôlant *caregiving* : l'enfant prend soin de son parent, il prend le rôle du parent/du conjoint, ce qui entraîne une compliance excessive, et une

forte inhibition ; il peut acquérir un sens très sophistiqué des sentiments et des besoins de l'autre ; quand la situation devient stressante, ses émotions peuvent devenir incontrôlables ;

➔ sexualisation précoce : l'enfant peut adopter des attitudes et/ou des comportements sexualisés en imitant les adultes (parentification).

Après 6 ans, quand le mode contrôlant persiste, l'enfant peut présenter des états dissociatifs, s'organiser d'une façon rigide et/ou développer une pseudo base sécuritaire et un faux self (Holmes, 2012). Chez l'adulte, la désorganisation de l'attachement fragilise et favorise l'apparition de troubles dissociatifs.

Nous verrons dans la deuxième partie du livre combien ces situations sont fréquentes dans notre exercice clinique et comment cet éclairage nous ouvre à des pratiques innovantes.

FOCUS SUR LES VIOLENCES CONJUGALES

Le lien d'attachement organise l'enfant, véritable fondation qui imprègne son développement (Tarabulsy, 2021). Face à des violences conjugales, donc à une menace terrible, l'enfant ne peut pas demander de l'aide à sa FA pour faire face à sa peur. Sa FA devient source de peur, et l'enfant éprouve une « peur sans solution » comme décrit ci-dessus, ce qui amène à un attachement désorganisé. Le parent est à la fois la source de peur et de réconfort ; l'enfant est pris dans un conflit motivationnel entre son système d'attachement (chercher la proximité de sa FA) et celui de l'alarme vigilance (fuir la FA qui est source d'effroi). Plus l'enfant est jeune, moins il dispose de stratégies cognitives pour comprendre le conflit, et de stratégies pour faire face au stress. Il se trouve donc très vulnérable face aux violences conjugales, qui peuvent avoir des conséquences sur son développement, voire sur sa santé mentale, selon leur intensité et leurs caractéristiques : la nature (verbale ou physique) et l'intensité des conflits, leur répétition, la capacité du parent à maintenir sa préoccupation parentale et à continuer à s'occuper de l'enfant en détresse (Guédénéy *et al.*, 2013).

► L'attachement à l'âge adulte

Il reste bien des incertitudes et des questions concernant l'attachement à l'âge adulte, et nous vous proposons d'en aborder quelques aspects pour mieux le cerner et en dégager les applications pratiques.

« L'attachement est actif depuis le berceau jusqu'à la tombe », écrit Bowlby (1988a).

Les liens d'attachement se construisent et se consolident au fil du temps, et participent toujours à la régulation du sentiment de sécurité (Miljkovitch, 2009). L'attachement aux parents persiste toute la vie, même si l'adulte a découvert d'autres figures d'attachement à l'adolescence, notamment à travers sa (son) partenaire dans la relation amoureuse, mais aussi des véritables amis, trois à six FA en moyenne (Bartholomew, 1997). Chaque partenaire devient un donneur de soins et un receveur de soins, reflétant la symétrie et la réciprocité du lien d'attachement (Ainsworth, 1991). Le registre comportemental se réduit au profit du registre relationnel (Miljkovitch, 2001). Le cercle de sécurité est toujours actif avec une recherche de proximité en cas de détresse, un havre de sécurité et une zone interne de sécurité (Holmes, 2001), sorte d'équivalent de doudou. Être rassuré et réconforté par sa FA en cas de détresse permet de se sentir reconnu, compris et digne d'être secouru. Toutefois, l'attachement n'est plus au premier plan, car l'adulte peut trouver d'autres sources de sécurité dans divers domaines : il peut s'épanouir à son travail, dans des activités artistiques, sportives, bénévoles, etc. (Guédeney et Tereno, 2016).

● L'approche développementale

Elle interroge l'état d'esprit de l'attachement qui passe progressivement, entre quatre et huit ans, du registre du comportement à celui des représentations, en revisitant les MIO de l'enfance tels qu'ils sont perçus par l'adulte. Mary Main et son équipe ont mis au point en 1985 une échelle d'évaluation sophistiquée et validée : l'*adult attachment interview* (AAI), entretien semi-structuré qui permet d'analyser le récit, la forme du discours, la narrativité et sa cohérence, particulièrement dans des situations attachement-pertinentes. L'AAI permet de définir des états d'esprit quant à l'attachement : sécurisés/ autonomes (F), détachés (D), préoccupés (E), non résolus/désorganisés (U/d), avec événements stressants et/ou traumatiques ou non (Tereno et Atger, 2021). Le tableau suivant met en parallèle les *patterns* d'attachements des enfants scorés à la « situation étrange » et les styles d'attachement des adultes scorés à l'AAI et évite d'alourdir notre propos (cf. tableau 2 ci-après).

La passation de l'AAI est complexe et nécessite une formation, elle est plutôt utilisée dans la recherche. Toutefois, elle garde un énorme intérêt en clinique, notamment pour sa richesse sémiologique.

Tableau 2 : parallèle entre les patterns d'attachement des enfants et les styles d'attachement des adultes

ENFANCE SITUATION ÉTRANGE	ÂGE ADULTE AAI
SÉCURE (B)	SÉCURE/AUTONOME (F)
AMBIVALENT/RÉSISTANT (C)	PRÉOCCUPÉ (E)
ÉVITANT (A)	DÉTACHÉ (D)
DÉSORGANISÉ/DÉSORIENTÉ (D)	ÉTAT D'ESPRIT NON RÉSOLU/DÉSORGANISÉ (U/d)

● L'approche psychosociale

Elle interroge les relations d'attachement à l'âge adulte et leur déploiement dans le couple, les relations avec les proches, la parentalité, la capacité de s'occuper de ses parents vieillissants. Hazan et Shaver (1987) étudient « l'attachement amoureux de l'adulte » (quel joli concept !), celui qui se forge dans un couple après une période de plusieurs mois. On y retrouve les caractéristiques de l'attachement adulte avec la persistance du cercle de sécurité (maintien de la proximité, base de sécurité, havre de sécurité). Les deux partenaires sont à égalité, ils sont donneurs de soins pour l'un et l'autre, avec une balance entre le SA et le système de *caregiving*. Ils peuvent ressentir du bien-être à vivre ensemble, à partager quelque chose d'agréable tout comme ils peuvent surmonter ensemble des épreuves ou supporter la séparation (penser aux scènes de séparation ou de retrouvailles dans un aéroport !). Ils peuvent négocier les conflits et moduler leurs émotions, notamment la colère. Les FA primaires, celles des parents, s'éloignent, mais restent vivaces, notamment dans leur impact sur la façon de devenir parent. L'amour chez les adultes sollicite plusieurs systèmes motivationnels : attachement, *caregiving*, sexualité, affiliation. L'attachement n'est plus central (Mintz et al., 2016).

LE CONCEPT D'ATTACHEMENT DE BARTHOLOMEW ET HOROWITZ

Bartholomew et Horowitz (1991) ont mis au point un concept d'attachement qui reprend les relations actuelles avec les proches et détermine un modèle de soi et des autres. Les questionnaires élaborés à partir de ce modèle définissent quatre styles d'attachement :

1. **Sécure** : modèle de soi positif, modèle des autres positif.

2. **Détaché** : modèle de soi positif, modèle des autres négatif.
3. **Préoccupé** : modèle de soi négatif, modèle des autres positif.
4. **Craintif** : modèle de soi négatif, modèle des autres négatif.

FOCUS SUR QUELQUES ÉLÉMENTS ATTACHEMENT-PERTINENTS

► Attachement et personnalité chez l'adulte

Même si la recherche est loin d'éclairer toutes les facettes de l'évolution de l'attachement chez l'adulte, il est admis que toutes les expériences d'attachement vécues depuis la naissance forment peu à peu un style d'attachement qui s'inscrit progressivement dans le fonctionnement de la personnalité. Comme nous l'avons vu, elles ont une influence dans de nombreux domaines : la réaction face au stress, à la perte, la représentation de la relation d'aide, le développement de l'empathie, les relations de couple, la parentalité, le vieillissement, la santé physique et mentale, l'adaptabilité et l'insertion sociale.

Nous allons développer la description des styles de personnalité en nous basant sur le modèle de Bartholomew et Horowitz (1991), décrit précédemment, en raison de son intérêt clinique, et nous référer à Howe (2011), et Genet et Guédénéy (2021). Cela va sans doute vous « parler » de votre pratique quotidienne et de votre propre style d'attachement !

LES ADULTES SÉCURES

Ils ont acquis un modèle de soi et des autres positif, ce qui renforce l'estime de soi. Ils ont un vécu agréable de la relation d'aide : « si j'ai besoin d'aide, je vais être entendu et je vais trouver une solution. » Ils se sont construits dans la sécurité et le confort relationnels avec leurs parents, ce qui leur permet d'explorer avec un minimum de risques. Ils peuvent accepter l'échec et reconnaître leurs erreurs. Ils ont appris à gérer le stress de façon optimale. Ils développent des sentiments d'altruisme, de compassion envers les autres. Ils cultivent un entourage sur lequel ils peuvent s'appuyer. Ils prennent facilement soin d'eux, ils ont une bonne hygiène de vie, et, en cas de maladie, ils acceptent de se soigner et d'être vulnérables. Ils ont tendance à investir leur travail tout en préservant leur vie privée. En cas de perte, ils s'inscrivent dans un processus évolutif de deuil et peuvent reprendre le cours de leur vie. La relation de couple se construit dans la réciprocité : chacun offre à l'autre une base sécurisée et un havre de sécurité qui facilite l'exploration, chacun peut se tourner vers l'autre en cas de besoin, ils éprouvent du plaisir et une quiétude à être ensemble, les désaccords ne les

menacent pas. En tant que parents, ils se montrent attentifs et sensibles aux besoins de leur enfant. Ils savent développer un partenariat tout en encourageant l'autonomie. Ils peuvent se montrer fermes tout en gardant une certaine souplesse. Ils peuvent corriger leurs erreurs et apparaissent plutôt optimistes. Lorsqu'ils vieillissent, les adultes sécures peuvent demander et accepter de l'aide, se tourner vers ceux qu'ils aiment, vers des professionnels ou vers la religion, et ils se sentent légitimes de le faire. Cela rend les choses plus faciles et entretient un sentiment de bien-être et de satisfaction. Pour leurs enfants, s'occuper de leurs parents qui vieillissent renforce le cercle de sécurité qui s'inverse : les enfants deviennent les FA de leurs parents vulnérables.

LES ADULTES DÉTACHÉS

Ils ont un modèle d'eux-mêmes positif et un modèle des autres négatif. Ils ont appris à se détourner de leur vécu émotionnel au profit de leurs performances (« agir plutôt que ressentir ») et de leur intégration sociale. Ils privilégient l'indépendance, leurs proches ne sont pas perçus comme des ressources en tant que soutien émotionnel, leur SA est normalement peu activé. Ils ne se sentent pas à l'aise si on est trop proches d'eux : ils préfèrent partager des activités intéressantes avec les autres plutôt que des sentiments. Leur modèle positif d'eux-mêmes les entraîne à ne compter que sur eux (« dans la vie, on se débrouille tout seul »). Ils ont fait l'expérience que l'amour est conditionnel, ils ont appris à contrôler leurs émotions qui sont minimisées ou non reconnues, de même que leurs besoins d'attachement. Ils peuvent avoir des colères difficiles à maîtriser. En cas de stress, ils désactivent leur SA alors que physiologiquement, ils vivent ce stress de façon intense. Ils ont tendance à sous-évaluer les effets du stress et, en cas de maladie, ils renâclent à consulter (« ce n'est pas grave », « ça va passer », « il ne faut pas s'écouter »). Ils ont un fonctionnement plutôt rigide où prédominent les règles (« on n'a rien sans rien »). Face à la perte, ils luttent contre les sentiments de détresse, de tristesse, de colère, et contre leurs besoins d'attachement. Sur le plan social, ils restent plutôt en retrait, ils se montrent parfois agressifs. Ils sont plus ou moins bien acceptés. Ils savent travailler seuls avec des objectifs de performance atteignables. Les relations de couple peuvent être compliquées : ils ont tendance à garder leur distance et à contrôler leurs émotions et celles des autres. Il est difficile de répondre aux besoins de soutien du ou de la partenaire : toute demande de ce type est vécue comme agaçante et peut déclencher des critiques (« tu as toujours besoin de plus », « mais tu peux te débrouiller tout(e) seul(e) », « ne dramatiser pas »). Les partenaires en couple avec un insécure détaché sont souvent insatisfaits de leur relation, les séparations et divorces sont plus fréquents, les relations plus courtes. En tant que parents, ils sont peu sensibles à la détresse et aux besoins émotionnels de leur enfant qui sont anxiogènes pour eux, mais ils peuvent y répondre en cas de stress élevé. Certains parents détachés peuvent se focaliser sur les performances éducatives au détriment de ce qui se passe réellement avec leur enfant. L'amour est conditionnel : c'est l'enfant qui est responsable du fait d'être aimé ou pas par son parent (« Je réponds à tes besoins d'attachement si tu cesses de les mettre en avant. L'important, c'est ton indépendance et tes performances »). Vieillir

réactive la balance dépendance/autonomie et peut être particulièrement angoissant pour les adultes détachés. Néanmoins, les stratégies évitantes peuvent permettre de s'adapter à cette étape de pertes et de séparations en les émuissant, et de supporter cette période de grande vulnérabilité où l'enjeu devient l'échéance de la mort. Pour les enfants, il peut être compliqué de s'occuper de ses parents devenant dépendants.

LES ADULTES PRÉOCCUPÉS

Ils ont un modèle d'eux-mêmes négatif et un modèle des autres positif, ce qui entraîne une baisse de l'estime de soi, des doutes, des difficultés à affronter les challenges et les aléas de la vie, une idéalisation des autres. Ils ont besoin d'être aimés et proches des autres. Ils priorisent la proximité au détriment de l'autonomie. Ils sont déçus par les autres avec le sentiment de ne pas pouvoir contrôler leur vie (« j'ai besoin d'aide, mais on ne m'écoute pas, ça ne marche pas, on n'en fait pas assez. »). Ils essaient de combler leurs besoins d'attachement à travers les autres. Ils sont hypersensibles au moindre indice de séparation, de perte et d'abandon. Ils hyperactivent alors leur SA avec un besoin répété de réassurance, une dramatisation du moindre souci, un débordement émotionnel, et un mode de relation en « tout ou rien ». Les sentiments sont agis plutôt que pensés, avec une difficulté de mentalisation (voir chapitre 2, « Mentalisation et attachement » p. 38) et un biais négatif de perception des émotions et des comportements des autres. Ils ont un profond sentiment de manque d'amour, d'insatisfaction, avec des besoins émotionnels à combler sans cesse. Leurs réactions au stress sont intenses et dramatiques, entraînant un chagrin conflictuel qui réactive un sentiment d'abandon chronique et de colère. En cas de maladie, cette peur affreuse de mauvaise santé les pousse à consulter sans pouvoir être rassurés et à changer souvent de médecin. La perte ouvre au deuil chronique. Au travail, ils privilégient le côté social avec un besoin de plaire et une anxiété de performance qui grèvent leurs capacités, génèrent un sentiment d'insatisfaction, de mécontentement, d'être sous-estimés, entraînant souvent des conflits avec les autres. Ils peuvent avoir des atouts du fait qu'ils aiment être le centre d'attention en exerçant des métiers en relation avec le public. Les relations de couple sont marquées par la peur d'être abandonné, le besoin d'être rassuré au risque de devenir jaloux, excessif, au détriment de la qualité relationnelle. Elles sont intenses, explosives, ponctuées de drames, d'exigences, de menaces de départ et d'un grand sentiment d'insatisfaction. Le partenaire est le dépositaire exclusif du bien-être et des besoins d'attachement de l'insécure préoccupé. En tant que parents, ils ont tendance à percevoir les comportements de détresse des enfants comme de l'ingratitude qui les renvoie à un sentiment douloureux d'incompétence parentale : cela aboutit à un style de *parenting* imprévisible, défensif, avec un sentiment d'impuissance (Solomon et Georges, 1996), ce qui rend les enfants à leur tour anxieux et difficilement gérables, d'où une atmosphère familiale stressante et confuse. Comme pour les détachés, ils peuvent toutefois répondre aux besoins de protection

de l'enfant en cas de stress élevé. Les inséculres préoccupés ont du mal à privilégier l'autonomie des enfants. En vieillissant, ils se sentent encore plus vulnérables, et, si la vie ne leur a pas permis de se sécuriser, ils vont hyperactiver leur SA auprès de leurs proches, des soignants et des aidants, pour maintenir proximité et implication, ce qui handicape les relations avec les proches et rend difficile la relation d'aide. Pour leurs enfants, s'occuper de leurs parents vieillissants peut entraîner un conflit entre leurs propres besoins d'attachement et ceux de leurs parents, et les déborder.

LES ADULTES CRAINTIFS NON RÉTOLUS

Ils représentent une population vulnérable, ayant vécu des expériences précoces de pertes, de négligence, d'événements stressants et/ou de traumas non résolus. Ils ont un modèle d'eux-mêmes et un modèle des autres négatifs. Ils ont développé des MIO où le Soi se sent seul, non digne d'être aimé et les autres sont perçus comme rejetants (« si je demande de l'aide, ça peut être encore pire, voire dangereux pour moi, de toute façon, je ne mérite pas qu'on m'écoute. »). Ils craignent à la fois l'intimité et la solitude. La perte peut être désorganisant.

Ils sont hyperréactifs au stress, particulièrement avec leurs proches. Néanmoins, si le niveau de stress est modéré, ces adultes peuvent se réorganiser autour de stratégies sécurées ou inséculres s'ils ont pu bénéficier d'expériences favorables sur le plan attachementiste au cours de leur vie.

Sur le plan social, ils sont plutôt en retrait, méfiants, avec de fortes potentialités de relations conflictuelles : ils recherchent la proximité, mais ils en ont peur et ne font pas confiance, le passé infiltre le présent et perturbe la relation actuelle, ils sont souvent insatisfaits. Les relations de couple réactivent la souffrance et la confusion vécues dans l'enfance. De fait, ils hyperactivent ou désactivent leur SA puis ils se retirent de façon bruyante, ce qui aboutit à des demandes et à des comportements contradictoires et destructeurs. Ils ont du mal à reconnaître les besoins des autres ou ils les interprètent de façon négative pour eux, ce qui conduit à des relations de couple tumultueuses où règnent la peur, le combat ou la fuite, voire la violence. En tant que parents, les besoins de leurs bébés et de leurs enfants réveillent les souvenirs de traumas passés. Ils activent leur SA, le stress augmente, les capacités de mentalisation (voir chapitre 2, « Mentalisation et attachement » p. 38) s'effondrent, perturbant leur *caregiving* : ils peuvent tour à tour se sentir impuissants, désespérés, hostiles, confus, devenir extrêmement contrôlants, tyranniques ; leurs conduites peuvent aboutir à la fuite, au figement et à la négligence. Leurs enfants se sentent abandonnés au moment où ils ont le plus besoin de leur FA qui ne leur procure ni réconfort ni régulation, mais qui leur renvoie de la peur ou de la colère. Cette dynamique est aggravée en cas de conflit voire de violence conjugale. En vieillissant, les expériences de vie peuvent amener ces adultes à s'apaiser et à développer des capacités de mentalisation (voir chapitre 2, « Mentalisation et attachement ») et de contrôle, avec une tendance à s'organiser selon

des stratégies évitantes. Peu d'études portent sur leur devenir, on sait seulement qu'ils auraient une espérance de vie moins longue que celle des adultes présentant un autre style d'attachement.

► Attachement et sommeil

Le sommeil est un besoin vital en relation avec toutes les grandes fonctions de l'organisme, il alterne avec l'état de veille, d'où la notion de système veille/sommeil, et d'emblée, de rythmes. Il est régulé par notre horloge biologique interne, en lien avec les donneurs de temps (relation bébé-parents, alternance jour/nuit, régularité des repas et des activités de journée, rythmes environnementaux). Sa base neurobiologique est complexe : le sommeil emprunte des circuits neuronaux interconnectés faisant intervenir différents neurotransmetteurs, ainsi que la sécrétion d'hormones dont la mélatonine, « l'hormone de la nuit » (Dauvilliers, 2019). Le sommeil évolue tout au long de la vie et participe de façon massive au développement de l'enfant (Challamel *et al.*, 2009) et, chez l'adulte, à sa bonne santé (Léger *et al.*, 2016). L'enfant, pour pouvoir s'endormir seul dans son lit et affronter la séparation d'avec ses parents, a besoin d'un sentiment de sécurité, d'apaisement, procuré par eux en tant que FA, ce qui renvoie au lien d'attachement. Les routines et les rituels du soir visent à installer cette atmosphère paisible et rassurante. Dormir seul dans son lit est un apprentissage lié à nos habitudes culturelles occidentales. Il faut donc approvisionner ce besoin de sécurité tout au long de la journée pour que l'enfant se sente en sécurité (base de sécurité) et affronte le challenge de la nuit (exploration du monde de la nuit, havre de sécurité en cas d'alarme nocturne). Pour prodiguer ce besoin de sécurité, les parents ont pour rôle d'organiser les rythmes de l'enfant en fonction de son âge pour qu'il puisse partir de sa base de sécurité et explorer, revenir dans son havre de sécurité pour se rassurer (cercle de sécurité, *Circle of Security International*, 2020) et développer, au fil du temps, des capacités d'auto-réconfort de plus en plus efficaces, qui l'aideront à passer de bonnes nuits. Soutenir son exploration dans cette dynamique sereine va contribuer à son développement, à la régulation de ses émotions et aux apprentissages. Ainsi, pour aller dormir, il est important de passer une bonne journée remplie de « noisettes » de sécurité en lien avec ses FA (cercle de sécurité), d'explorer le monde avec de gentils défis, et d'organiser la journée pour que les routines de la fin d'après-midi préparent le rituel du soir et la séparation d'avec les FA (régulation émotionnelle, challenge de la nuit). L'attachement intervient donc comme modulateur de sécurité et de régulation émotionnelle

pour favoriser un bon sommeil de nuit comme de jour (siestes), en lien avec les capacités de *caregiving* sensible des parents (Brito Da Silva Dias *et al.*, 2021).

Les troubles du sommeil sont très fréquents chez les enfants et constituent un enjeu de santé publique (*Rapport des mille premiers jours* du ministère des Solidarités et de la Santé, 2020 ; Challamel, 2009 ; Léger *et al.*, 2016). Quand un enfant ne dort pas ou dort mal, cela retentit sur son développement et sur sa relation avec ses FA. Les études montrent que la plainte autour du sommeil est un motif très fréquent de consultation et qu'elle ouvre entre autres à la comorbidité psychiatrique (Wimsper, 2018, Brito Da Silva Dias *et al.*, 2021). Dès que le trouble persiste, on sort de la causalité et on entre dans un système multifactoriel qui maintient un mauvais sommeil et entretient une boucle relationnelle dysfonctionnelle avec les parents. Détecter et/ou favoriser les facteurs positifs vont permettre de sortir de ces interactions négatives et aider l'enfant à reprendre un sommeil satisfaisant. Dans une consultation axée autour de ces difficultés, travailler le lien d'attachement permet de mettre l'accent sur les besoins d'attachement de l'enfant : la sécurité, la proximité, la régulation émotionnelle, l'exploration, et sur le *caregiving* adapté des parents. On aborde le déroulement de la journée, les rythmes, les activités, les routines qui apaisent en fin de journée, puis les rituels instaurés au moment du coucher, ce qui favorise l'amélioration du sommeil. Le cercle vicieux du mauvais sommeil glisse vers un cercle vertueux de bon sommeil et de bonnes pratiques du quotidien (Brisch, 2007).

► Attachement et résilience

La résilience (Werner et Smith, 1992, résistance, ressort face à l'adversité) permet de redonner un sens positif à sa vie, de se reconstruire et d'aspirer au bonheur après avoir traversé un processus destructeur (*I have, I am, I can* : Grotberg, 1995). Les études montrent que l'attachement sécure constitue un facteur de résilience face à l'adversité, de même que les attachements insécures faiblement détachés sous l'effet d'expériences agréables de couple ou d'amitié (Bifulco et Thomas, 2013). L'attachement sécure acquis (*earned secure*) à l'âge adulte, appris au fil des expériences positives correctrices (rencontres marquantes, psychothérapie), est comparable à l'attachement sécure acquis dans l'enfance, avec toutefois une vulnérabilité à la dépression (Bifulco et Thomas, 2013).

► Attachement, événements de vie et psychopathologie

Nous avons choisi de résumer ce vaste domaine d'investigation et de pointer des éléments qui nous sont très utiles dans une consultation attachementiste, en nous référant largement au manuel de Guédeney et Guédeney (Genet *et al.*, 2016, tome 2, p. 236-260), à Pionné et Atger (2003) et à Tereno *et al.*, (2007). Pour Bowlby (1951), il existe un lien entre attachement et santé mentale. La plupart des études ont démontré une surreprésentation des attachements insécures dans les populations cliniques. L'attachement sécure constitue un facteur de protection face aux événements stressants de la vie, l'attachement insécure un facteur de vulnérabilité et l'attachement craintif non résolu un risque plus élevé pour le fonctionnement mental et la résistance aux stress. Les expériences vécues pendant l'enfance, comme la perte d'une FA, les événements stressants et/ou traumatiques et la qualité du *caregiving* ont un lien avec le développement possible de pathologies mentales.

● Événements attachement-pertinents et psychopathologie

- La perte d'une FA dans l'enfance, surtout avant 11 ans, augmente les risques de troubles multiples comme la dépression, l'anxiété, la personnalité antisociale. La dépression majeure ou avec signes végétatifs est en lien avec la perte définitive du *caregiver*, et la dépression avec colère et troubles externalisés : avec la séparation. L'anxiété est reliée à la menace de perte et d'instabilité de la FA plus souvent que la perte elle-même. Le développement de la personnalité antisociale est traversé d'abandon, de séparation et de divorce conflictuel. Dans tous ces troubles, la façon dont on prend soin de l'enfant dans les moments qui précèdent et suivent la perte est tout aussi importante que la perte elle-même. Face à la perte d'une FA, nous devons garder à l'esprit l'impact du cercle de sécurité et celui de la chaîne de sécurité, et nous demander : pour bien s'occuper de l'enfant, qui s'occupe du parent endeuillé ? Dans la dépression et l'anxiété, une relation sécure avec la mère, le père ou d'autres *caregivers* (FA auxiliaires) avant la perte, a un effet protecteur sur ses effets négatifs du fait de la qualité du *caregiving* prodigué. En ce qui concerne les personnalités antisociales, les perturbations du *caregiving* (comportement déviant du père, *caregiving* maternel perturbé en lien avec un divorce et un abandon) peuvent constituer des facteurs influençant le développement de la personnalité plus importants que la perte elle-même.
- Les événements stressants et/ou traumatiques : les études montrent qu'on retrouve des événements stressants et/ou traumatiques fréquents dans les

troubles dissociatifs, les personnalités borderline et les personnalités antisociales. Ils surviennent aussi dans les situations de *caregiving* perturbé au quotidien et cette perturbation jouerait un rôle aussi important que les événements stressants et/ou traumatiques eux-mêmes. De même, il existe un lien entre désorganisation, trauma et psychopathologie telle que des troubles dissociatifs, des personnalités borderline, le stress post-traumatique. Les avatars des liens d'attachement gravement perturbés interfèrent avec le développement et l'évolution de telles pathologies.

- La qualité du *caregiving* : il est mis en évidence que la qualité du *caregiving* est différente selon les pathologies : rejet et perte pour les troubles anxieux et dépressifs, rejet, discipline et contrôle pour les personnalités antisociales, rejet/surprotection maternelle et négligence paternelle pour les troubles du comportement alimentaire, négligence parentale et événements stressants et/ou traumatiques pour les personnalités borderline.

● Les pathologies mentales attachement-pertinentes

- Les troubles anxieux (en lien avec l'indisponibilité de la FA).
- Les troubles dépressifs (perte).
- Les personnalités borderline (peur de l'abandon, négligence, événements stressants et/ou traumatiques).
- Les troubles dissociatifs (traumas reliés à l'attachement).
- Les personnalités antisociales (pas de sécurité de l'attachement dans cette population).

Il reste toutefois de nombreuses questions concernant l'évolution de l'attachement chez l'adulte et son rôle dans la psychopathologie. De fait, des recherches sont actuellement menées sur des modèles plurifactoriels où l'attachement est un facteur parmi d'autres contribuant à développer telle ou telle pathologie. Citons :

- Rajkuma (2014) décrit un modèle de la schizophrénie en formulant une « hypothèse attachement développementale et cognitive », qui intègre les effets de l'attachement sur la biologie du cerveau et sur le développement cognitif.
- Liotti et Gumley (2008) proposent un modèle développemental intégratif des psychoses dans lequel la désorganisation de l'attachement s'intègre à d'autres dysfonctionnements qui conduisent à la maladie.

Mais comment un attachement insécure peut-il conduire à développer telle ou telle pathologie psychique (la question des finalités multiples) et à développer

des symptômes très différents selon chaque individu (la question des trajectoires divergentes) ? La recherche se dirige vers la mise au point de modèles transdiagnostiques, comme celui de Ein-Dor et Doron (2015). Ce modèle concerne les attachements insécurés préoccupés et détachés et les troubles anxieux, dépressifs et les personnalités antisociales. Les facteurs environnementaux, la perte, le trauma, les échecs constituent des facteurs qui modulent à leur tour les facteurs de risque constitués par des caractéristiques d'attachement. S'ensuit une chaîne en cascades qui produisent des trajectoires différentes pour chaque individu (Gazon, 2021).

► Attachement et système de caregiving

● Le caregiving

« Aucun parent ne peut servir de base sécurisée à son enfant qui grandit s'il ne comprend pas intuitivement son comportement d'attachement et s'il ne le respecte pas, en le considérant, ainsi que je le fais, comme un bien précieux inhérent à la nature humaine. C'est ici que l'appellation traditionnelle de "dépendance" est d'une influence si pernicieuse. La dépendance a toujours une connotation négative et on a tendance à la considérer comme une caractéristique des plus jeunes années uniquement, dont il faut rapidement se débarrasser. En conséquence, dans les cercles cliniques, il arrive souvent que, chaque fois qu'un comportement d'attachement se manifeste à un âge plus avancé, il soit non seulement considéré comme regrettable, mais se voit même qualifié de régressif. Je pense qu'il s'agit là d'une effroyable erreur de jugement » (Bowlby, 1988b, p. 26).

Comme nous l'avons décrit précédemment, les parents sont les figures d'attachement de leur enfant et ils répondent à leurs besoins d'attachement en créant une boucle d'interactions qui façonnent la relation d'attachement. Le système de *caregiving* est un système motivationnel (voir L'attachement : un système biologique et comportemental, p. 3) complémentaire au système d'attachement qui inclut l'ensemble des soins donnés par un parent à son enfant (Bowlby, 1969, 1988a). En donnant des soins, les parents procurent à leur enfant une base sécurisée qui permet le soulagement du besoin, l'apaisement émotionnel et la possibilité d'explorer (cercle de sécurité, *Circle of Security International*, 2020, schéma 8 p. 79). Cela implique que le parent puisse être sensible aux signaux de détresse de l'enfant et puisse y répondre de façon adaptée en maintenant la proximité, en le rassurant, en l'apaisant, en le consolant, et aussi en accompagnant l'exploration (Bekhechi *et al.*, 2016). Il est primordial qu'il puisse le faire de manière prévisible, adéquate, même sous stress modéré, qu'il puisse corriger ses erreurs et persévérer (Bekhechi *et al.*, 2016). Cela demande

de la part du parent une disponibilité physique et psychique, une sensibilité particulière (percevoir et interpréter les comportements de l'enfant de façon adaptée, le partage émotionnel), de la coopération (en lien et en accordage avec l'enfant) et de l'acceptation (ce que déclenchent les comportements du bébé chez le parent) (Ainsworth, 1978). En effet, le système de *caregiving* est en compétition avec le système d'attachement : lorsque le parent active son propre SA (système d'attachement), il est peu ou pas disponible pour répondre aux besoins d'attachement de son enfant, d'où l'importance pour lui de pouvoir à son tour être épaulé en cas de besoin. Ne pas arriver à combler les besoins d'attachement de son enfant peut générer colère, tristesse et sentiment d'impuissance (George et Solomon, 1999). Rassurons cependant les parents, car si la tâche peut paraître écrasante, elle n'en demeure pas moins globalement plaisante dans la majorité des cas : donner des soins à son enfant procure du plaisir aux parents et les encourage à continuer avec persévérance, créant un cercle de gratitude soins/réconfort/plaisir. On observe deux types de *caregiving* : celui initié par les signaux de détresse de l'enfant (promouvoir la proximité et le réconfort) et celui initié par les parents (protéger activement) (Cassidy, 2016). Le système de *caregiving* est en étroite relation avec le système d'attachement et le système d'exploration, un stress intense peut le mettre à mal. Les facteurs relationnels parents-enfant (l'enfant et ses particularités, les représentations d'attachement de chaque parent, le développement du lien parents-enfant, la qualité de l'entente parentale, le soutien parental), et l'environnement global de la famille (la santé, le contexte socio-économique et culturel) jouent un rôle non négligeable dans l'expression du *caregiving* (Guédénéy, 2021).

« Il est de fait profondément ancré dans la nature humaine de traiter les autres de la même manière que nous avons été traités ; et à aucun moment cela n'est plus évident que dans les jeunes années. Parents, s'il vous plaît, retenez-le » (Bowlby, 1988b, p. 140).

Les parents jouent donc un rôle majeur dans le développement de leur enfant, tout au long de son évolution, avec une densité particulière dans les premiers mois, la qualité du *caregiving* va favoriser l'établissement d'un lien d'attachement sécurisé (Thompson, 2016, Guédénéy, 2021, Rapport des mille premiers jours du ministère des Solidarités et de la Santé, 2020). Nous verrons combien travailler le *caregiving* est important dans la prise en charge attachementiste des familles.

● Le caregiving, la demande d'aide et la relation thérapeutique :

Du côté du parent, la demande d'aide à un professionnel de santé ou éducatif pour son enfant est stressante :

- le parent active son SA et donc des stratégies d'attachement sécurés ou insécures du fait de la situation de vulnérabilité et/ou de détresse et d'asymétrie avec le professionnel ;
- et le parent active aussi son système de *caregiving* pour son enfant (Fraiberg, 1989, Guédeney, 2021) ;
- avec possibilité, en cas de stress intense, de compétition entre les deux systèmes au détriment du *caregiving*.

De fait, la qualité de l'attachement influence la demande de relation d'aide et la qualité de la relation de soin (Atger *et al.*, 2020).

- Le parent sécurés va avoir tendance à suivre les préconisations des soignants, à faciliter l'alliance thérapeutique et à mobiliser l'entourage.
- Le parent insécure-préoccupé va plutôt idéaliser les soignants en se faisant des auto-reproches ; mais si la proposition thérapeutique est un échec, il peut manifester frustration, insatisfaction, voire saboter la relation et la prise en charge.
- Le parent insécure-évitant est réticent à demander de l'aide, il peut même se montrer hostile vis-à-vis des soignants et peu compliant à la prise en charge.
- Le parent craintif a du mal à faire confiance, la relation thérapeutique est compliquée et chaotique, empreinte de discontinuité, de peur, voire de dénigrement, d'hostilité, de honte et de repli.

À noter que les études montrent qu'une majorité d'enfants et de parents qui consultent pour un motif psychologique ou psychiatrique ont un style d'attachement insécure ou troublé : c'est donc au moment où ils en ont le plus besoin que beaucoup de personnes ont le plus de mal à demander de l'aide (Goodwin, 2003), d'où l'intérêt de prendre en compte la dimension attachementiste de l'accès aux soins.

Du côté des soignants, le *caregiving* adulte est un système d'alerte aux autres et à leur vulnérabilité, en lien avec les systèmes d'attachement et d'exploration.

S'occuper des autres renvoie à sa vision de la relation d'aide (base de sécurité et *caregiving*). N. Guédeney (2021) aborde le fait que la sensibilité à la souffrance et à la santé mentale est en lien avec le système d'attachement du soignant.

En pratique, de qui prend-on soin ? Qu'en est-il de notre attachement ? De notre capacité à mentaliser ? Notre motivation ?

Dans le cadre du travail, les défis et changements rencontrés activent le système d'exploration. Prendre soin des autres active le système de *caregiving*, qui est en compétition avec le système d'attachement et avec le système d'exploration

(curiosité, explorer l'environnement, nouveautés, découvertes, objectifs, défis, nouvelles compétences). Il est alors pertinent de s'interroger sur notre « base de sécurité » et notre « chaîne de sécurité » (Kurtz, 2005, voir chapitre 4 « La chaîne de sécurité » p. 77) au travail et en dehors du travail, ce qui permet de soutenir notre *caregiving*.

En famille, il est important de prendre en compte le poids des aléas et la qualité de vie.

Au travail, la formation (sur les pathologies et les techniques thérapeutiques) soulève des enjeux par rapport à la sécurité et à l'exploration.

D'où l'importance de la supervision, qui crée une chaîne de sécurité, facilite l'exploration, la créativité et la mentalisation, et l'importance de l'évaluation des pratiques qui permet un *feedback*, et augmente la fonction réflexive dans le contexte de l'exploration.

Le « *caregiving* thérapeutique » est au service des besoins du patient : le soignant doit donc suspendre ses propres besoins, fournir une base de sécurité et une expérience sécurisante au patient, tout en tenant compte de son propre système d'attachement et de celui du patient, de l'intensité de la détresse et de ce que cela déclenche.

Le soignant peut moduler les réponses en fonction de tous ces facteurs, d'autant plus facilement qu'il se perçoit lui-même en sécurité (base de sécurité). Quand l'histoire d'attachement du soignant est parsemée d'embûches (expériences traumatisantes, désorganisation de l'attachement), cela peut conduire à un « *caregiving* compulsif » (Bowlby, 1988a), centré sur ses propres besoins sans s'ajuster à ceux de l'autre, véritable réceptacle des expériences de parentification dans l'enfance. Le soignant blessé (Wallin, 2014) se doit d'être un super soignant (Leiper et Casares, 2000), ce qui peut le conduire au burn-out et à la fatigue compassionnelle (Guédeney, 2021).

Pour conclure, les parents ont un rôle majeur dans le développement de l'enfant et dans la construction du lien d'attachement en tant que *caregivers* devenant des figures d'attachement. Les soignants sont aussi amenés à visiter leur propre histoire d'attachement et la qualité de leur *caregiving* thérapeutique pour faire face aux défis du soin (voir chapitre 1 « Attachement et système de *caregiving* » p. 26). Dans cette dynamique cohérente, aider les parents à répondre de façon plus harmonieuse aux besoins d'attachement de leur enfant participe à l'amélioration des échanges relationnels et potentialise la prise en charge individuelle de l'enfant.



Pour résumer

La dynamique des styles d'attachement s'inscrit dans les cycles de la vie, de l'enfance à l'adolescence puis à l'âge adulte couplée au système d'exploration et de *caregiving*. À chaque grande étape de la vie, l'attachement se rejoue et se revisite. Il peut aider à mieux comprendre et gérer certains comportements et émotions. Les stratégies d'attachement, lorsqu'elles sont sécures, ouvrent des perspectives adaptatives et permettent des cercles de renforcement positif psychiques et physiques. Les stratégies d'attachement insécures sont plus coûteuses sur le plan psychique et physique, car elles sont moins flexibles et parfois désadaptées. Nous avons décrit les styles d'attachement d'une façon très cadrée, mais les modalités d'attachement chez l'adulte peuvent changer au fil de la vie du fait d'événements divers : entretenir une relation de couple satisfaisante, devenir parent, avoir un travail valorisant, entreprendre une psychothérapie, pardonner à ses parents, vieillir, s'apaiser, et vivre tout événement qui permet de prendre de la distance par rapport aux expériences passées et de favoriser la résilience. Mieux cerner les modalités et l'évolution des styles d'attachement adulte permet d'atteindre deux objectifs : d'une part, prendre conscience de ce qui s'est construit et intériorisé à partir des expériences relationnelles précoces avec les FA et d'autre part apporter un mieux-être, voire apaiser des souffrances qui pourraient mener à la maladie mentale ou physique. En termes de styles d'attachement chez l'adulte, rien n'est jamais vraiment fixé. On ne peut donc qu'insister sur l'intérêt de l'analyse des styles d'attachement de nos patients dans la pratique clinique et l'approche psychothérapique.

La théorie de l'attachement apporte des pistes de réflexion supplémentaires concernant la psychopathologie adulte. Toute perte d'une figure parentale dans l'enfance constitue un risque accru de survenue de nombreux troubles mentaux. Les maladies mentales sont souvent associées à des expériences d'attachement insécure ou désorganisé. La recherche s'oriente vers l'élaboration de modèles plurifactoriels et transdiagnostiques, dans une dynamique intégrative, pour mieux comprendre la complexité du rôle de l'attachement dans la psychopathologie de l'adulte.

Chapitre 2

La théorie de l'attachement déclinée en techniques thérapeutiques

« *The Present as a Bridge to the Past.* »¹

LIEBERMAN AND ZEANAH (1999)

ATTACHEMENT ET PSYCHOTHÉRAPIE

► La relation thérapeutique

La théorie de l'attachement amène à réfléchir sur la relation d'aide en tenant compte du besoin de base de sécurité, du cercle de sécurité qui reste toujours actif, de son aspect contextuel et du monde des représentations. Elle permet d'envisager d'autres stratégies d'intervention et de l'intégrer à différents types de prises en charge. En effet, que représente une consultation d'un patient auprès d'un soignant, surtout lorsqu'il s'agit de la première ? Pour le patient, c'est un grand moment de stress qui le renvoie à ses représentations du monde du soin. Il vient demander de l'aide dans un milieu non familial, il va dévoiler sa vulnérabilité, voire se confronter à un échec. Cette posture ravive ses

1. « Le présent comme pont vers le passé. »

expériences d'attachement. Pour le soignant, qu'en est-il de sa disponibilité ? Que s'est-il passé avant la rencontre ? Quelle est sa première impression ? Son ressenti ? Quelle est la qualité de l'environnement (par exemple : bruyant, silencieux) ? Sa position asymétrique soignant-soigné le renvoie lui aussi à ses propres expériences d'attachement (Guédénéy, 2007).

LES PROCESSUS THÉRAPEUTIQUES ATTACHEMENTISTES DE BOWLBY

Pour Bowlby, la recherche d'aide entraîne l'activation du SA, avec recherche de protection auprès d'une FA « plus sage et plus forte ». En 1977, il a défini plusieurs objectifs du processus thérapeutique attachementiste :

1. Le traitement psychothérapeutique contribue à l'établissement d'une base de sécurité.
2. Il permet au patient d'explorer et de réfléchir sur ses relations actuelles avec ses proches.
3. Il facilite la compréhension de la relation avec le thérapeute dans sa dimension attachementiste.
4. Il favorise l'accompagnement du patient dans l'autoréflexion et l'exploration des phénomènes douloureux (aide à repérer les MIO en lien avec les expériences infantiles, et possibilité de s'adapter et d'en créer de nouveaux).

Downloaded by 3.18.9.19

La théorie de l'attachement permet de concevoir « qu'est-ce qui marche pour qui ? » et « comment cela marche pour qui ? » (Fonagy et Roth, 2006, Guédénéy et Atger, 2015) et de mieux comprendre ce qui se passe dans la relation dans différents contextes de soins, tant pour les patients que pour les thérapeutes. Les recherches actuelles montrent l'importance de la relation thérapeutique elle-même comme outil de changement. La relation thérapeutique peut être considérée comme une relation d'attachement. Le thérapeute devient une figure d'attachement (Dozier *et al.*, 1994), un partenaire interactif. Il est disponible en cas de besoin. Il est capable de coconstruire, dans une dynamique de partenariat, une relation thérapeutique qui procure une base sécurisée et un havre de sécurité pour le patient (Holmes, 1993). Cela implique qu'il soit sensibilisé à son propre SA, qu'il puisse repérer celui du patient afin de l'aider à revisiter la relation d'aide à travers ce qu'il vit actuellement dans un climat sécurisé (Guédénéy, 2021a,). L'efficacité de ce type de thérapies semble avérée tant en préventif qu'en curatif (Lieberman et Zeanah, 1999, Broberg, 2000, Berlin *et al.*, 2008). Un attachement sécurisé au thérapeute procure une expérience émotionnelle correctrice à travers laquelle le patient peut arriver à utiliser des stratégies plus sécurisées pour réguler

ses affects et améliorer ses compétences sociales (Bowlby, 1988, Mallinckrodt *et al.*, 2009). Ce confort relationnel s'apparente à un compagnonnage (Guédénéy et Atger, 2015) qui ouvre au partenariat (Fournier et Kerzenet, 2007, Karazivan *et al.*, 2015) et la coconstruction de l'alliance thérapeutique, véritable enjeu du changement (Rodgers *et al.*, 2010, Guédénéy, 2021a) et de l'efficacité du processus thérapeutique (Horvath et Symonds, 1991, Rodgers *et al.*, 2010).

► La distance relationnelle et émotionnelle

Le thérapeute réfléchit et module la distance relationnelle et émotionnelle pour favoriser l'engagement du patient dans la thérapie (Lazarus, 1993), en s'appuyant sur des indices attachementistes : la forme du discours pour repérer les signes d'insécurité (Mary Main, *Adult Attachment Interview*, voir chapitre 1, « L'attachement à l'âge adulte » p. 15) et la narrativité (pouvoir raconter son histoire de façon cohérente et structurée, Ricoeur, 1988, 1996). Il s'adapte au patient en tenant compte du style d'attachement de celui-ci (Mallinckrodt *et al.*, 2009). En effet, chaque style d'attachement requiert une approche spécifique pour favoriser l'alliance thérapeutique en vue d'un changement. La distance émotionnelle la plus adaptée n'est pas la même pour un insécure ou un sécure et doit être réévaluée en permanence au cours de la thérapie. La moduler avec les sécures sera plutôt facile et agréable pour le thérapeute. Par contre, cela nécessitera un ajustement permanent et parfois délicat avec les insécures, que nous développerons dans le paragraphe suivant. Les patients insécures peuvent contribuer à engluier le thérapeute dans un sentiment d'impuissance ou de colère (Mallinckrodt *et al.*, 2009).

► Les quatre phases d'une thérapie au regard de l'attachement

D'après Mallinckrodt *et al.* (2009), quatre phases ponctuent la prise en charge attachementiste :

- **la phase d'engagement**, cruciale pour la suite de la thérapie (demande d'aide qui renvoie aux expériences d'attachement, alliance thérapeutique ; Bowlby, 1988, Dozier et Tyrrell, 1998),
- **la phase de transition** (le thérapeute devient une base de sécurité pour le patient),
- **la phase de travail** (le patient peut explorer à partir de la base de sécurité instaurée avec le thérapeute),

- **la phase de fin de prise en charge**, qui ravive les expériences d'attachement (lors de la séparation).

● *La phase d'engagement*

Il s'agit des premiers entretiens de la thérapie, où le patient et le thérapeute s'engagent dans la relation thérapeutique.

Les patients avec un **attachement sécure** ont une vision favorable de la relation d'aide. Il est donc relativement facile pour eux d'entrer dans le processus de la thérapie.

Les patients avec un **attachement préoccupé** ont besoin de réassurance et d'un regard positif continu pour pouvoir s'impliquer. Leur anxiété peut être soulagée par le partage du thérapeute de son expérience des thérapies et par le reflet de ses sentiments. Ce que le patient ressent de négatif vis-à-vis du thérapeute constitue un levier très puissant pour amorcer la relation et éviter l'écueil des critiques : aborder ouvertement et avec bienveillance les rendez-vous annulés, ratés et leur signification s'avère soulageant, impliquer le patient dans une curiosité mutuelle au sujet de son histoire, unir ses forces pour soulager sa souffrance, distiller l'espoir de façon authentique et engagée, tout cela peut constituer une expérience relationnelle cicatrisante.

Les patients avec un **attachement détaché** ont besoin de contrôler les sujets abordés pendant les premières consultations, ce qui leur évite le risque du débordement émotionnel et du dévoilement. Ils sont mal à l'aise avec la proximité et l'intimité, il est donc important de moduler la distance et de les laisser aller à leur rythme, même si cela implique des moments d'entretien un peu secs et très intellectualisés. Ils ont tendance à ne pas tenir compte de ce qui peut les connecter émotionnellement au thérapeute et à mettre de côté leurs besoins d'attachement, ce qui peut laisser le soignant bien seul, en colère, et avec le sentiment d'être incompetent, ce que leurs patients ont ressenti quand ils étaient enfants (Dozier *et al.*, 2001, Mallinckrodt *et al.*, 2009).

Avec les patients sécures, le thérapeute ne rencontre pas de difficulté particulière dans le contre-transfert. Avec les patients insécures, le thérapeute traverse des expériences intenses de contre-transfert : de la frustration avec les sujets préoccupés, et de la frustration et de l'ennui avec les sujets détachés. Il est donc judicieux de se préparer à ce type de relations et de ne pas réagir avec colère aux demandes incessantes des préoccupés et à l'imperméabilité des détachés. Cette capacité de gérer les fortes réactions affectives des insécures en luttant

contre la force de répétition des modalités relationnelles dysfonctionnelles exige du thérapeute de bien se connaître !

● *La phase de transition*

L'engagement thérapeutique va permettre de commencer un travail autour du changement. En termes d'attachement, la phase de transition est le moment où le thérapeute devient une base sécuritaire pour le patient. Le patient s'ouvre au changement. Il rapporte des modifications de comportement en dehors des consultations. Il devient plus tolérant à l'expression de sentiments plus profonds et plus intenses pendant la consultation. Il commence à se lancer dans le travail psychothérapeutique. La capacité de s'engager dans une introspection plus positive permet de développer des compétences relationnelles plus harmonieuses et de réguler les affects. Cette exploration tranquille favorise la mentalisation (Fonagy, 1991, Allen *et al.*, 2008), c'est-à-dire la capacité autoréflexive de comprendre ses états mentaux et ceux des autres (voir chapitre 2, « Mentalisation et attachement » p. 38).

Pendant cette phase, les patients sécuritaires s'engagent dans le travail thérapeutique, ce qui permet au thérapeute de devenir une base de sécurité, de façon assez fluide et simple.

Par contre, pour les insécures, le thérapeute a intérêt à augmenter progressivement la distance relationnelle avec les préoccupés et à réduire celle avec les détachés. Les patients avec un attachement préoccupé pensent que les autres doivent combler leurs besoins d'attachement, ils ne perçoivent pas qu'ils ont aussi un rôle à jouer pour soulager leur douleur. Le thérapeute peut les rediriger doucement vers eux-mêmes, les amener à prendre conscience de leur responsabilité vis-à-vis d'eux-mêmes de façon constructive et bienveillante. Avec les patients détachés, le thérapeute peut également les mener prudemment à une réflexion plus empathique sur leurs émotions, leurs sentiments ou leur demander d'imaginer celles de personnes importantes dans leur vie. S'ils acceptent, cela constitue un signal de changement très fort.

● *La phase de travail*

Les patients utilisent le thérapeute dans la dynamique du cercle de sécurité (Marvin *et al.*, 2002), c'est-à-dire comme une base de sécurité qui permet l'exploration, et un havre de sécurité avec une proximité possible en cas de menace. Les buts primordiaux de cette phase sont axés sur le développement d'un attachement sécuritaire et sur la régulation de la distance thérapeutique. C'est

la caractéristique de l'expérience émotionnelle correctrice qui peut conduire à des changements généralisés. Ce processus n'est pas linéaire, il connaît des avancées, des retours (*looping*) et des à-coups. C'est la relation elle-même et ses aléas (les brèches dans l'alliance et la réparation des heurts comme processus du changement lui-même) qui sont utilisés de façon spécifique et ciblée dans un travail de thérapie attachementiste.

Les patients sécures traversent cette phase de travail en s'appuyant sur le thérapeute avec confiance. Les patients avec attachement préoccupé peuvent être aidés à réduire leurs besoins de réassurance et leur hyperréactivité émotionnelle, et les détachés à augmenter leur capacité à ressentir leurs émotions.

D'une manière générale, le thérapeute va amener les patients insécures :

- à assouplir leur perfectionnisme désadapté ;
- à améliorer leur capacité d'autorenforcement ;
- à augmenter leur attention à leurs émotions et à accroître leur efficacité relationnelle avec leurs proches ;
- à renforcer leurs capacités à faire face à la détresse.

Downloaded by 3.8.18.9.19

● La phase de fin de prise en charge

D'un point de vue attachementiste, la fin d'une thérapie signifie la perte d'une FA (le thérapeute) et la séparation d'avec celle-ci, d'où l'activation du SA. La perte anticipée d'une telle relation peut réactiver des sentiments de deuil et d'anxiété surtout chez les sujets aux *patterns* insécures. C'est donc une période à aborder tranquillement, en prenant son temps, avec beaucoup de précaution et de prudence. Pour les patients, c'est un formidable potentiel de maturation : cela fait partie du cadre de soin que de terminer un jour la prise en charge. C'est une opportunité de mûrir, de renforcer la confiance en soi, d'assumer les aléas de la vie, et d'apprendre à être relié et séparé. Pour le thérapeute, tout en continuant à valider le ressenti des patients, il est pertinent de les aider à repérer les *patterns* insécures reliés à cette situation. Selon le modèle de Mikulincer et Shaver (2007), les stratégies sécures prédominent en fin de thérapie, et cela permet au patient d'aborder plus librement ce qu'il ressent au moment de cette séparation. Pour le thérapeute et les patients, c'est le moment de parler des progrès accomplis, de synthétiser ce qui s'est passé pendant la prise en charge, de partager avec joie et authenticité cette nouvelle période de l'après-thérapie et d'exprimer les sentiments de tristesse et de perte adaptés à cette séparation. Et bien sûr, dans une prise en charge attachementiste qui travaille sur la relation, l'après-thérapie ne signifie pas une rupture, mais au contraire un maintien du

lien : les patients doivent partir en sachant que le thérapeute, un autre soignant ou une équipe identifiée du même service restent disponibles si besoin.

► L'attachement des thérapeutes et le processus psychothérapeutique

Nous avons vu précédemment que pour mener à bien une psychothérapie attachementiste, le thérapeute a pour objectif d'offrir une base de sécurité et un havre de sécurité, de devenir une FA pour le patient, afin de lui permettre d'explorer de nouvelles perspectives inter-relationnelles et d'amorcer un changement en revisitant ses MIO. Adopter cette posture renvoie le thérapeute à son propre SA (Mallinckrodt, 2000, Guédeney, 2021a). Certes, il écoute le patient et se montre sensible à ses plaintes, mais il réfléchit également aux besoins d'attachement que celui-ci exprime (capacité de mentalisation, voir chapitre 2, « Mentalisation et attachement » p. 38) pour y répondre de façon souple et ajustée. Il est plus facile pour les thérapeutes sécures de puiser dans leurs ressources et de s'appuyer sur le groupe pour faire face aux défis de la prise en charge. Les thérapeutes insécures peuvent se montrer moins sensibles aux besoins du patient et y répondre de façon moins flexible et variée (Guédeney, 2021a), ce qui peut affecter l'alliance thérapeutique (Marmarosh *et al.*, 2009, Sauer *et al.*, 2010, Guédeney, 2021a), voire les résultats de la thérapie (Marmarosh *et al.*, 2009). Les thérapeutes insécures détachés peuvent se montrer efficaces en tant que base de sécurité, en encourageant l'exploration qui maintient une certaine distance. Ils peuvent penser plus que ressentir. Les thérapeutes insécures préoccupés peuvent se sentir plus à l'aise avec les expressions émotionnelles et l'intimité, tout en craignant la rupture du soin et le conflit. Toutefois, cela ne rend pas compte de la complexité du rôle du soignant et ne fait pas des soignants insécures de « mauvais » soignants. Certains soignants ont eux-mêmes vécu des situations dans l'enfance qui les ont conduits à une parentification et à un « *caregiving* compulsif » (Bowlby, 1988), au service de leurs propres besoins, ce qui peut les amener à l'épuisement et à une véritable détresse (Guédeney, 2021a). C'est pourquoi bien connaître son propre SA quand on est thérapeute peut aider à prendre conscience de ses limites en termes de réponse aux besoins d'attachement des patients, à réguler ses propres émotions négatives qui peuvent surgir pendant la thérapie, à ne pas s'épuiser dans un « *caregiving* compulsif », s'assécher ou se désespérer en cas de rupture, d'échec ou de faillite dans le processus thérapeutique et garder sa capacité de soutien et de mentalisation (Guédeney, 2021a).

MENTALISATION ET ATTACHEMENT

La mentalisation (Fonagy, 1991) est la capacité d'interpréter les comportements en relation avec ses états mentaux et ceux des autres. Il s'agit d'un véritable travail en direct qui fait appel à l'imagination : pouvoir se regarder soi-même de l'extérieur et les autres de l'intérieur (Holmes, 2001). Ce processus interactif est au cœur des pratiques psychothérapeutiques. Complexe, à multiples facettes, il comporte des aspects développementaux, neurobiologiques (reliés au stress) et psychologiques. Il ne s'agit ni de l'empathie, ni de *l'insight*, ni de l'introspection. La mentalisation permet de se focaliser sur ses émotions, ses sentiments et ceux des autres et d'entrer en relation avec les autres en leur attribuant des états d'esprit (Allen *et al.*, 2008, Debbané, 2016). Cela demande des efforts, de la souplesse, de la capacité d'identifier, de moduler et de réguler ses affects, et de réfléchir « à propos de ». Mentaliser s'apprend : les parents et les *caregivers* guident l'enfant et le lui apprennent tout au long de son développement, à travers la reconnaissance et la régulation des émotions (*mirroring*, voir Annexes, « Lexique »), l'attention conjointe, le langage, les interactions pédagogiques, ce qui promeut l'engagement social (Stern, 1985). L'enfant expérimente des émotions partagées, reflétées et soulagées quand elles sont négatives, dans une dynamique interpersonnelle : le *mirroring* de l'affect et la régulation émotionnelle favorisent le développement du sens de soi et de la confiance (Debbané, 2016). La réponse rapide, flexible et adaptée des parents aux besoins d'attachement de l'enfant lui procure réconfort et soulagement, et ce d'autant plus qu'ils ont en tête leur état mental et celui de l'enfant (Debbané, 2016).

Dans le contexte de la thérapie, le processus de mentalisation est au cœur de la relation, comme nous l'avons dit précédemment. Cette capacité permet aux patients d'appréhender les sources de leurs motivations dans les relations interpersonnelles et de les relier à des comportements prévisibles (Debbané, 2016). Il est donc primordial d'en tenir compte et d'adopter une dynamique qui facilite la mentalisation.

Les travaux de Mallinckrodt *et al.* (2009), Allen *et al.* (2008), Debbané (2016) permettent de guider le thérapeute dans ce domaine.

LES POSTURES À ENCOURAGER

- adopter avec authenticité une attitude interrogative, curieuse, ouverte, active qui facilite l'exploration ;
- valider l'expérience du patient ;

- encourager la mentalisation sur soi-même, sur les autres, à propos de la relation thérapeutique ;
- adapter les interventions aux capacités de mentalisation du patient ;
- encourager le patient à envisager des perspectives alternatives ;
- explorer la relation patient/thérapeute en cours ;
- monitorer et explorer les réactions du patient ;
- reconnaître quand on ne sait pas quoi dire (« bouton pause »), revenir en arrière (« bouton retour ») et recruter le patient ;
- utiliser la distance thérapeutique de façon souple et parfois contradictoire ;
- être ordinaire ;
- être transparent, reconnaître facilement son rôle dans les désaccords.

LES ATTITUDES À ÉVITER

- les efforts pour être (trop) intelligent ;
- les interventions trop longues, trop compliquées ;
- présenter vos idées aux patients comme des certitudes ;
- utiliser le transfert pour explorer les répétitions inconscientes ;
- permettre des silences prolongés.

ATTACHEMENT ET PRATIQUE CLINIQUE

Lors d'une prise en charge attachementiste, le thérapeute participe pleinement à cette rencontre : il observe ce qui se passe, « le moment de rencontre est l'un des moments clés pour susciter un changement... Un voyage de sentiments partagés » (Stern, 2003). L'observation éthologique, base de la théorie de l'attachement, est utilisée comme un puissant levier thérapeutique. Le thérapeute monitoré ce qui se passe pendant la consultation et s'en sert comme matériel de travail : la priorité est donnée à « l'ici et maintenant ». « Le moment présent » est un « terrain de rencontre entre le passé et le présent » (Stern, 2003), aux interactions et aux comportements verbaux et non verbaux entre les différents protagonistes (propos dénigrants, histoires de ruptures ou de discontinuité du lien, plaintes, attitudes surprenantes à des moments attachement-pertinents ; Guédeney, 2007, Guédeney et Atger, 2015). Comme nous l'avons

déjà dit, l'impact de la première rencontre renvoie à une situation attachement-pertinente qu'est la demande d'aide à des professionnels perçus « plus grands, plus sages, plus forts » (Bowlby, 1988). Le thérapeute écoute, interroge et ne met pas en doute la parole du patient. Il l'amène à s'interroger de façon ouverte sur ce que signifie pour lui, d'une façon générale, demander de l'aide et ne pas y arriver tout seul (aide à la mentalisation). Il repère le type de discours concernant le système d'attachement, les comportements adoptés dans les situations attachement-pertinentes, les modifications infraverbales, les réactions aux dysfonctionnements du cadre thérapeutique. Il évalue le style probable d'attachement et adapte la distance relationnelle en fonction de celui-ci. Il favorise l'engagement dans la relation thérapeutique, tout en coconstruisant une alliance grâce aux éléments abordés (partenariat corrigé quant au but).

Le dispositif technique implique d'être à l'heure (baisse du stress de l'attente, respect), de diminuer la sensation d'inconnu (se présenter, expliquer sa pratique de manière fluide et ouverte), de favoriser l'établissement d'un lien sécurisant en accueillant les manifestations émotionnelles (utilité d'une boîte de mouchoirs dans le bureau), en les encourageant et en les valorisant comme preuve de confiance, tout en dédramatisant si nécessaire et en soulignant le courage montré. Du fait de la position asymétrique du patient vis-à-vis du soignant, il est important de reconnaître systématiquement toute erreur venant du thérapeute. Il s'agit également de construire un partenariat sur les objectifs et les tâches en s'adressant au patient adulte et souvent à l'enfant blessé dans l'adulte, en intégrant sa perspective et la nôtre, et en évitant les distorsions, ce qui favorise la mentalisation (Fonagy, 1991, Allen *et al.*, 2008). En cas de difficulté, il est avisé de tester les autres systèmes motivationnels et de demander de l'aide voire une supervision (Guédeney, 2021a), ce qui permet d'organiser une chaîne de sécurité patient-thérapeute-superviseur solide et fiable.

MODULER L'INTERVENTION

Dans le cadre d'une prise en charge attachementiste, l'évaluation est centrée sur plusieurs points spécifiques (Tereno *et al.*, 2017b), qui permet de moduler l'intervention :

- évaluation du *caregiver* : besoin d'aide chez les parents, soutien des parents, « *caring for the caregiver* » (Kobak et Mandelbaum, 2003) ;
- évaluation du *caregiving* : sensibilité et réponse parentale ;
- évaluation des interactions comportementales, verbales et infraverbales (aspect éthologique) ;
- évaluation du développement de l'enfant ;

- évaluation du développement de l'attachement de l'enfant à ses parents, et des styles d'attachement des parents ;
- évaluation psychopathologique des parents et recherche d'éléments traumatiques ;
- poids de la transmission intergénérationnelle ;
- impact des événements réels ;
- « ici et maintenant » : ce qui se passe pendant la consultation ;
- évaluation de l'alliance thérapeutique.

En résumé, la pratique clinique attachementiste s'avère efficace et vise à favoriser l'établissement d'une relation sécurisée entre le patient et le thérapeute, à encourager la mentalisation et l'expression émotionnelle, en validant les expériences réellement vécues par le patient. Pour le patient, cette dynamique de soin est propice à vivre une expérience relationnelle et émotionnelle correctrice et qui ouvre au changement. Au fil des consultations, il est impératif de modéliser ce qui se passe et de méta-communiquer sur la relation d'aide, en gardant une vision intégrative et en tenant compte du contexte (attachement-pertinent ou pas). Pour le thérapeute, devenir une FA auxiliaire pour le patient demande des qualités d'engagement, d'authenticité, de transparence qui favorisent l'alliance thérapeutique (Atger *et al.*, 2021). L'évaluation tout au long de la prise en charge permet d'adapter au mieux l'intervention thérapeutique.

QUELQUES APPROCHES SPÉCIFIQUES ATTACHEMENT-PERTINENTES CHEZ L'ADULTE

Nous nous contenterons de citer et résumer brièvement quelques types de thérapies attachementistes pour illustrer notre propos. Pour plus d'informations, nous vous invitons à vous référer aux différents ouvrages cités dans la bibliographie.

► Les Thérapies Basées sur la Mentalisation (TBM)¹

Elles sont destinées aux adultes et adolescents qui présentent des troubles graves de la personnalité, particulièrement les personnalités borderline (Fonagy, 1991, Allen *et al.*, 2008). Elles ont pour objectifs d'augmenter la capacité du

1. Debbané, 2016.

patient à mentaliser sur soi et les autres, de cibler son état d'esprit et de gérer son niveau d'activation émotionnel. Il s'agit pour le thérapeute de procéder pas à pas, dans l'« ici et maintenant », avec la validation empathique, tout en préservant sa propre capacité à mentaliser.

Les séances de TBM sont basées sur un événement que raconte le patient (narratif), sur l'expérience qu'il en fait, la réflexion qui en découle, l'émotion actuelle qu'il ressent au sujet de cet épisode et du fait d'en parler au thérapeute, et la capacité de s'ouvrir à des perspectives alternatives.

La durée de la TBM est de 12 à 18 mois. Elle alterne une séance individuelle (30 minutes) et une séance de groupe (90 minutes) par semaine et comporte trois étapes : 1. une étape d'évaluation clinique : aborder le diagnostic, élaborer la formulation, définir un plan de crise, décider du contrat, 2. la TBM I : introduction, psychoéducation, et 3. la TBM Traitement : en individuel et en groupe. Il est convenu d'arrêter la thérapie en l'absence d'amélioration au bout de 6 mois. Il existe des déclinaisons de la TBM en groupe pour les familles et pour les adolescents (Lavigne *et al.*, 2016). À noter le remarquable travail de l'équipe de Nijssens *et al.* (2012), qui a mis au point une prise en charge spécifique de parents *borderline* et de leurs enfants (MBT-P).

► La Thérapie Inter-Personnelle (TIP)

Au départ, la TIP est une thérapie destinée aux adultes, limitée dans le temps et formalisée autour d'objectifs coconstruits, et sous-tendue par un corpus théorique solide. Elle a été mise au point par Klerman et Weissman dans les années 1970, dans le cadre d'un protocole de recherche pour valider l'efficacité des traitements antidépresseurs (pharmacologie *versus* psychothérapie). Elle a donc tout d'abord été modélisée comme une condition de contrôle, puis codifiée dans un manuel (Klerman *et al.*, 1984) et réservée aux traitements des états dépressifs, démontrant un lien entre la dépression et la crise interpersonnelle (théorie interpersonnelle de Sullivan, 1953). Elle s'appuie sur plusieurs fondements théoriques : le modèle biopsychosocial de Meyer (1957), la théorie de la communication de Kiesler et Watkins (1989) et la théorie de l'attachement de Bowlby (1969) et elle a fait l'objet de nombreuses publications confirmant son efficacité. Elle donne priorité à l'interpersonnel afin de façonner une communication ajustée et harmonieuse, de résoudre la crise interpersonnelle avec une priorité sur les relations sources d'aggravation de la détresse, mais aussi de soulagement et de changement rapide et efficace. Elle intervient sur un des quatre domaines problématiques suivants : conflit interpersonnel, deuil, transition de

rôle et déficit interpersonnel/isolement quantitatif ou qualitatif. Le protocole (Rahioui, 2016, Neveux, 2017) est basé sur un nombre de douze à seize séances, comportant une phase initiale (deux à trois séances, phase de diagnostic et de psychoéducation avec un inventaire interpersonnel), une phase intermédiaire (huit à dix séances, phase de travail psychothérapique), une phase de fin de prise en charge (deux à trois séances) et une phase de maintien (une séance par mois). La TIP s'appuie sur des techniques d'exploration, de clarification, d'encouragement à exprimer ses émotions, d'analyse de la communication et d'analyse décisionnelle. Progressivement, les indications de la TIP se sont étendues aux adolescents, aux personnes âgées, et à d'autres pathologies comme les troubles bipolaires, les dysthymies, les troubles des conduites alimentaires, les addictions, les troubles anxieux, le trouble de la personnalité limite (borderline), le stress post-traumatique... Bien que faisant référence à la théorie de l'attachement, le protocole classique de la TIP ne met pas en avant de façon spécifique les liens d'attachement. La TIP basée sur l'attachement (TIP-A) se concentre sur les liens d'attachement, les MIO (modèle de soi, modèle des autres) et la régulation émotionnelle dans les relations interpersonnelles (Rahioui, 2016).

QUELQUES APPROCHES SPÉCIFIQUES ATTACHEMENT-PERTINENTES PARENTS/ENFANTS OU ADOLESCENTS

Lors d'une thérapie attachementiste d'enfant, le travail avec le ou les parents est indispensable et il est axé sur l'alliance thérapeutique, la sensibilité parentale, le *caregiving* et l'aide à la mentalisation, en présence ou non de l'enfant, avec la possibilité d'aide de la vidéo. À noter que dans le cas de l'utilisation de la vidéo, une formation spécifique en *videofeedback* est nécessaire. Dans ce cadre, l'accent est mis sur le rôle primordial de l'enfant ainsi que la motivation au changement des parents, véritables catalyseurs du processus thérapeutique (Bowlby, 1988, Fraiberg, 1989). Le travail est centré sur le fait que le thérapeute crée une base de sécurité amenant l'enfant à exprimer ses émotions et ses besoins d'attachement, et à ce qu'ils soient validés par ses parents. Pour cela, lorsque l'enfant est en détresse pendant la consultation, le thérapeute ne répond pas à ses besoins émotionnels à la place des parents, il s'appuie sur les observations éthologiques effectuées puis il accompagne les parents pour qu'ils modifient leurs comportements afin de mieux répondre à ses besoins. Il explique combien ses besoins d'attachement sont légitimes et encourage à les exprimer. La place

du thérapeute est de soutenir et valoriser les compétences parentales. Une fois que ce processus est généralisé, cela va permettre à l'enfant de revisiter ses MIO et de bénéficier d'une « sécurité acquise » (Morales-Huet et Guédeney, 2016).

Dans les thérapies parents-bébé, l'accent est mis sur le lien d'attachement en s'inspirant du modèle de Fraiberg. Il s'agit d'augmenter la sensibilité parentale aux signaux du bébé dans une atmosphère tranquille et chaleureuse (Morales-Huet et Guédeney, 2016).

Dans les thérapies parents-adolescents, il faut tenir compte de la réactivation du SA et de la balance exploration/sécurité chez l'adolescent, travailler le partenariat adolescent-parent et thérapeute-adolescent-parents et utiliser les expériences réelles ainsi que le cadre thérapeutique pour explorer le monde interne, en alliance avec les parents (Vuilliez-Coady *et al.*, 2021).

Nous avons choisi de présenter ici, sans aucune volonté d'exhaustivité, quelques dispositifs de recherche et/ou d'action qui nous ont inspirées et/ou qui sont accessibles à des non-anglophones.

► Pour les parents et les enfants

■ *Minding the Baby* de Slade *et al.* (2005)

Ce programme comportant des visites à domicile s'adresse à des familles en grande difficulté, il est centré sur la relation mère/bébé et le soutien aux *caregivers* dans une dynamique attachementiste (Morales-Huet et Guédeney, 2016, Berlin *et al.*, 2008).

■ Le cercle de sécurité de Marvin *et al.* (2002)

Cette thérapie s'appuie sur le cercle de sécurité (*Circle of Security International*, 2020) qui illustre la balance des comportements de sécurité et d'exploration dans une dynamique interactive, éducative et thérapeutique (Morales-Huet et Guédeney, 2016, Berlin *et al.*, 2008).

■ *Theraplay* (Vandenbroucke, 2021)

Cette thérapie de courte durée est indiquée notamment dans la prise en charge d'enfants présentant des troubles oppositionnels. Elle permet de modifier la dynamique relationnelle désagréable des familles, dans une séquence de jeu, en utilisant l'observation filmée (« ici et maintenant ») et une guidance active et sécurisante du thérapeute, visant à sécuriser le lien d'attachement enfant/parent et à soutenir le *caregiving* parental.

● Thérapies et videofeedback

■ **CAPEDP : le projet de diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et promotion de la résilience**

CAPEDP (Compétences parentales et Attachement dans la Petite Enfance ; Tubach *et al.*, 2012, Tereno, Guédeney *et al.*, 2017, Tereno, Madigan *et al.*, 2017) est un programme de promotion de santé mentale destiné aux enfants de 0 à 24 mois vivant dans des familles multirisques. Ce programme, mené à Paris (P^r Guédeney, université Paris-Diderot), comporte des interventions attachement-informées avec l'utilisation de la vidéo et des visites à domicile. Il a pour objectifs le développement de la relation mère/enfant, l'amélioration de la sensibilité parentale et la diminution de la survenue de comportements désorganisés.

■ **Clinical Assisted Video Feed-back Exposure (CAVES)**

Ce programme suisse est issu de la recherche concernant la relation mère traumatisée/enfant et le contexte de violence. Il comprend 3 sessions avec *videofeedback*. Il a un effet bénéfique sur la réduction des attributions négatives des mères concernant leur enfant (Schechter et Rusconi-Serpa, 2011).

■ **Clinical Assisted Video Approach Therapy (CAVEAT)**

Il s'agit d'une thérapie brève pour les mères traumatisées, application pratique du CAVES. Ce programme a pour objectifs de sortir du cercle vicieux trauma/violence, en se concentrant sur les interactions mère/enfant, la guidance interactive avec *videofeedback* (Rusconi-Serpa *et al.*, 2009), le travail sur l'attention conjointe, la sensibilité parentale, le lien d'attachement, la fonction réflexive, et la recherche d'éléments positifs (Schechter *et al.*, 2006, 2015).

► **Pour les parents et les adolescents**

■ **Attachment Based Therapy (Kobak *et al.*, 2015)**

Ce programme est centré sur le cercle de sécurité, la communication et les représentations d'attachement (MIO) des adolescents et de leurs parents (Vuilliez-Coady *et al.*, 2021).

■ **La TIP pour adolescent**

La TIP classique a été adaptée pour les adolescents dépressifs, avec focus sur les habiletés communicationnelles et sociales, le cercle de proximité, la souplesse du cadre, la confidentialité, l'implication des parents et des proches si possible (Mufson *et al.*, 2004). Son efficacité est reconnue (Mufson et

Anderson, 2008, Lavigne, 2016). Il existe aussi une déclinaison de la TIP pour l'acquisition d'habiletés sociales, qui se déroule en groupe (Mufson et Anderson, 2008), et axée sur l'attachement (Rahioui, 2016).

QUELQUES APPROCHES SPÉCIFIQUES ATTACHEMENT-PERTINENTES POUR LES FAMILLES ET LEURS AIDANTS

Nous avons choisi de vous présenter quelques approches francophones.

- **Le programme PANJO**, dispositif attachement-pertinent de soutien et de prévention en faveur de la santé des jeunes mères primipares isolées, est déployé progressivement à partir des services de Protection Maternelle Infantile (PMI) (Dugravier et Saïas, 2015). Issu des résultats de l'étude CAPEDP (Tereno *et al.*, 2017a), ce programme de recherche-action vise à fournir un véritable plan d'intervention avec des outils adaptés à la pratique des puéricultrices. Il serait intéressant de le généraliser dans les pratiques des PMI (Saïas *et al.*, 2016).
- **La « trousse de voyage au cœur de l'attachement »** de la Québécoise Jeanne Roy (2016) a le mérite d'être élaborée en français. Il s'agit d'un programme d'intervention psychopédagogique autour du développement de l'enfant et de l'attachement. Il contient cinq carnets et treize annexes et il peut être utilisé de façon très souple par les professionnels de la petite enfance.
- **L'Institut de la Parentalité** ouvert en 2017 par le Dr Anne Raynaud, psychiatre (Bordeaux), propose un modèle collaboratif attachementiste intéressant et très innovant en France. L'équipe, composée de médecins et de paramédicaux, a créé un lieu de consultations dont le focus est mis sur la prévention et sur la relation d'attachement. L'idée est d'intervenir en amont, parfois avant même la conception du bébé, afin de permettre la mise en place d'un lien le plus sécurisé possible entre un enfant et ses parents, et ainsi un développement plus harmonieux de l'enfant (Raynaud, 2019, Raynaud, 2021).

Chapitre 3

Qu'est-ce que la Co-Consultation Attachement Parents-Enfant ?

HISTOIRE DE LA CCAPE

Ce projet est né pendant l'été 2010 d'une envie commune des deux auteures de ce livre et du Dr Anne-Cécile Courtois de travailler ensemble et de développer un partenariat plus important entre nos deux équipes du centre médico-psychologique pour adulte (CMPA) et du centre médico-psychologique pour enfant et adolescent (CMPE) de Plaisir, dans les Yvelines (78G12 et 78I04, centre hospitalier de Plaisir) (Genet *et al.*, 2013).

Dans le cadre habituel de nos CMP, nous sommes confrontés à des difficultés pour prendre en charge certaines dyades ou triades parents-enfant. En effet, au niveau du CMPE, nous recevons souvent des demandes pour des enfants avec des parents dont il faut prendre en compte la grande souffrance, le trouble psychique, pour les aider de façon spécifique dans la relation parents-enfants en étant attentif à chacun. Au niveau du CMPA, nous recevons des adultes en souffrance psychique qui peuvent rencontrer des problèmes dans la relation avec leur enfant de façon spécifique. Dans les deux cas, la demande d'aide concerne l'interface entre le CMPE et le CMPA. Et cela peut entraîner des chassés-croisés entre CMPA et CMPE parfois peu coordonnés et des patients « perdus de vue ».

À partir de ce constat, nous avons ressenti la nécessité de créer un dispositif pour renforcer notre collaboration inter-centres médico-psychologiques, travailler le lien parents-enfant et la parentalité en nous inspirant des programmes *evidence-based* déjà existants (Delawarde *et al.*, 2014). L'idée d'une consultation conjointe psychiatrie adulte/pédopsychiatrie a alors émergé et, pour travailler le lien parents-enfant, la théorie de l'attachement s'est rapidement imposée comme un outil de travail spécifique et interdisciplinaire : la Co-Consultation Attachement Parents-Enfant (CCAPE) était née. Nous avons constitué une petite équipe inter-CMP composée d'une secrétaire, de psychiatres, infirmières et psychologues. Qu'un CMPE et un CMPA collaborent de la sorte était une première dans notre région.

Pendant 11 ans, la CCAPE a grandi : l'équipe a évolué et le nombre de consultations a augmenté. Malgré son succès auprès des familles et de nos collègues, cette belle aventure a pris fin en avril 2021.

Nous avons pu constater l'intérêt et l'efficacité de ce modèle au fil des années, et nous avons été parmi les premiers en France à créer une consultation uniquement basée sur la théorie de l'attachement. Et surtout, la CCAPE a été un merveilleux « laboratoire » de collaboration, de créations d'outils attachementistes et un formidable levier de transmission. Nous vous la présentons dans l'idée que d'autres pourront s'en inspirer pour inventer des dispositifs attachementistes avec leur propre créativité.

Downloaded by 3.8.18.9.19

LA CONSULTATION « CCAPE »

La CCAPE a pour but d'aborder une problématique entre un enfant et ses parents sous un autre angle, d'optimiser des objectifs communs à travers la prise en compte des difficultés de chacun, d'explorer un terrain commun (la relation parent-enfant), de proposer une évaluation conjointe et de développer le partenariat CMPA-CMPE. Nous y prenons en charge un enfant jusqu'à 17 ans, avec un ou deux parents. Il nous arrive parfois de recevoir la fratrie ou une figure d'attachement supplémentaire, ou une famille d'accueil pour un enfant placé, à condition que les parents d'accueil soient des figures d'attachement.

Les indications sont liées à des difficultés de séparation chez le parent et/ou l'enfant (par exemple lors d'une perte importante ou d'un deuil, d'un changement de vie, ou d'une phobie scolaire), de régulation des émotions négatives (par exemple les colères dysfonctionnelles), dans les interactions où les parents ne peuvent pas répondre aux besoins d'attachement de leur enfant (par exemple

pour des parents en grande souffrance suite une dépression ou un épisode dissociatif, ou avec un enfant avec des troubles psychiatriques ou somatiques importants). Nous ne prenons pas en charge les familles au moment d'un épisode aigu, psychotique ou thymique, chez le parent ou l'enfant, ni dans le cadre d'une situation d'urgence psychiatrique. Nous ne menons pas de thérapie familiale : la CCAPE permet d'explorer la relation des parents avec un enfant et non l'ensemble de la dynamique familiale.

Les objectifs pour les patients sont de dépister et d'évaluer les troubles de la relation parents-enfant, de favoriser l'accès aux soins pour chacun lorsque l'autre est déjà pris en charge, de prévenir les troubles de l'attachement chez l'enfant, de travailler les capacités de *caregiving* des parents, de prendre en compte les troubles de l'attachement des adultes devenus parents pour ajuster au mieux la stratégie thérapeutique, et de proposer un dispositif de soin plus spécifique à leur problématique.

À la CCAPE, nous recevons uniquement des familles dont un des membres bénéficie d'un suivi psychologique ou psychiatrique. Il s'agit donc toujours d'une consultation de seconde intention, sur demande écrite du psychologue ou psychiatre, libéral ou hospitalier, qui suit le ou les patients, et avec accord de la famille évidemment. Nous évaluons à partir du courrier ou du courriel la pertinence de l'approche attachementiste ; cette évaluation se poursuivra lors de la première consultation si besoin. Cette modalité particulière nous permet de garantir un cadre de travail attachementiste. Si nous ne pouvons pas assurer la prise en charge, nous motivons toujours notre décision auprès du professionnel adressant.

Lorsque nous avons débuté cette consultation, nous l'organisons avec trois soignants : deux thérapeutes tous deux formés à l'attachement (Diplôme Universitaire sur l'attachement de l'université Paris-VII) et un observateur ; chaque thérapeute a alors une place définie soit « du côté des parents » soit « du côté de l'enfant ». Puis la place de chacun a évolué pour correspondre plus à un dispositif de thérapie systémique avec un thérapeute et un cothérapeute, et toujours un observateur. Sauf imprévu, les trois soignants restent les mêmes tout au long de la prise en charge d'une famille.

Nous proposons un rythme d'une consultation par mois, d'une durée assez longue (entre une heure et une heure trente). La consultation est structurée en trois séquences : une première de quarante-cinq à soixante minutes, puis une pause de dix minutes puis une reprise de quinze minutes. La pause est un moment précieux où parents et enfant se retrouvent, peuvent « se poser », boire et manger des gâteaux que nous mettons à leur disposition. Pour l'équipe, il s'agit

de reprendre pied dans la tourmente relationnelle et de réamorcer le processus de mentalisation (voir chapitre 2, « Mentalisation et attachement » p. 38) : nous réfléchissons, posons les éléments recueillis, émettons des hypothèses pour pouvoir clore la deuxième partie d'entretien par une restitution de nos échanges et des propositions concrètes à la famille, en ayant baissé l'intensité relationnelle. Après la consultation, nous nous réservons entre vingt et trente minutes pour réfléchir à ce qui s'est passé durant la consultation, émettre des hypothèses et dégager des pistes de travail pour la consultation suivante.

Nous nous réunissons une fois par mois, avec une psychologue attachementiste, Mme Susana Tereno, professeure associée à l'Institut de psychologie de l'université Paris-Descartes et membre de l'association APRA (Association pour la Promotion de la Recherche sur l'Attachement) pour une supervision et une formation continue autour de l'attachement. Elle enseigne la théorie de l'attachement à l'équipe en se basant sur les cas exposés, ce qui permet une formation continue vivante et appliquée (Falander et Shafranske, 2008). Elle nous recentre sur la pratique de l'attachement et donne accès au savoir scientifique.

Nous accueillons deux à trois stagiaires sur une année scolaire (étudiants, psychologues, infirmières, internes).

Dès la première consultation, nous précisons aux familles qu'il s'agit d'une thérapie de durée brève. Dans les premières années de la CCAPE, nous proposons un nombre de séances correspondant environ à une année scolaire (huit séances en moyenne). Au fil du temps, le nombre de consultations a évolué : une à deux séances initiales, quatre à six séances de travail, une à deux séances de fin de prise en charge, une à deux séances de maintien (environ six mois après la dernière). Si le nombre de consultations ne correspond pas à ce qu'on avait annoncé, nous l'expliquons et établissons un nouveau contrat avec le patient si nécessaire. Avec la pratique, nous avons tenté de réduire le temps entre deux consultations afin d'intensifier la dynamique de travail chez chacun. À la fin de la prise en charge, nous rédigeons un compte rendu de la prise en charge pour la famille et, avec son accord, pour le ou les professionnels qui nous l'ont adressée.

Afin de recueillir des éléments cliniques, nous faisons passer de façon systématique des autoquestionnaires avant la première consultation, après la dernière consultation puis un an après la prise en charge (pour plus de détails : voir chapitre 3, « Intérêt des échelles dans le dispositif CCAPE » p. 63).

La CCAPE est maintenant connue et reconnue, et nous sommes régulièrement sollicitées pour des formations ou des analyses de pratique.

LE CADRE ATTACHEMENTISTE DE LA CCAPE

► L'équipe

Notre équipe est multidisciplinaire et vient d'horizons variés. Volontaires pour participer à cette aventure, les membres de l'équipe sont intéressés aussi bien par cette démarche collaborative que par la théorie de l'attachement. Pour être thérapeute à la CCAPE, il faut disposer d'une solide formation (DU attachement) et d'une expérience attachementiste, afin de mener à bien cette consultation « hyper-spécialisée ». Cependant, les observateurs peuvent se former progressivement à la théorie de l'attachement au fil des consultations, des supervisions et des formations internes.

Dans une prise en charge attachementiste, l'accueil du sujet est fondamental (Guédeney, 2021). Notre secrétaire est en première ligne. Elle est sensibilisée à l'approche attachementiste, elle assiste aux supervisions et participe aux échanges. Elle sait être une base et un havre de sécurité pour ses collègues en organisant et planifiant notre activité ainsi qu'en accueillant au mieux les patients.

Comme nous l'avons déjà signalé, pour chaque famille, un même trio de soignants (deux thérapeutes et un observateur) est désigné pour toute la durée de la thérapie, sauf imprévu, afin d'avoir les conditions favorables à la création du lien famille-soignants nécessaire dans ce type de thérapie. Au fil du temps, nous avons mieux défini la place de chaque thérapeute afin d'améliorer le fonctionnement du trio. De même, lors des supervisions, nous aidons chacun à prendre conscience de son style d'attachement, afin d'entretenir la meilleure dynamique thérapeutique possible (Dolan *et al.*, 1993, Guédeney, 2021).

Après la fin de la prise en charge, l'équipe assure aux familles un maintien du lien. Quel que soit le moment de cette prise en charge attachementiste, pendant et hors du temps de consultation, nous espérons qu'elles vivent des expériences émotionnelles correctrices qui permettent de moduler leurs MIO. Prenant en compte le fait qu'elles ont souvent un vécu négatif de la relation d'aide, nous leur assurons donc toujours une réponse à leur demande d'aide, soit par téléphone soit lors d'un rendez-vous, et ce dans un délai raisonnable. S'il arrive qu'un patient ne soit pas rappelé, nous endossons pleinement la responsabilité de cette erreur. De même, nous maintenons le lien avec l'équipe référente par des échanges et un compte rendu de prise en charge. Si une famille n'honore pas des rendez-vous ou arrête précocement la thérapie, la secrétaire ou un thérapeute, selon la situation, lui envoie un courrier ou lui téléphone : nous lui montrons

ainsi que nous sommes attentifs à son vécu, à ce qui se passe pour elle dans son quotidien, dans notre relation et nos soins.

► **Le bureau accueillant**

Tout thérapeute attachementiste essaie de minimiser la sensation d'inconnu lorsqu'il accueille son patient (Guédeney, 2021). Nous avons donc été attentifs à la première impression que peut donner notre bureau de consultation : il est grand, lumineux, avec des tableaux pour égayer les murs. Les chaises sont installées de façon à former un cercle. L'absence de bureau entre les thérapeutes et la famille adoucit l'asymétrie soignant-soigné et favorise les échanges dans une ambiance plus conviviale. Cette disposition permet également de bouger facilement les chaises au cours de la séance : si un enfant ou un parent a besoin de la proximité physique de sa FA, celle-ci peut se rapprocher, de même pour un thérapeute envers un patient adulte. Chaque membre de la famille choisit sa place, les thérapeutes s'installent ensuite. L'observateur est assis selon son choix ou bien derrière une petite table pour écrire, ou bien dans ce même cercle. Chacun se positionne de façon à être le plus confortablement installé, selon sa fonction, son âge ou son état. À proximité des chaises, deux grosses caisses avec des jouets et un petit bureau, des feuilles et des feutres sont à disposition de l'enfant. Nous privilégions ces moments d'échanges parents-enfant autour de jeux, cela nous permet d'affiner nos observations sur les styles d'attachement et de travailler sur « l'ici et maintenant ». De même, la place de chacun, la disposition des chaises ou des jeux nous renseigne sur l'évolution de la relation d'aide au sein de la famille.

Nous disposons d'un deuxième bureau, plus petit, en face du premier, que nous utilisons lorsque nous devons séparer les espaces, par exemple pour protéger l'enfant des propos inadaptés d'un parent.

Pour le temps de post-consultation et de supervision, nous disposons de la salle de réunion du service : l'équipe peut y trouver un peu de réconfort autour d'un thé ou d'un café et de quelques gâteaux après une séance parfois éprouvante.

► **Le collaboratif, la créativité et le plaisir partagé**

Notre équipe s'appuie sur une dynamique basée sur le collaboratif, qui favorise l'inventivité, la créativité, l'émergence de meilleures stratégies et une efficacité accrue dans une atmosphère de plaisir partagé (Saggese, 2005, Selvini et Selvini-Palazzoli, 2017). Nous préparons chaque consultation de façon structurée, à

partir des hypothèses de travail élaborées dans le temps de post-consultation ou en supervision. Nous nous appuyons les unes sur les autres, tant dans le trio de consultation que dans le grand groupe de la CCAPE. Nos échanges et notre réflexion commune alimentent notre pratique et enrichissent notre expérience (voir chapitre 3, « La CCAPE : une cothérapie basée sur l'attachement » p. 54). Parfois, nous évoquons des moments rudes, nous sommes éprouvées et en panne de mentalisation. Nous ne sommes pas toujours d'accord, mais trouvons un consensus qui ouvre vers des pistes de travail. À partir de ce canevas, nous restons sensibles au déroulement de la séance, qui nous amène parfois à improviser dans une « danse relationnelle » entre les trois soignants et la famille. Au fil du temps, les thérapeutes acquièrent une complicité, la communication non verbale devient un ressort d'ajustement précieux pour dynamiser l'entretien et tout cela participe au plaisir de travailler ensemble.

Le fonctionnement collaboratif de la CCAPE engage aussi à un partenariat élargi avec les autres équipes qui interviennent dans la prise en charge de la famille et cela implique le partage d'informations (envoi de comptes rendus et participation à des synthèses), avec l'accord des parents. Et n'oublions pas les échanges avec les familles qui nous apportent beaucoup sur notre propre fonctionnement, notamment quant à l'attachement, nous poussent à progresser et à rester créatives pour les accompagner.

► **Le *paperboard* et des feutres de couleurs, la boîte de mouchoirs et des biscuits**

Dans cette thérapie attachementiste et informée, nous utilisons beaucoup le support papier, notamment un *paperboard*, en nous assurant auparavant que la famille maîtrise suffisamment l'écriture pour ne pas la confronter à une difficulté supplémentaire (si les feuilles ne sont pas un outil pertinent, nous accentuons les jeux de rôle). À chaque étape de cette consultation, le *paperboard* nous permet de laisser une trace de ce que nous expliquons de la théorie de l'attachement, de noter ce que nous dit la famille, de l'aider dans le travail de mentalisation, et de développer la participation de chacun. Nous associons régulièrement à nos écrits les cartes de notre jeu, « Les Frimousses » (Wallon et Genet, 2017 ; Wallon et Genet, 2022), en les aimantant sur le tableau ; l'ensemble n'étant pas conservable en l'état, nous en prenons une photo avec l'accord de la famille, que nous imprimons ensuite sur papier. Les *paperboards* et les photos sont conservés dans le dossier du patient, et nous sommes souvent amenées à les réutiliser au cours d'autres séances.

La boîte de mouchoirs est un outil thérapeutique indispensable à toute consultation, mais son utilisation est sensiblement différente à la CCAPE. Dans une démarche attachementiste, le thérapeute propose la boîte de mouchoirs à la figure d'attachement et non à la personne qui pleure : il permet au *caregiver* d'apporter le réconfort nécessaire à son enfant ou son conjoint. Par cette action, il renforce donc les compétences de *caregiving* de la figure d'attachement. S'il s'agit d'un parent isolé en souffrance, le thérapeute lui propose les mouchoirs et le soutient ; il protège ainsi l'enfant, surtout si celui-ci est parentifié, et il verbalise que son parent a besoin d'être aidé par un adulte dans les moments difficiles.

Quelques biscuits et de l'eau sont aussi nécessaires dans une consultation attachementiste. Ils sont utilisés dans deux situations : lorsque l'enfant manifeste des signes de faim – facteur de stress physiologique –, et lors du temps de pause, aux trois quarts de la séance. Dans le premier cas, proposer aux parents d'offrir des biscuits à leur enfant permet de les aider à prioriser ses besoins. Dans le deuxième cas, une collation proposée aux parents et à l'enfant peut diminuer leur niveau de tension, voire les réconforter après un temps trop long ou trop difficile de consultation ; celle-ci reprendra ensuite dans de meilleures conditions.

LA CCAPE : UNE COOTHÉRAPIE BASÉE SUR L'ATTACHEMENT

Les cothérapies sont déclinées de façon bien définie dans les thérapies systémiques (Minuchin 1998), les approches transculturelles (Moro et Lachal, 2012), les thérapies de couple, les psychodrames, les groupes de thérapies... Wendland *et al.* (2015), dans un article de qualité, soulignent que la cothérapie est peu développée et peu théorisée en pédopsychiatrie et particulièrement en périnatalité. À partir de l'expérience d'une coconsultation à la Pitié Salpêtrière, les auteurs décrivent le dispositif de soin en insistant sur la nécessité d'un cadre stable et confortable, sur l'apport de la cothérapie comme un enrichissement de la pratique. Le groupe de thérapeutes crée des sous-systèmes et des jeux de miroir en référence au *mirroring* (Winnicott, 1967), comme une danse en plusieurs temps entre soignants et soignés, qui coconstruisent la séance ensemble. Les thérapeutes induisent la trame de l'entretien renforcée par leur double alliance thérapeutique qui facilite l'ajustement à chacun des protagonistes. Ils rappellent le rôle primordial de l'enfant dans le processus en tant que catalyseur (Fraiberg, 1989) de la motivation des parents.

Pour Roller et Nelson (1991), la cothérapie est une pratique spécialisée de psychothérapie, où un ou plusieurs thérapeutes prennent en charge un ou plusieurs patients. Ses bénéfices sont multiaxiaux et permettent :

- ➔ une meilleure opportunité d'apprendre à travers des discussions et la collaboration avec l'autre thérapeute ;
- ➔ plus de possibilités pour les thérapeutes de faire le point, d'équilibrer et élargir leur point de vue ;
- ➔ plus de possibilités interrelationnelles pour le patient ;
- ➔ plus d'opportunités d'apprendre pour le patient.

Ce type de prise en charge constitue une « conduite partagée de processus thérapeutiques dans le même temps, le même lieu et les mêmes personnes » (Pocreau et Martins-Borges, 2013). Cela implique que les fonctions et les positions des thérapeutes soient clairement définies et différenciées (Pocreau et Martins-Borges, 2013). Dans les thérapies familiales, la place de l'observateur est intéressante, car il apporte un confort et un relief à la cothérapie, ainsi qu'une dimension de retrait et de régulation non négligeables (Neuburger, 2015). Nathan (2001) évoque des « groupes thérapeutiques » qui constituent le levier principal de la psychothérapie en transculturel ; de plus, deux observateurs thérapeutes contribuent à une meilleure objectivité vis-à-vis de la situation. Minuchin, *et al.* (1967) expliquent que chaque cothérapeute inclut la famille et l'autre thérapeute dans l'interaction : les thérapeutes font partie du système. Pour Minuchin et Fishman (1981), les soignants peuvent prendre plus de risques du fait de leur vision d'ensemble, en référence à Whitaker qui stipule qu'« ensemble, on a une vision stéréoscopique ». À plusieurs, on est plus proche de la vie réelle quand on interagit (Dreikurs *et al.*, 1952a et b), ce qui facilite la généralisation de ce qui se passe à l'extérieur de la prise en charge.

Dans la cothérapie, il est aussi question de compagnonnage, de complémentarité (Neuburger, 2015), de confort relationnel et de créativité, où l'humour peut parfois aider à surmonter des moments difficiles. Cela ne va pas sans tensions ni moments de sidération face à la violence de certaines situations, et demande un véritable apprentissage (Couette et Forzu-Cahour, 2006). Pour Prieur N. et Prieur B. (2008), les liens entre thérapeutes ne restreignent pas leur indépendance, et leurs différences sont complémentaires, basées sur un pacte d'éthique commune.

Au total, « le dispositif de cothérapie suppose un partage d'expériences, une complémentarité où chacun se sent suffisamment reconnu dans son identité personnelle et professionnelle et dans lesquels un lien de confiance existe »... « Ensemble, les cothérapeutes s'autorisent à être plus inventifs, créatifs et à

trouver des solutions mieux adaptées aux situations de plus en plus complexes auxquelles ils ont à faire face » (Courtois et Mertens de Wilmars, 2004).

La cothérapie comme la coparentalité posent la question du cadre des interventions croisées autour du projet parental et des interactions avec l'enfant. Les parents qui viennent en consultation ont rarement le même point de vue sur la question de l'éducation des enfants, ce qui entraîne ou majore les conflits (Neuburger, 2015). Les cothérapeutes sont à même de soutenir ces divergences par leurs regards croisés, qui ouvrent à d'autres perspectives.

À la CCAPE, en se référant à la théorie de l'attachement, l'intérêt du groupe de thérapeutes est de pouvoir accompagner l'enfant et ses parents en étant attentif à chacun (Delage, 2013, Tereno *et al.*, 2021) et de pouvoir explorer plus facilement les relations interpersonnelles. De plus, la présence de deux thérapeutes permet que l'un d'eux se positionne plutôt du côté des parents, et l'autre plutôt du côté de l'enfant si cela s'avère judicieux, même s'il existe au départ un thérapeute principal et un cothérapeute. Cette souplesse aide la famille à vivre des expériences relationnelles différentes. De même, être plusieurs nous permet d'apporter un soutien émotionnel plus important à la famille, chaque thérapeute pouvant le faire et/ou valider ce que fait le collègue. L'observateur fait partie du groupe thérapeutique. Son rôle est déterminant dans cette prise en charge : il prend des notes pendant la consultation, qui seront travaillées en vue de la consultation suivante, et son regard extérieur lui permet d'intervenir de façon ponctuelle pour réguler le rythme de la consultation ou pour aider les thérapeutes à retrouver des capacités de mentalisation. La cothérapie présente un autre avantage lorsqu'on prend en charge des familles : nous pouvons facilement séparer l'espace pour l'enfant de celui des parents si nécessaire, notamment lorsqu'il est question d'éléments traumatiques ou de débordement émotionnel de la part du parent. Rappelons que la CCAPE intervient toujours en seconde intention, bien souvent lorsque les suivis habituellement proposés en CMPE ou en CMPA ne suffisent pas. Les dyades ou les triades que nous recevons présentent donc souvent des *patterns* d'attachement insécures et désorganisés, rendant complexe leur prise en charge. Ce dispositif, qui permet de « se poser » à plusieurs soignants autour d'une dyade ou une triade enfant/parents, est particulièrement intéressant pour ces patients très éprouvés par des événements de vie douloureux, un trouble psychiatrique, des difficultés neurocognitives... Cela nous permet de travailler de façon plus apaisée les dysfonctionnements interpersonnels de chaque patient. Chaque thérapeute peut s'appuyer sur le reste de l'équipe comme base de sécurité pour explorer le monde du patient. Cette base de sécurité est renforcée par la supervision : lors de cette réunion mensuelle,

chacun peut exprimer ses difficultés et son ressenti dans une dynamique de groupe collaborative et soutenante (chaîne de sécurité) (Bucci *et al.*, 2015, Guédeney, 2021).

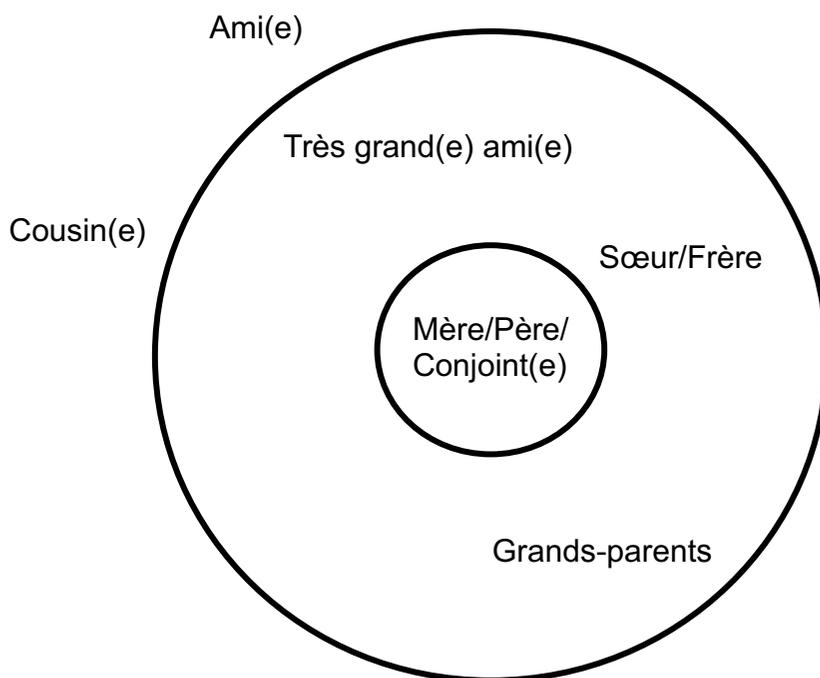
L'APPORT DE LA THÉRAPIE INTER-PERSONNELLE DANS LA CCAPE

La Thérapie Inter-Personnelle nous a permis de développer notre procédure de soin d'une façon mieux structurée, formalisée et appuyée sur son corpus scientifique robuste. Comme la TIP, la CCAPE propose une prise en charge brève (nombre de séances déterminé par avance) où la fin des soins est travaillée dès la première consultation. Actuellement, nous continuons à utiliser cette trame dans nos consultations attachementistes.

La forme globale de la prise en charge est standardisée avec un déroulement en quatre phases : phase initiale (d'engagement puis de transition), phase intermédiaire (de travail), phase de fin de prise en charge et une phase de maintien, même si le nombre de séances dans chaque phase est différent. Nous faisons le lien entre les symptômes du patient et le domaine problématique. Dans la très grande majorité des situations rencontrées dans notre consultation, le domaine problématique est centré sur un « conflit interpersonnel » entre un enfant et sa ou ses figures d'attachement. Sa particularité réside dans l'asymétrie de la relation, alors que dans la TIP, il s'agit la plupart du temps d'une relation *a priori* symétrique entre deux adultes ; cela modifie la façon d'aborder ce conflit en thérapie. Les autres domaines problématiques (deuil, transition de rôle, déficit interpersonnel) qui peuvent bénéficier d'une prise en charge en TIP ou en TIP-A peuvent aussi être abordés à la CCAPE. Dans notre consultation, le diagnostic de dépression d'un des sujets n'est pas mis en avant, bien qu'il puisse exister.

Nous consacrons, **pendant la phase initiale**, un temps spécifique à l'évaluation avec mise en relief du domaine problématique spécifique, de la pertinence du dispositif et de l'adhésion du patient à la prise en charge proposée, et une partie de psychoéducation. Nous insistons auprès des familles sur le fait qu'à la CCAPE, on ne prend pas en charge de « pathologie », mais un dysfonctionnement relationnel, ce qui est un discours souvent perçu comme nouveau de la part d'un soignant en consultation de secteur psychiatrique. Nous leur transmettons des informations appropriées sur le lien d'attachement dans une approche pédagogique et adaptée. Nous réalisons l'« inventaire interpersonnel » de chaque parent et, selon son âge, celui de l'enfant, le plus souvent grâce au « cercle

de proximité » (Rahioui, 2016) que nous adaptons pour qu'il soit attachement-pertinent (schéma 2): le sujet peut y hiérarchiser ses ressources actuelles en cas d'alarme. Pour cela, le thérapeute dessine sur un *paperboard* deux cercles concentriques ; le patient y inscrit au centre les personnes considérées comme ses FA principales, puis dans le second cercle et en périphérie, de façon graduelle, celles qui sont secondaires puis tertiaires (schéma 3). Cela nous aide à repérer les styles d'attachement et les modèles internes opérants de chacun, et ceux propres à leur relation parents-enfant. Si l'alliance le permet, nous pouvons aussi proposer un « génogramme émotionnel » pour explorer l'aspect transgénérationnel (voir chapitre 4, « Le génogramme adapté à l'attachement »).



Downloaded by 3.8.18.9.19

*Schéma 2 : cercle de proximité utilisé à la TIP
(recherche des personnes-ressources)*

Pendant la phase intermédiaire, à chaque séance, nous fixons des objectifs et modulons ensemble la thérapie pour les atteindre. Nous expliquons ce que nous repérons, et ce en lien avec quelles bases de la théorie de l'attachement. Nous effectuons des allers-retours réguliers entre la problématique amenée et les liens interpersonnels parent-enfant en nous appuyant sur des expériences réellement vécues rapportées et sur ce que nous observons « ici et maintenant ».

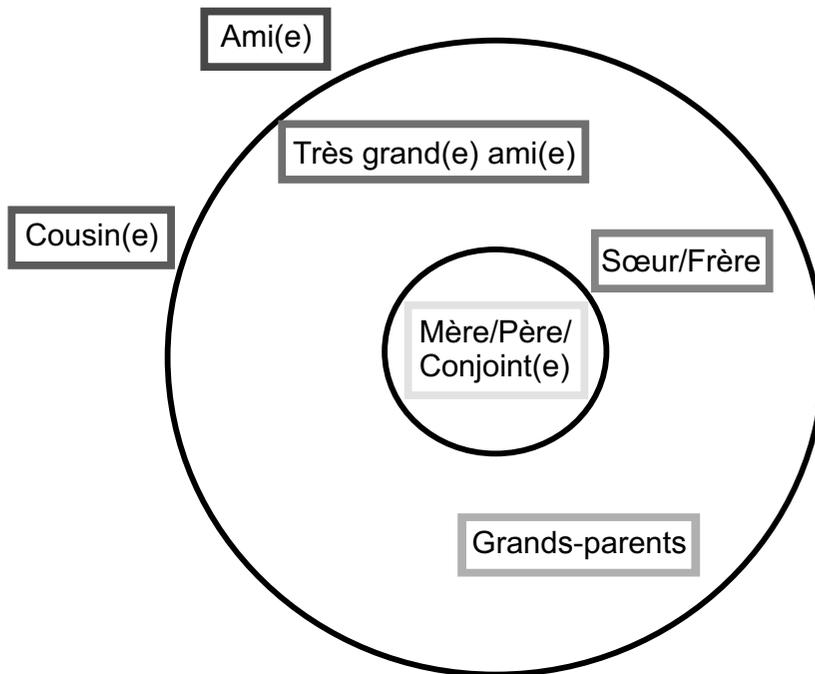


Schéma 3 : cercle de proximité adapté à l'attachement
(recherche d'aide en situation de détresse avec hiérarchie des FA)

Nous essayons de renforcer les capacités des parents à comprendre le monde de l'enfant et à être plus sensibles à ses besoins (*caregiving*, sensibilité parentale). Nous les aidons à développer leur capacité réflexive, en nous appuyant sur un travail d'aide à la mentalisation. Puis nous les guidons pour qu'ils répondent à ses besoins d'attachement de façon adaptée et qu'ils l'accompagnent dans la gestion de ses émotions (régulation émotionnelle interpersonnelle). Nous procédons ainsi pour travailler la régulation émotionnelle chez chacun. Comme dans la TIP et la TIP-A, nous tentons d'assouplir la relation afin que le risque de conflit parents-enfant et père-mère diminue tout en nous en appuyant sur les ressources de chacun. À la fin de chaque séance, nous donnons des consignes à appliquer et à rediscuter pour aider au changement.

Pendant la phase de fin de prise en charge, nous concluons la thérapie comme « transition de rôle » : la famille sort de ce statut de « porteur d'un symptôme relationnel » (et non de « porteur d'une pathologie ») pour aller vers celui de « fonctionnement familial plus harmonieux ». Nous recueillons le *feedback* des

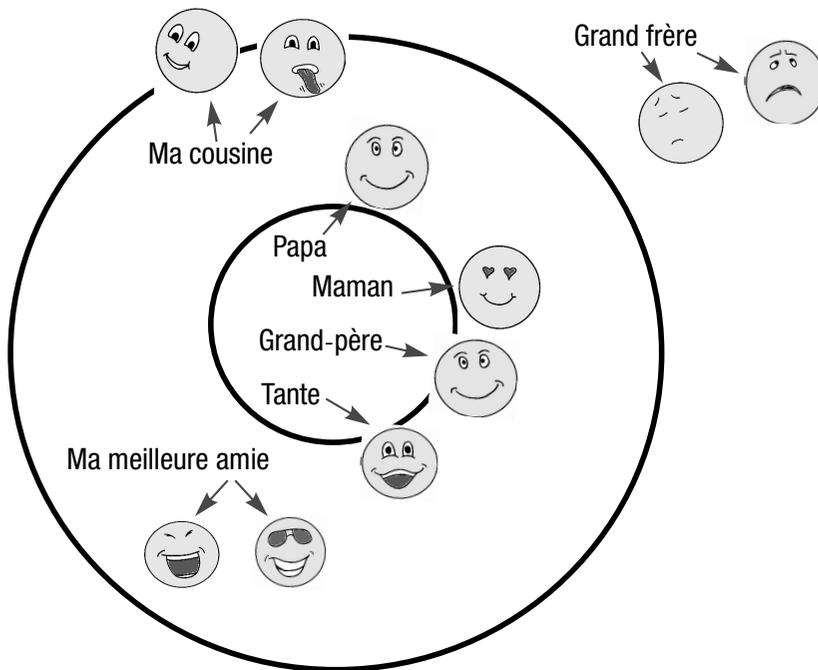


Schéma 4 : exemple clinique de cercle de proximité adapté à l'attachement (paperboard)

Downloaded by 3.8.18.9.19

parents et de l'enfant sur la prise en charge et nous leur transmettons un retour authentique sur les efforts et les modifications advenues. Nous insistons sur les compétences interpersonnelles acquises : l'expérience émotionnelle correctrice vécue au fil des consultations a permis aux parents de meilleures détections, interprétations et réponses aux signaux de l'enfant, et à l'enfant d'utiliser des stratégies plus sécurées. Puis nous travaillons sur le risque de récurrence des difficultés relationnelles, leur anticipation et les solutions pour y remédier. Nous concluons en proposant de nous revoir dans six mois, en restant disponibles avant si besoin.

Pendant la phase de maintien, nous prenons des nouvelles de la famille, nous nous assurons que les compétences relationnelles développées pendant la prise en charge se maintiennent. Si la famille rencontre des difficultés relationnelles, nous l'aidons à trouver des stratégies plus efficaces.

LA SUPERVISION ET LA FORMATION

Il va de soi que pour avoir une pratique attachementiste, il faut d'abord être formé à la théorie de l'attachement sur le plan académique. En France, il existe plusieurs diplômes universitaires : le DU « La théorie de l'attachement : concepts et applications cliniques chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte » (D^r N. Guédeney, P^r A. Guédeney et P^r S. Tereno, universités Paris-Diderot et Paris-Descartes), le DU « Éthologie : clinique de l'attachement et des systèmes familiaux » (P^r M. Delage et D^r B. Cyrulnik, université de Toulon), et le DU « La théorie de l'attachement : principaux concepts, implication dans le développement, la santé mentale et les pratiques professionnelles » (P^r M. Maury et D^r N. Franc, université de Montpellier).

À la CCAPE, la supervision constitue la clef de voûte de notre dispositif. Il n'a pas été facile de la mettre en place, car ce type de pratique se développe très lentement en France, malgré son efficacité avérée (Lambert et Ogles, 1997, Callahan *et al.*, 2009). Dans d'autres pays (les pays anglo-saxons, la Belgique ou la Suisse), la supervision est devenue une pratique courante adossée à l'activité de base des services de soins, quel que soit son support théorique de référence (Poirier, 2006).

Rappelons que la supervision a pour but d'assurer sécurité, soutien et bien-être de l'équipe, d'améliorer son développement, de permettre une évaluation régulière des pratiques, de maintenir l'équilibre du groupe et d'assurer la transmission de savoirs (Falender et Shafranske, 2008). Son objectif principal est l'amélioration des compétences relationnelles des supervisés (capacités d'entretien, relations interpersonnelles et techniques relationnelles, Lambert et Ogles, 1997) par l'analyse, l'observation, les propositions d'amélioration et d'intervention relationnelles dans un climat de confiance (Poirier, 2006). Les supervisés sont amenés à changer de point de vue, à modifier leurs comportements, ce qui peut être anxiogène (activation du SA) ou positif (épanouissement personnel), en s'appuyant sur le superviseur et la dynamique relationnelle et/ou de groupe. La supervision permet d'aborder des situations préoccupantes dans un esprit constructif. Le superviseur se situe au centre du dispositif formé par lui-même, les supervisés et les patients pris en charge (Poirier, 2006). Falender et Shafranske (2008) précisent qu'il s'agit d'une activité spécifique dans laquelle l'éducation et la formation ont pour but de développer et de faciliter des pratiques scientifiquement validées. Elle s'effectue sous la forme d'un processus interpersonnel collaboratif qui implique observation, évaluation, *feedback*, amélioration de l'auto-évaluation des soignants, et acquisition de savoirs

et de compétences à travers l'enseignement, la modélisation (*modeling*, voir Annexes, « Lexique ») et la résolution mutuelle de problèmes. Elle permet à l'équipe de prendre conscience de ses forces et de ses talents et d'augmenter son efficacité. Le superviseur doit garantir qu'elle est cliniquement conduite de manière compétente avec des standards éthiques, des prescriptions légales et des pratiques professionnelles utilisées pour promouvoir et protéger le bien-être des supervisés, de la profession et de la société au sens plus large (Falander *et al.*, 2014).

En lien avec la théorie de l'attachement (Fitch *et al.*, 2010, Pistole et Fitch, 2011), le superviseur peut être considéré comme un *caregiver* vers qui l'on peut se tourner en cas de besoin et en qui on a confiance. Il devient une véritable base de sécurité qui aide à la régulation émotionnelle (expression et validation des ressentis) et un havre de sécurité qui permet l'exploration (aider à la mentalisation, affronter les challenges du soin, supporter le chaos de certaines situations, se former sur la théorie de l'attachement et des mécanismes à l'œuvre dans la thérapie, réguler la dynamique du groupe, partager des valeurs éthiques). De même, la supervision de groupe peut être vécue comme une base de sécurité (Byng-Hall, 2013). Cela demande de la part du superviseur un « engagement avec le groupe, une qualité de communication avec les supervisés, la capacité de gérer la distance entre le groupe de supervision et la famille, de favoriser la collaboration dans le groupe de supervision et au sein de la formation, et de pouvoir acquérir de nouvelles compétences » (Byng-Hall, 2013).

Lors des supervisions, nous pouvons émettre des hypothèses basées sur la théorie de l'attachement, les enrichir d'une réflexion plus générale sur la situation de la famille et structurer nos prochaines séances en restant focalisées sur les objectifs définis. Cela nous permet de faire face au chaos et à l'adversité (Kramen-Kahn et Hansen, 1998, Rønnestad et Skovholt, 2001), d'affronter les échecs et de trouver comment rebondir et de continuer à mentaliser, tout en nous appuyant sur le groupe de soignants et notre superviseur comme base de sécurité (Bowlby, 1969, Pistole et Watkins, 1995, Fitch *et al.*, 2010). L'équipe peut ainsi se reconforter en cas de difficulté, puiser dans les ressources du groupe, ses capacités créatives, reprendre l'exploration de la situation (Pistole et Fitch, 2011) et mentaliser (Fonagy, 1991, Debbané, 2016). Cet espace garantit également la cohérence de notre éthique de soins (Falander, 2004), tant vis-à-vis des familles que de l'équipe et de nos partenaires (situations familiales explosives, voire de maltraitance posant la question de l'information préoccupante dans certains cas, postures de rejet institutionnel, épuisement et impuissance de l'équipe et/ou des partenaires, etc.).

Parallèlement, notre superviseure, Mme Susana Tereno, continue d'enseigner la théorie de l'attachement à l'équipe en se basant sur les cas exposés, ce qui permet une formation continue vivante et appliquée (Falander et Shafranske, 2008). Elle recentre l'équipe sur la pratique de l'attachement et donne accès au savoir scientifique. Cette formation intégrée à la pratique facilite l'arrivée de nouveaux soignants dans le groupe et peut être élargie à notre clinique quotidienne.

Cet espace nous ressource et nous donne plaisir à continuer, même quand les temps sont durs. Nous pouvons y déposer nos attentes, nos inquiétudes, nos questionnements, nos découragements, nos erreurs, nos succès avec confiance et résolution : ne pas être seul et misérable aux prises avec des situations difficiles, quel soulagement et quelle opportunité pour rebondir efficacement !

Nous vous proposons de suivre des supervisions de cas cliniques dans le chapitre 5.

INTÉRÊT DES ÉCHELLES DANS LE DISPOSITIF DE LA CCAPE

À la CCAPE, il nous est apparu primordial d'évaluer notre activité. Avec l'aide précieuse de notre superviseure, nous avons mis au point un protocole comprenant des questionnaires validés que nous proposons aux familles : son but est de nous apporter des éléments de compréhension du fonctionnement de chaque membre de la famille et de nous aider à évaluer notre prise en charge au début et à la fin. Le protocole a évolué au cours des années de fonctionnement de la CCAPE. Nous présentons ici celui qui nous semble le plus abouti.

DÉROULEMENT DU PROTOCOLE

Avant la première CCAPE

Données sociodémographiques remplies par les parents.

Avant la première CCAPE, après la dernière CCAPE et un an après la prise en charge

1) Échelles spécifiques attachement-pertinentes :

- pour les parents et les adolescents de plus de 15 ans : RQ, RSQ ;
- pour les enfants entre 3 et 6 ans : PCA (père et mère) ;

→ pour les enfants entre 8 et 14 ans : Kerns (père et mère).

2) Échelles de psychopathologie :

→ pour les parents : BSI-53 ;

→ pour l'enfant de 1 à 18 ans : CBCL (attention à prendre le CBCL correspondant à la tranche d'âge).

Avant la deuxième CCAPE et après la dernière CCAPE :

→ Échelle d'alliance thérapeutique : la WAI abrégée avec les items sur la relation.

Avant et après la prise en charge :

→ diagnostic CIM-10 et hypothèses sur les styles d'attachement par le thérapeute

Pour les questionnaires remplis lors de la première consultation, les familles arrivent trente minutes avant. Pour la passation à la fin de la prise en charge et à un an, elles les remplissent sur place ou nous les leur adressons par courrier postal. L'analyse est faite à distance des séances par une psychologue supervisée par une psychologue de la CCAPE experte en évaluations ; nous restituons cette analyse au cours de la thérapie lorsque la confiance s'est installée et que nous pouvons utiliser cette évaluation dans une dynamique constructive.

Nous avons conscience des limites de ce protocole et nous aurions souhaité réaliser un véritable travail de recherche pour étayer l'efficacité du dispositif, ce qui n'a pas été possible. Toutefois cela nous a permis de cerner la complexité de l'évaluation standardisée des changements liés à l'attachement opérés lors de la prise en charge, et de nous fier aussi à *l'Evidence Based Medicine*.

L'ÉQUIPE FACE AUX ALÉAS DE LA THÉRAPIE

Comme dans toute thérapie, l'équipe de la CCAPE se réjouit lorsque la prise en charge fonctionne bien, par exemple quand arrivent des échanges plus apaisés et affectueux entre des parents et un enfant ou quand les parents s'appuient sur les thérapeutes pour développer leurs compétences parentales et devenir plus attentifs aux besoins de leur enfant, ce qui témoigne d'une expérience relationnelle correctrice (Mallinckrodt *et al.*, 2009).

Bien sûr, les échecs de prise en charge nous questionnent de façon constructive aussi bien sur notre fonctionnement en tant que soignants et qu'équipe que sur celui de la famille, par exemple quand les parents continuent à prioriser leurs échanges avec les thérapeutes au détriment de ceux avec leur enfant, ne filtrent

pas leurs propos ou vivent des débordements émotionnels imprévisibles devant leur enfant.

Du côté de l'équipe : qu'est-ce qui fait que, parfois, les thérapeutes se trouvent empêtrés dans la prise en charge ? Les situations complexes entraînent souvent des questions difficiles concernant l'alliance thérapeutique ; une résistance au changement et parfois une faillite de mentalisation de la famille peuvent mettre à mal les soignants et aboutir à des faillites de mentalisation de leur côté. Cela peut générer dans l'équipe un sentiment de découragement et d'impuissance, voire un rejet des patients. Une des plus grandes difficultés est de se retrouver sidéré face aux dires ou aux comportements des parents et/ou de l'enfant. L'observateur a alors un rôle primordial en demandant une pause, qui va permettre à tous de sortir de cette impasse (faillite de mentalisation, Fonagy, 1991, Debbané, 2016). En cas d'échec thérapeutique, le stress augmente pour le soignant et il active son SA, ce qui le ramène à ses propres expériences d'enfant et à son histoire d'attachement (Guédénéy, 2008). Son style d'attachement, sécure ou insécure, colore sa perception, son ressenti émotionnel (surtout les émotions négatives), son *caregiving* et sa capacité à demander lui-même de l'aide (voir chapitre 2, « L'attachement des thérapeutes et le processus psychothérapeutique » p. 37). Considérer l'échec thérapeutique comme un aléa de la prise en charge permet de prendre conscience du contexte plus large dans lequel l'équipe évolue avec les patients (contextualisation générale et mentalisation). Cette posture a un effet opérationnel sur les stratégies thérapeutiques. Elle produit également un renforcement de la réflexivité de l'équipe sur sa pratique.

Du côté des familles : plusieurs situations conduisant à un échec thérapeutique à la CCAPE sont repérables. Parfois, les difficultés rencontrées par le couple parental ne s'améliorent pas, car elles masquent une autre problématique, souvent un conflit conjugal plus ou moins larvé. Si nous pouvons l'aborder avec eux de façon constructive, le plus souvent lors d'entretiens sans l'enfant, nous leur proposons d'entamer une thérapie de couple ailleurs et de revenir lorsqu'ils se seront apaisés : cela permettra alors de s'appuyer sur le couple conjugal pour fortifier le couple parental. Si un enfant ou un des parents présente une pathologie psychiatrique, nous mettons en place des aménagements : par exemple, nous suspendons la prise en charge le temps d'un épisode aigu, ou nous ajustons les propositions thérapeutiques (adapter le travail de mentalisation par exemple) de façon à pouvoir poursuivre tranquillement. Il arrive que des familles arrêtent la prise en charge de façon intempestive, parfois du fait d'événements intercurrents (comme une hospitalisation). Comme nous l'avons déjà dit, il nous appartient de maintenir le lien, de prendre des nouvelles et de proposer de reprendre la

CCAPE après concertation. Il est très difficile de travailler lorsqu'il existe des éléments traumatiques chez les parents et qu'ils ne peuvent ou ne souhaitent pas les prendre en compte et les traiter parallèlement dans un espace individuel. Le trauma contribue à bloquer le changement thérapeutique (Liotti, 2004). En cas de violence intrafamiliale, la priorité est donnée à la protection de l'enfant conformément à la loi de protection de l'enfance.

Mais finalement, il nous arrive plus souvent de belles surprises : une disparition complète des symptômes après seulement quelques consultations alors que nous ne nous y attendions pas, des parents qui se sentent rapidement en sécurité, comprennent et jouent « la musique relationnelle » que nous leur proposons, un enfant qui reprend son développement de façon harmonieuse après une modification relationnelle avec ses parents, des adultes « à nouveau bien dans leurs chaussures de parents » comme nous a dit une famille... Bref, des familles créatives !

CLAP DE FIN DE LA CCAPE ET CAP SUR D'AUTRES PRATIQUES

Downloaded by 3.8.18.9.19

La CCAPE a fermé après 11 années d'existence. Elle fonctionnait bien : les familles étaient en demande, en lien avec nos partenaires comme en témoignait notre liste d'attente, l'équipe était rodée et appréciait le dispositif, nous étions repérées positivement dans l'institution et en dehors de celle-ci.

La CCAPE, dispositif innovant, était devenue au fil des années une base et un havre de sécurité pour l'équipe de la CCAPE, pour d'autres soignants de nos services, pour nos partenaires de soin et pour les stagiaires de l'hôpital. Du côté de la chaîne de sécurité institutionnelle, nous avons noué des liens de qualité dans le service et fait de belles rencontres hors de notre secteur.

Alors que s'est-il passé ?

Créer, c'est marcher, voire courir hors des clous, et cela demande beaucoup d'énergie.

L'hôpital traverse de grosses difficultés, qui sont allées empirant avec la pandémie de la Covid. Les soignants – toutes fonctions confondues – se font rares, et la CCAPE était coûteuse en temps et en personnel. Malgré son efficacité, maintenir ses moyens ne faisait pas partie des priorités de notre institution. Comme d'autres, nous pourrions parler sur la « mission » du service public hospitalier, sur le manque de moyens de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie, sur notre incompréhension face au peu de soutien qu'ont les dispositifs *evidence*

based medecine en France et sur la nécessité de dispositifs de pointe dans tous les domaines de la médecine, dont la psychiatrie et la pédopsychiatrie. De notre côté, nous étions prises dans la tourmente du quotidien, dans les urgences de nos services ; nous n'avions ni le temps ni les habiletés pour défendre le dispositif auprès des autorités décisionnaires. Il aurait probablement fallu que nous continuions à nous battre pour prouver que le rapport entre le bénéfice et le coût de la CCAPE était en sa faveur. Mais nous nous étions trop fatiguées à maintenir ce dispositif hors norme. Nous avons du mal à diffuser la théorie de l'attachement autour de nous, son aura faiblissait dans notre région dès qu'on s'éloignait de notre unité, ce qui pose le problème de fond de l'enseignement et de la diffusion de la théorie de l'attachement.

Le *Rapport des mille premiers jours* du ministère des Solidarités et de la Santé, (2020) les initiatives comme celle de l'Institut de la Parentalité, la multiplication des demandes de formation témoignent d'un changement en cours, ce qui nous réjouit. Fortes de cette expérience « CCAPE » si dense et si enrichissante, nous avons continué notre pratique attachementiste et intégrative dans d'autres lieux, en partageant notre expérience et en apprenant de celles d'autres équipes, en proposant des formations, en écrivant ce livre et en espérant vous toucher, vous les lecteurs, et vous donner envie de vous lancer !

Chapitre 4

Spécificités des techniques thérapeutiques développées à la CCAPE

Downloaded by 3.8.18.9.19

DANS CE CHAPITRE, nous exposons les différentes techniques et outils psychothérapeutiques que nous avons déployés dans notre « Co-Consultation Attachement Parents-Enfant » (CCAPE), et qui nous servent aussi lors d'une thérapie attachementiste d'enfant avec ses parents ou d'une thérapie d'adulte.

LES TECHNIQUES THÉRAPEUTIQUES

► Une consultation informée

Comme toute thérapie attachementiste, nous apportons au patient, tout au long de la prise en charge et avant même la première consultation, une information sous forme de psychoéducation (HAS, 2007, Lang, 2011, Mirabel-Sarron *et al.*, 2015, Quintilla, 2015) et de guidance interactive (Brisch, 2002).

Nous complétons cette information orale par la remise de *guidelines* élaborés en interne à destination des parents, des adolescents et des enfants (voir Annexes, « *Guidelines* »). Nous pouvons également conseiller des livres de vulgarisation

sur la théorie de l'attachement (Genet et Wallon, 2015, Raynaud, 2019, Raynaud, 2021, Siegel et Payne Bryson, 2021). En amont de la première consultation, nous essayons de donner un maximum d'informations aux équipes et aux familles sur ce qu'est l'approche attachementiste au travers d'échanges, de plaquettes, d'articles de presse, d'interventions dans les services. L'intérêt est d'atténuer le sentiment d'inconnu afin d'accueillir le patient dans un climat favorable à une psychothérapie et de travailler avec les équipes la chaîne de sécurité autour de lui.

Lors de la première consultation, nous leur rappelons les règles de confidentialité auxquelles nous sommes soumis (superviseur compris), afin de renforcer le sentiment de confiance et de confort relationnel. Nous prenons le temps de nous présenter, avec notre nom et notre fonction évidemment, et nous indiquons aux patients quel type de lien nous avons avec le partenaire qui nous les adresse. Puis nous expliquons les grandes lignes de la théorie de l'attachement en nous adaptant aux patients et à leurs capacités d'élaboration, parfois affaiblies par une pathologie mentale ou un retard intellectuel. Cette façon de procéder comporte des avantages : les parents et l'enfant, en fonction de son âge, saisissent rapidement la différence entre la consultation habituelle avec un « psy » et ce nouvel espace. Ils sont reconnus d'emblée comme des partenaires de soin et non comme porteurs d'un symptôme ou défaillants dans les interactions. Pendant cette présentation, les familles ont l'opportunité de faire des liens entre cette information et leur histoire, ce qui permet d'évoquer différemment leurs difficultés relationnelles et leurs objectifs de rendre cette relation plus sereine. Les thérapeutes en profitent pour commencer à renforcer les compétences parentales ainsi que les ressources de l'enfant.

Pour illustrer notre propos, nous nous référons souvent avec humour à notre lien avec les animaux, qui peuvent présenter des comportements d'attachement facilement partageables (exemple des oies de K. Lorenz et de l'expérience avec les singes des époux Harlow).

Lors de la première séance, parmi les bases de l'attachement, nous pointons de façon claire et précise (pour plus de renseignements : voir chapitre 1) les items suivants :

- ➔ la théorie de l'attachement explore l'interpersonnel ;
- ➔ le système d'attachement est un système motivationnel donc inné, primaire et essentiel à la survie de notre espèce ;

- ➔ l'enfant, pour se développer, a besoin de proximité physique, de protection et de réconfort de la part de son parent en cas d'alarme. Au fil des interactions, il crée un lien d'attachement à son parent, qui devient sa figure d'attachement ;
- ➔ il existe plusieurs *patterns* d'attachement chez l'enfant. Le lien d'attachement évolue au fil du temps, des expériences de vie, des rencontres, pour devenir un style d'attachement chez l'adulte, qui fait partie de la personnalité ;
- ➔ les parents sont les donneurs de soins (*caregivers*) inconditionnels de l'enfant. Il est important de dissocier dans leur rôle le fait d'aimer de celui de pouvoir protéger et réconforter son enfant ;
- ➔ l'enfant a besoin de se rassurer en recherchant la proximité physique avec sa figure d'attachement (alors appelé havre de sécurité) en cas de menace, de perte, de séparation ou de danger (activation du système d'attachement). Lorsqu'il se sent en sécurité avec sa figure d'attachement (base de sécurité), il peut aller explorer ;
- ➔ il est primordial de satisfaire le besoin d'attachement de l'enfant, ce qui lui permettra de s'apaiser et d'être disponible pour les échanges relationnels et les apprentissages ;
- ➔ les adultes ont eux-mêmes des figures d'attachement. Ils activent leur système d'attachement en situation de menace ; ce système entre en compétition avec le système du *caregiving*.

Lors des consultations suivantes, nous continuons notre approche psychopédagogique de l'attachement pour éclairer ce qui se passe pendant la consultation.

Nous évoquons principalement le fait :

- ➔ que la théorie de l'attachement explore cinq dimensions : la sécurité, la proximité physique, l'intimité, la protection, et l'exploration ;
- ➔ que les *patterns* d'attachement chez un enfant peuvent être sûres, insécures-évitants, insécures ambivalents-résistants ou désorganisés ;
- ➔ que ces *patterns* évoluent chez l'adulte en styles d'attachement : sécure-autonome, insécure-détaché, insécure-préoccupé ou désorganisé – état d'esprit non résolu ;
- ➔ que le modèle de soi se construit dans la relation à l'autre, que ces « modèles internes opérants » (voir Annexes, « Lexique ») résultent des interactions de l'enfant avec ses figures d'attachement et qu'ils aident l'enfant et son parent à anticiper, interpréter et guider les interactions. Pour expliquer cela, nous nous appuyons sur le modèle de Bartholomew et Horowitz (1991) pour expliquer comment, chez l'adulte, les représentations de la relation d'attachement

intègrent un modèle de soi (positif/négatif) et un modèle des autres (positif/négatif) ;

- qu'il est important de développer une capacité à négocier les conflits, un « partenariat corrigé quant au but » et que cette habileté fait partie des modalités relationnelles avec l'enfant, en fonction de son âge : on ne négocie pas de la même façon avec un enfant de deux ans et un adolescent.

Ces différentes notions sont abordées en fonction de ce qui se passe entre les parents et l'enfant pendant la consultation tant dans leur discours que dans leurs comportements en lien avec des besoins d'attachement.

Pour les illustrer, nous utilisons des supports visuels, déjà existants ou que nous avons créés : les familles s'en saisissent facilement, parfois les emportent à la maison pour continuer à y réfléchir. De nombreuses études ont montré l'intérêt des supports visuels dans les processus d'apprentissage (Dwyer, 1970, Readence et Moore, 1981, Hodes, 2016) et dans le domaine du soin, de la psychothérapie (Simon *et al.*, 2012) et de la psychoéducation (Franck, 2018). À titre d'exemple, nous vous présentons deux types de support utilisés. Le premier nous aide à expliquer ce que vit un enfant au moment de séparation ou de retrouvailles avec son parent. La famille peut alors visualiser la sinusoïde de l'activation du système d'attachement (schémas 5 et 6) : autour de l'événement « séparation/retrouvailles », il existe un temps incompressible où l'enfant active son système d'attachement et où le parent doit repérer les signaux de l'enfant et répondre à ce besoin d'attachement ; les manifestations comportementales de l'enfant peuvent être différentes en fonction notamment du style d'attachement (voir le chapitre 1). Le parent peut alors appréhender différemment les manifestations de colère ou de repli de son enfant lors des retrouvailles de fin de journée. De même, il peut voir sous un autre prisme le comportement parfois difficile de son enfant lors des séparations-retrouvailles liées au changement de parent suite à un divorce. Le deuxième support permet aux parents de mieux comprendre la compétition entre leur système de *caregiving* et celui de l'attachement (schéma 7). En fonction du niveau de stress du parent, nous faisons pencher la balance soit vers le système d'attachement lorsqu'il priorise ses propres besoins soit vers le système de *caregiving* lorsqu'il priorise les besoins de son enfant. Ainsi, nous pouvons aborder plus tranquillement une situation où le parent n'a pas pu répondre aux besoins émotionnels de son enfant tout en soulignant les moments où il a pu le faire.

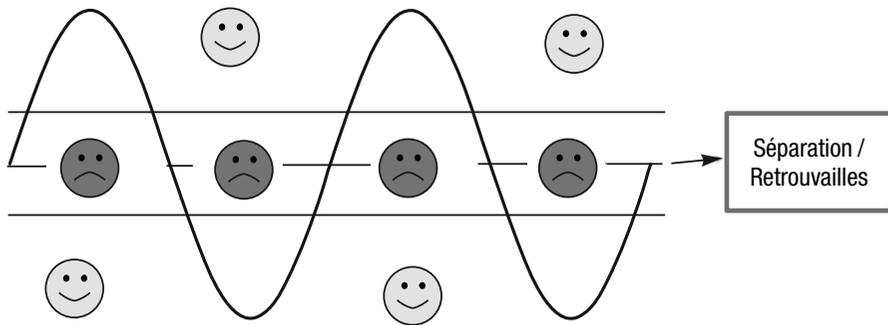


Schéma 5 : schéma des séparations et retrouvailles d'avec une FA

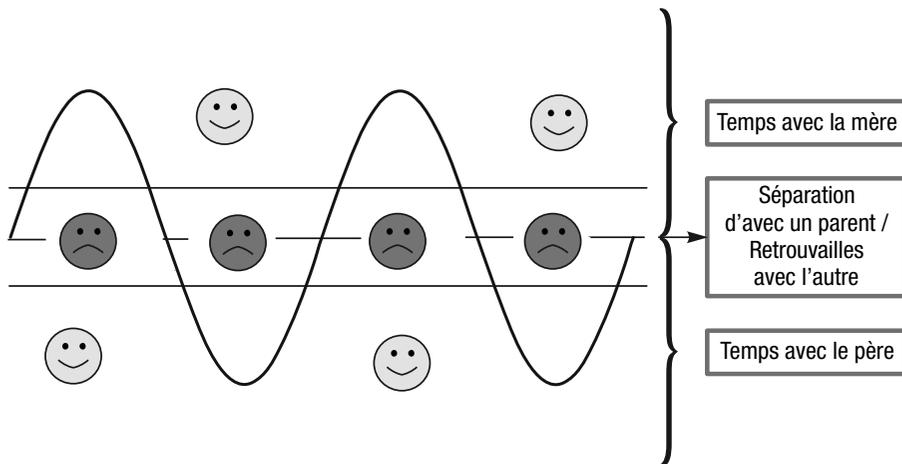


Schéma 6 : schéma des séparations et retrouvailles pour un enfant avec des parents séparés

► « Ici et maintenant », une observation éthologique adaptée à l'attachement

Tout au long de nos consultations, nous utilisons des techniques inspirées de la guidance interactive, thérapie brève importée des USA (Robert-Tissot *et al.*, 1996, Mac Donough, 2004), et développée par l'école genevoise (Rusconi-Serpa, 2016). Elle est basée sur l'observation, via la vidéo, des interactions parents/enfant et elle vise à améliorer la sensibilité parentale et à adapter les comportements parentaux en fonction de l'âge et des besoins de l'enfant, dans une atmosphère chaleureuse et sécurisante. La *videofeedback* aide à prendre conscience des

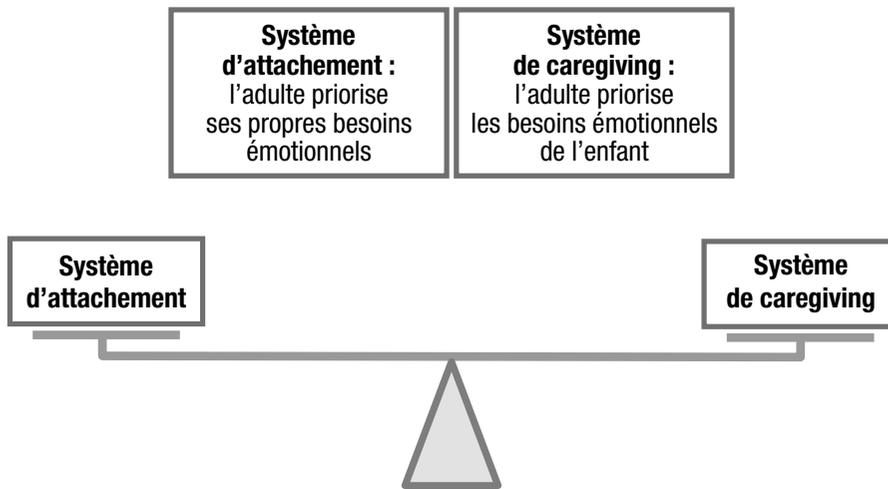


Schéma 7 : schéma représentant la compétition entre les systèmes d'attachement et de caregiving

Downloaded by 3.8.18.9.19

interactions (comportements, cognitions et émotions) et à trouver comment les améliorer. Nous utilisons ces techniques de guidance interactive au sein de notre consultation sans le support de la vidéo, même si nous utilisons parfois les vidéos apportées par les familles.

Dans l'« ici et maintenant » de la consultation, nous sommes particulièrement attentifs à la communication verbale et non verbale, et aux interactions parents-enfant avec notamment le *mirroring* (voir Annexes, « Lexique »), l'accordage, la consolabilité et l'aide à la régulation émotionnelle. Nous sommes très vigilants aux moments de séparation et de retrouvailles, à l'arrivée et au départ des patients, à la façon dont se déroule la consultation et à la position de chacun dans le bureau. La première séance nous apporte des renseignements irremplaçables pour déterminer le style d'attachement de l'enfant envers sa figure d'attachement, ou celui d'un conjoint envers l'autre. Pour l'enfant comme pour l'adulte, plusieurs facteurs activent leur système d'attachement : tout d'abord le bureau et les thérapeutes sont inconnus ou peu connus, un imprévu peut survenir (le nombre inhabituel et important de soignants à la CCAPE, un bruit inhabituel, un jeu étrange, etc.). Observer alors leurs réactions, vers qui l'enfant va pour chercher du réconfort, auprès de qui il s'installe et la réponse (adaptée ou non) du parent aux sollicitations, ce sont de très précieux renseignements pour orienter vers leur *pattern* d'attachement. Il en est de même, à la fin de la séance, avec le départ de notre bureau qui provoque un stress. La façon dont

les parents monitorent nos échanges et leur tonalité influencent le déroulé de la séance et nous apportent des éléments supplémentaires. Nous utilisons ce que nous observons pendant nos consultations comme matériel thérapeutique. Par exemple, il est fréquent d'observer que les parents priorisent les échanges avec le thérapeute au détriment des besoins d'attachement de leur enfant. Dans la mesure où l'alliance thérapeutique est de bonne qualité, nous pointons ce qui se passe et leur proposons de répondre en priorité à leur enfant et non à nos échanges. Nous soulignons notre confiance dans leurs capacités à soulager leur enfant, et le bien-être qu'il va ressentir à recevoir leur aide. Lorsque cela se produit, ils vivent dans le moment présent comment mieux l'aider et réalisent qu'ils sont les plus aptes à le faire. Si cela est trop difficile pour eux, nous pouvons les guider de plusieurs façons, en étant attentifs à intervenir avec douceur : parfois, il est possible de les accompagner pas à pas en leur expliquant ce qui se passe et ce qui va se passer en fonction de leurs différentes réactions ; parfois, nous jouons une situation de relation duelle parent-enfant comme lors d'une séance de psychodrame (en amplifiant les traits). Cette mise en situation s'avère tout à fait pertinente pour renforcer le travail d'aide à la mentalisation explicite comme implicite (notamment avec les parents qui présentent des difficultés cognitives marquées, des éléments psychopathologiques importants ou séquellaires de traumatisme psychique ou avec un défaut de mentalisation important). Ils expérimentent pendant la consultation ce qui peut se passer dans leur vie quotidienne (pour illustration clinique : voir le chapitre 5).

► Se concentrer sur le positif

Un accueil ouvert et non jugeant (Bowlby 1988, p. 127) permet de créer une atmosphère bienveillante et chaleureuse. Pendant la consultation, se focaliser sur les éléments positifs repérés renforce le partenariat avec la famille et alimente l'espoir d'aller mieux, en montrant l'impact bienfaisant. Même s'il s'agit d'un minuscule « confetti », nous le soulignons et nous nous y attardons comme on peut regarder quelque chose de petit sous l'oculaire d'un microscope pour en voir les détails (Seligman *et al.*, 2006). L'idée n'est pas de minimiser le négatif, mais de majorer le positif afin d'encourager les parents à entrer dans une interaction plus paisible avec leur enfant et en ressentir les bénéfices (façonnement progressif – *shaping* –, et renforcement positif ; Skinner, 1971). Les patients ne sont pas habitués à ce genre de démarche de la part d'un thérapeute, plus enclin à travailler autour des éléments négatifs pour en diminuer les effets. S'arrêter sur les aspects favorables, les verbaliser, et les valoriser permet de renforcer

les compétences du parent, de l'enfant, de diminuer les tensions et de nourrir l'alliance thérapeutique (Shane, 2006, Guédénéy, 2021). L'humour bienveillant peut être utilisé pour désamorcer des tensions ou encourager à explorer ce qui se passe ensemble.

► **Axe de travail : le lien parents-enfant**

Toute approche attachementiste est centrée sur ce qui se passe entre un sujet et sa ou ses FA. Nous axons notre travail de façon spécifique sur le lien parents/enfant et les interactions qui se déroulent pendant la consultation. Nous nous appuyons sur la motivation puissante des parents à améliorer leur *caregiving* et sur les ressources propres de l'enfant (Fraiberg, 1989, Morales-Huet et Guédénéy, 2016). Nous insistons sur le fait que cette thérapie n'est pas destinée à soigner une éventuelle psychopathologie d'un membre de la famille, mais à accompagner l'enfant dans son développement et les parents dans leur *caregiving* autour du lien d'attachement (Wendland *et al.*, 2015). Dans cette dynamique, nous considérons les parents comme des partenaires de soin (Delawarde *et al.*, 2014). Grâce à l'observation éthologique, nous pointons en direct les interactions en commençant par le positif comme nous venons de le détailler : les besoins d'attachement de l'enfant, la réponse des parents qui renvoie à leur *caregiving*, ce que chacun peut ressentir et comment il gère ses émotions, les propres besoins d'attachement des parents, etc. Nous encourageons les parents à imaginer puis à pratiquer de nouveaux comportements qui s'accordent mieux aux besoins de leur enfant. Nous faisons de même avec l'enfant en fonction de son âge. Nous favorisons ainsi les échanges relationnels, la fonction réflexive, la gestion des émotions, le partenariat et l'empathie. Il nous arrive régulièrement de demander aux parents d'évoquer des souvenirs d'enfance afin de les aider à réfléchir sur l'influence de ces expériences sur leur comportement en tant que FA. Ils peuvent alors partager leur histoire en sécurité : les bons événements sont agréables à évoquer et à explorer, les mauvais sont contenus par l'équipe. Il est alors question, en direct, de ce que l'on peut dire à un enfant en fonction de son âge. Si les propos tenus sont inadéquats, lorsque nous sommes à la CCAPE, nous proposons que les parents sortent avec un thérapeute pendant que l'enfant reste dans le grand bureau avec l'autre thérapeute ou vice-versa. Lorsque nous sommes dans nos consultations habituelles, nous proposons de séparer les espaces en prévoyant deux nouvelles dates (une pour les parents et une pour l'enfant). Nous leur montrons ainsi que, dans leur lien, la première des priorités est la protection de l'enfant. Dans cette atmosphère contenantante, nous cherchons

à ce que chacun puisse raconter sa façon de vivre ouvertement : l'enfant et ses parents découvrent alors qu'on peut vivre les événements différemment, ce qui ouvre à la fonction réflexive.

À la fin d'une séance, le(s) thérapeute(s) et la famille se mettent d'accord sur un objectif pour la fois suivante, il s'agit qu'ils continuent à travailler autour de leurs liens entre deux consultations.

► La chaîne de sécurité

Que cela soit à la CCAPE ou dans nos unités de soin, l'équipe fonctionne comme une base de sécurité pour le patient et le thérapeute : chacun peut partir de cette base pour affronter les défis des consultations. Elle est aussi un havre de sécurité vers lequel chacun revient après un moment difficile. À la CCAPE, nous pratiquons une écoute ouverte, où chacun peut exprimer son ressenti et donner son avis, dans une atmosphère collaborative. Chaque thérapeute est base de sécurité et havre de sécurité pour l'autre thérapeute, ils le deviennent pour les parents qui, à leur tour, le seront de façon plus solide pour leur enfant (cercle de sécurité de *Circle of Security International*, 2020). La « chaîne de sécurité » (Kurtz, 2005) se déroule alors entre thérapeutes, parents et enfant. Parfois, la relation entre les deux parents au sein du couple parental est déséquilibrée au début de la prise en charge : l'un, beaucoup plus solide que l'autre face à l'adversité, peut être un havre de sécurité et une base de sécurité pour l'autre, avec peu de réciprocité. Il est alors important que les soignants aident chacun à trouver une place plus symétrique et plus satisfaisante. À la CCAPE, la présence de deux thérapeutes et d'un observateur est indispensable pour générer cette chaîne de sécurité qui garantit à chacun un travail dans des conditions satisfaisantes du fait de la complexité des prises en charge que nous accueillons dans cette consultation.

LES OUTILS ATTACHEMENTISTES : UNE PRATIQUE INTÉGRATIVE

Nous nous inspirons de ce que les psychothérapies intégratives peuvent apporter. Ces techniques associent différentes approches dans un esprit d'éclectisme et de partage des pratiques (Norcross et Goldfried, 2005, Cloninger, 2006, Preston, 2014, Chambon, 2014). Leur diversité permet de différencier et d'adapter les thérapies à chaque patient (Fonagy et Roth, 2006), dans une optique dynamique,

tout en s'appuyant sur la validation d'études cliniques. Cette approche correspond tout à fait à nos attentes et nous n'hésitons pas à enrichir notre cadre attachementiste par des apports d'autres théories complémentaires. Cela nous pousse à rester des « créateurs d'alternatives ».

► **Le cercle de sécurité (*Circle of Security International*, 2020)**

Nous expliquons, grâce à ce schéma particulièrement didactique et facile d'accès (voir schéma 8) la balance entre l'exploration et le besoin de sécurité chez l'enfant. La FA procure à l'enfant un sentiment de sécurité et de bien-être qui va lui permettre d'explorer l'environnement (base de sécurité). Lorsqu'il est en détresse, il peut revenir vers sa FA pour y trouver ce dont il a besoin : proximité, protection et réconfort (havre de sécurité). Rasséréné, il peut repartir à la conquête du monde. Ces interactions bénéfiques vont l'aider à réguler ses émotions, contribuer à son développement et l'influencer tout au long de sa vie. L'exploration, soutenue par sa FA bienveillante, permet à l'enfant de jouer, découvrir, prendre des risques, surmonter des défis pour grandir et nourrir le sentiment de sa propre valeur (croissance de soi) (Feeney et Woodhouse, 2018). Lorsque l'enfant explore, il s'éloigne de la relation pour se lancer vers l'inconnu, prendre de la distance. Il a alors besoin d'être encouragé avec disponibilité, sans interférence intrusive, et peut éprouver du plaisir à découvrir. Il s'agit alors pour le *caregiver* de valider et d'accepter cette exploration comme positive pour l'enfant (*caregiving* de l'exploration, Feeney et Woodhouse, 2018), même si cela réveille le paradoxe de la dépendance et de l'autonomie : pour devenir autonome, il est important de se sentir attaché de façon sécurisée. Cet arrangement permet de se lancer dans l'aventure de la découverte et de ses aléas, et ce tout au long de la vie (Feeney et Trush, 2010). Nous utilisons souvent cette dimension de soutien à l'exploration du *caregiving* dans notre pratique, tant pour nous, les soignants, que pour les familles.

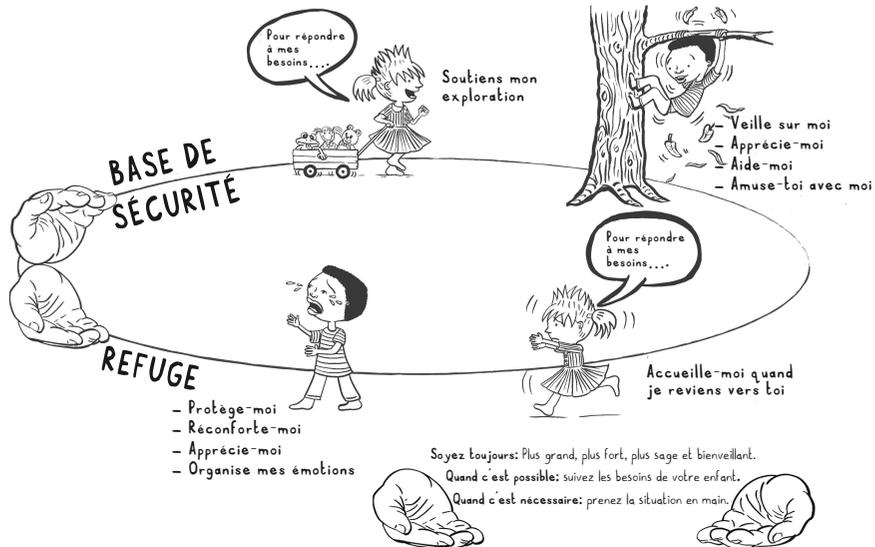
Downloaded by 3.8.18.9.19

► **Les hiérarchies familiales adaptées à l'attachement**

Le travail autour des hiérarchies au sein de la famille s'inspire des théories systémiques. L'approche systémique (Meynckens-Fourez et Henriquet-Duhamel, 2005) s'avère fort utile au cours de la prise en charge. Elle s'appuie sur l'approche structurale (Minuchin, 1974) ; l'école de Selvini-Palazzoli (1983) définit dès 1967 l'ordre des générations, la carte des relations, les sous-systèmes parents/fratries/grands-parents dans les familles. Elle vise à reconstruire des

Cercle de sécurité®

Le parent qui répond aux besoins de son enfant



©2020 Circle of Security International

Schéma 8 : cercle de sécurité (Cooper et al., 2020), reproduit avec l'aimable autorisation de Cooper, Hoffman et Powell, Circle of Security International

frontières en respectant les générations et à repérer ce qui va bien et ce qui dysfonctionne. Jay Haley (1973) développe le modèle stratégique des hiérarchies dysfonctionnelles en insistant sur les alliances toxiques (« triangles pervers »), par exemple, entre personnes de générations différentes. La dimension éthique abordée par Ivan Boszormenyi-Nagy (1986) renvoie au conflit de loyauté, à la notion de justice, de balance relationnelle, à la responsabilité et aux ressources, et nous apporte un éclairage supplémentaire. Byng-Hall (1995) considère la famille comme une base de sécurité permettant d'aller explorer avec plus ou moins de facilité, avec une balance sécurité/exploration dont les caractéristiques peuvent être sûres ou insécures. Les membres de familles à base sûre ont un bon niveau de collaboration, se sentent libres d'exprimer ce qu'ils ressentent et d'aller et venir en dehors, ce qui n'est pas le cas dans celles à base insécure. Byng-Hall (1999), insiste également sur le fait que la lecture attachementiste des comportements intrafamiliaux peut donner un autre éclairage au cours des thérapies.

« La théorie de l'attachement peut offrir des explications aussi claires pour le thérapeute que pour la famille, et cela fait sens à partir de ce qui autrement pourrait être déconcertant. Par exemple, un enfant qui est en colère, demandeur, contrôlant, est souvent perçu comme étant intentionnellement mauvais, mais l'enfant peut être vu sous un jour différent s'il ou elle est décrit comme insécure et essayant d'être sûr qu'il ou elle est dans l'esprit de ses parents quand il ou elle ne se sent pas aimé(e) ou pas digne d'être aimé(e) »¹ (Byng-Hall, 1999, p. 636, trad. C. Genet).

Michel Delage intègre la systémie et l'attachement dans sa pratique clinique et en décrit les effets positifs dans ses ouvrages de 2008 et 2013.

Dans notre pratique attachementiste, nous utilisons le schéma systémique des hiérarchies familiales afin de travailler le fait que (schéma 9) :

- ➔ la relation parents-enfant est asymétrique ;
- ➔ les parents sont en position haute : ils répondent aux besoins d'attachement de leur(s) enfant(s) et décident du cadre éducatif et environnemental. Les enfants sont en position basse la plupart du temps : ils ne sont pas en capacité de répondre seuls à leurs besoins, ils participent à la vie familiale à hauteur de leur âge. L'organisation de la famille est liée aux générations et au rôle de chacun ; elle évolue au fil des cycles de vie (naissance, adolescence, vie de couple, parentalité, vieillesse) ;
- ➔ la « frontière » entre les parents et le ou les enfants est perméable : dans certaines situations (par exemple : parents malades ou en très grande difficulté ponctuellement), l'enfant peut être temporairement en position plus haute pour aider ses parents. Il le fait de façon transitoire, adaptée à son âge et pour des raisons clairement énoncées, ce qui traduit l'adaptabilité du système familial et des frontières. Lorsque l'enfant reste en position haute, le système familial est bouleversé et devient dysfonctionnel, la souffrance s'installe pour tous les membres de la famille.

En pratique, nous notons, sur le *paperboard*, le schéma classique de la famille : père et mère au-dessus, une frontière perméable, le ou les enfants en dessous, et nous l'expliquons. Puis nous prenons une deuxième feuille (schéma 10) : nous y dessinons uniquement la frontière perméable, et nous invitons chacun des parents et l'enfant (en fonction de ses capacités, souvent à partir de six ans)

1. « Attachment theory can offer explanations that are clear to both therapist and family, and that make sense out of what may be otherwise perplexing. For instance, a child who is angry, demanding, and controlling is often seen as intentionally bad, but the child can be seen in a different light if described as insecure and trying to make sure he or she is in the parents' minds when he or she feels unloved and unlovable. »

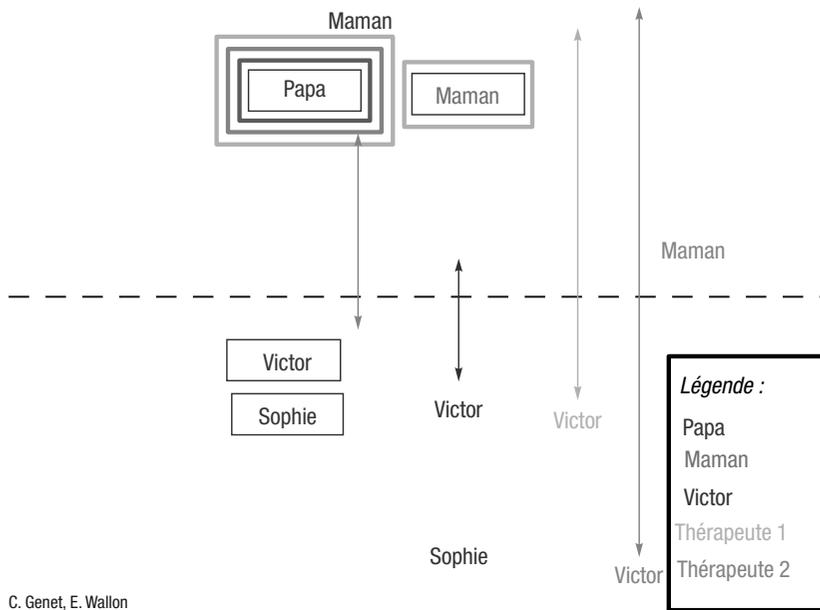


Schéma 10 : exemple clinique de hiérarchie familiale (paperboard)

difficile de distinguer les affects de leur enfant et de relier ses manifestations comportementales à une émotion en tenant compte de son âge. L'enfant, quant à lui, est perdu dans le monde compliqué des affects qu'il exprime de façon désadaptée ou qu'il enfouit au fond de lui, et il est désarçonné par les tensions avec ses parents. Tous sont figés dans des boucles relationnelles rigides et dysfonctionnelles. De plus, pour certaines familles, dans ce climat de tension, toute proposition thérapeutique de changement peut devenir une menace, activer le système d'attachement et diminuer encore leurs capacités de mentalisation et de *caregiving*. Le travail d'aide à la mentalisation, indispensable dans une approche attachementiste comme dans d'autres approches thérapeutiques, permet d'affronter les challenges de la thérapie avec force et résolution et il va de pair avec la coconstruction de l'alliance thérapeutique, dans une atmosphère relationnelle paisible, comme nous l'avons vu dans le chapitre 2, « Attachement et psychothérapie » p. 31. Il permet aux parents d'accéder aux distorsions de perception concernant les émotions de leur enfant et de pouvoir les corriger. Ils peuvent renforcer leur sensibilité parentale et mieux s'ajuster aux besoins émotionnels de leur petit. Lorsque l'enfant est assez âgé pour ce même travail,

il contribue à changer les perspectives familiales concernant les relations et les comportements intrafamiliaux (Fraiberg, 1989).

Dans nos consultations, le thérapeute s'efforce d'amener les parents à imaginer :

- que leur enfant peut ressentir un ensemble d'émotions extrêmement variées (colère, mais aussi tristesse, peur, stress, etc.) ;
- qu'il les manifeste en fonction de son âge, qu'il apprend à les exprimer et à les réguler au fur et à mesure dans l'interaction avec eux et son entourage ;
- que la perception d'une situation par un enfant est différente de celle de l'adulte, à cause de son immaturité, de son manque d'expérience, etc.

Dans ce travail d'aide à la mentalisation, nous pratiquons l'approche psychopédagogique inversée (Dumont et Berthiaume, 2016) utilisée dans l'éducation thérapeutique (HAS, 2007, Quintilla, 2015) en partant de ce que la famille nous apporte pour donner des informations sur les aspects physiologiques des émotions négatives. Nous expliquons de façon simple ce qu'est la peur, son lien avec le système d'attachement, le déroulement physiologique de la colère, etc.

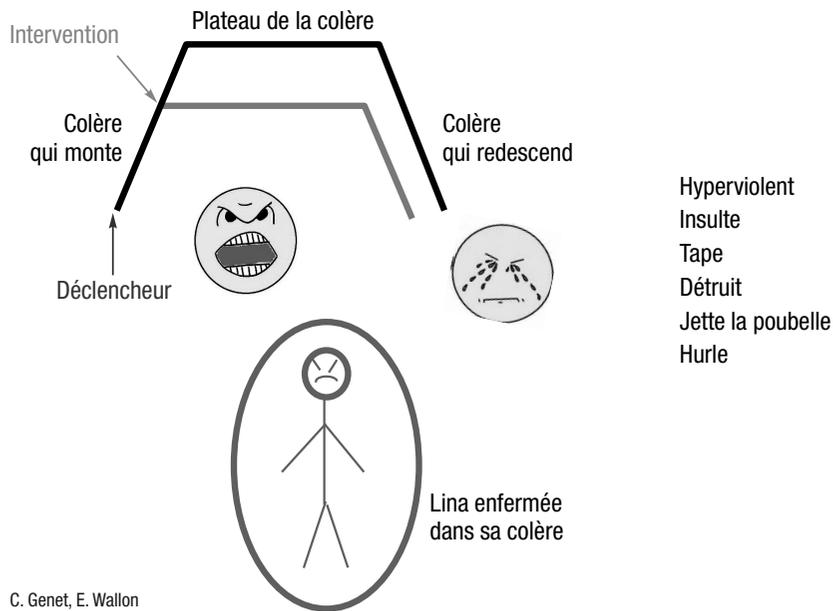


Schéma 11 : exemple clinique de psychoéducation autour de la colère (paperboard)

Puis, en fonction de la situation, de la configuration familiale et du moment de la thérapie, nous utilisons l'une ou l'autre des approches que nous aborderons

plus loin. Et nous cherchons avec souplesse une porte d'entrée pour favoriser le processus de mentalisation. De façon générale, il s'agit d'aider les adultes à définir et à reconnaître les émotions ancrées dans le corps afin de leur permettre de cerner celles que l'enfant ressent et de répondre à ses besoins émotionnels. Pour l'enfant, c'est l'occasion d'apprendre à exprimer, à reconnaître et à réguler ses affects avec l'aide de ses parents. Il se sent compris et pris en compte dans ses besoins d'attachement et il en éprouve les bienfaits. Ces allers-retours entre l'univers de l'enfant et celui de l'adulte permettent de trouver des alternatives, d'explorer le monde intérieur de chacun, d'augmenter l'estime de soi, l'empathie, la collaboration et le plaisir à être ensemble. Si l'un d'eux est trop en difficulté, nous n'hésitons pas à recruter l'autre figure d'attachement de l'enfant et du conjoint pour l'aider. Ce renforcement positif permet une amélioration de la dynamique de couple parental et/ou conjugal, et par conséquent de la réponse à leur enfant. En retour, ce dernier, compris dans l'expression de ses besoins d'attachement, parvient à une meilleure régulation de ses émotions et harmonise sa relation avec ses parents. La qualité agréable de ces interactions parents-enfant fait écho à la qualité plaisante des échanges pendant la thérapie et au plaisir à échanger ensemble. Elle est validée et valorisée par les thérapeutes et elle incite à les renouveler dans un cercle vertueux (Delage, 2008). L'objectif final est que parents et enfant puissent généraliser ce qu'ils vivent pendant les séances et exporter leurs nouvelles expériences dans leur fonctionnement quotidien (Mallinckrodt, *et al.*, 2009). Nous allons détailler ensuite quelques façons de procéder en séance.

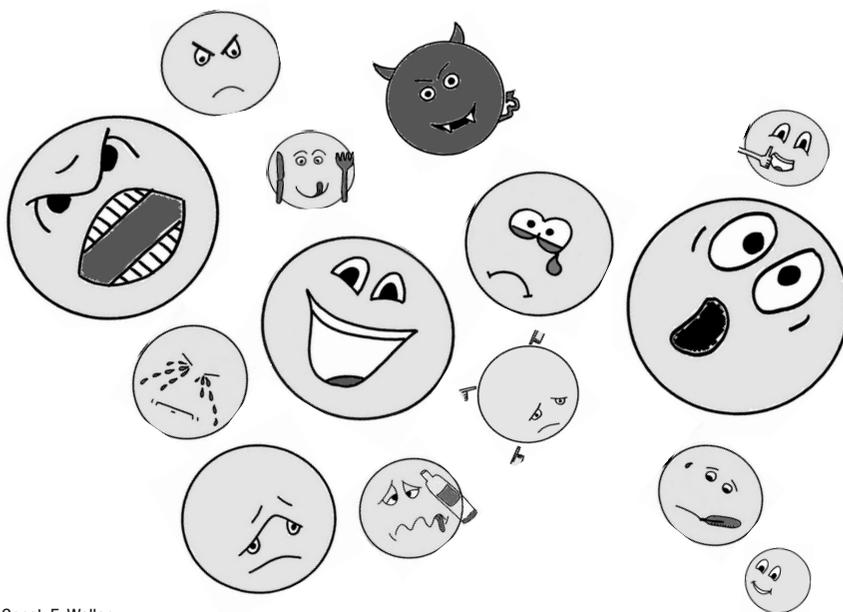
Nous avons facilement recours au *paperboard*, qui permet de matérialiser ces mouvements des uns vers les autres et produit ainsi une attention conjointe propice à la mentalisation : tout le monde est intéressé, voire absorbé par la même réflexion. Nous travaillons, par exemple, sur de courtes séquences du passé ou du présent en intervenant progressivement autour d'une émotion forte associée à un événement cible. Sur le *paperboard*, nous déroulons la séquence de façon très détaillée, nous n'hésitons pas à demander des précisions sur la situation et les émotions ressenties, chacun peut intervenir pour donner son éclairage, thérapeute compris. Cette clarification permet de sortir de la confusion générée par l'événement douloureux, porteur d'un haut niveau de stress. Ce travail de mentalisation amène à modifier son jugement de l'autre, qui devient moins négatif. Les parents peuvent faire l'expérience que ce que vit leur enfant peut être différent de ce qu'ils perçoivent. Quant à l'enfant, il fait l'expérience de découvrir les états mentaux de ses parents. Le thérapeute soutient ces mouvements et valide les émotions ressenties par chacun.

Nous pouvons proposer un autre type de travail, sur le *paperboard*, autour d'une émotion en partant des questions suivantes : « quand votre enfant ressent cette émotion, comment cela se manifeste-t-il ? », « quand vous ressentez cette même émotion, comment cela se manifeste-t-il ? » et « en général, quand les gens ressentent cette émotion, comment cela se manifeste-t-il ? ». En passant de l'un à l'autre, nous pouvons aider le parent à assouplir ses représentations et à accéder à un niveau plus général, plus sémantique et plus symbolique. Nous travaillons ensuite à définir ensemble comment répondre aux manifestations émotionnelles de l'enfant : si l'enfant a peur, le parent doit rassurer, si l'enfant est triste, il doit le consoler, si l'enfant est en colère, il doit l'apaiser, etc.

Nous associons très souvent à ce travail les représentations imagées que sont les figures type smileys. Les smileys, représentations connues du grand public, constituent un outil de médiation ludique, de couleur et de forme sympathiques, qui ouvre à de multiples interprétations. Leur utilisation favorise la communication, quel que soit le niveau socioculturel des familles. La dimension de jeu renvoie à une dynamique d'exploration enjouée que nous pouvons partager avec la famille, parfois avec humour. Cette pratique permet au professionnel d'être facilement dans une position de « non-savoir », première condition d'une prise en charge en mentalisation : le thérapeute a priori ne sait pas et cherche avec l'enfant et ses parents à identifier le plus finement possible les émotions ressenties. Les enfants sont souvent très participatifs dans cette entreprise, et ils y apportent des éléments précieux. Pour faciliter cette proposition thérapeutique, le D^r Estelle Wallon, avec le soutien actif de l'équipe de la Co-Consultation Attachement Parents-Enfant et celle du CMPE de Plaisir (Wallon et Genet, 2017) a créé un jeu de 94 cartes avec des figures type smileys « Les Frimousses » (Wallon et Genet, 2022), commercialisé par Uméo¹ et représentant des états émotionnels, physiques (par exemple : la faim, la fatigue, qui constituent des facteurs de stress physiologique et psychique), et des états mentaux en lien avec la prise de toxiques, d'alcool, ou en lien avec des situations de violence et de harcèlement. Elle y a associé d'autres figures plus « spécifiques », fruit de notre expérience clinique : un « diable » (figure la plus terrifiante imaginable, souvent utilisée lors de moment de désorganisation), un ange, une carte « sans émotion » (utilisée par les patients très en difficulté pour mentaliser) (schéma 12).

Les faillites de mentalisation se rencontrent de façon systématique lors des moments de désorganisation. Partant de ce constat, une de nos collègues de la CCAPE, le D^r Marina Rizk, a mis au point une « boîte à désorganisation » (voir

1. <http://www.umeo-store.com/>



C. Genet, E. Wallon

Schéma 12 : exemples de cartes tirées du jeu « Les Frimousses »

photo p.88) afin d'expliquer, simplement, et sans que les patients se sentent agressés, ce qui se passe chez l'enfant lorsque son parent se désorganise. Cette « boîte » regroupe des petites figurines : un papa, une maman, un enfant... et un tigre. Nous proposons alors une histoire : les personnages interagissent tranquillement, l'enfant se met à pleurer ou gigoter ou geindre. Cela déclenche une réaction inadaptée et non consciente chez son parent qui tout à coup se fige, le regard vide, ou a une réaction explosive. Pour l'enfant, la figurine du parent est remplacée par celle du tigre de façon très brutale. Cet outil permet de parler de peur, voire de terreur, dans les interactions du quotidien, d'une façon acceptable pour les familles, puis de les aider à débusquer et à chasser « le tigre » quand il se manifeste en valorisant le rôle de la figure d'attachement, « plus forte, plus sage » (Bowlby, 1998a).

1/ Quand Dylan bouge beaucoup

- Dylan est :



- Maman est :



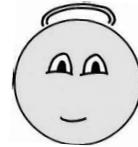
2/ quand Dylan reçoit des compliments



3/ Dylan avec un « D » (comme démon)



Dylan



C. Genet, E. Wallon

*Schéma 13 : exemple clinique « Dylan bouge beaucoup » :
aide à la mentalisation pour comprendre ce comportement (paperboard)*

► L'approche cognitivo-comportementale et émotionnelle et la pratique attachementiste

Avant de détailler ce que nous avons intégré des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) à notre pratique attachementiste, il est intéressant de noter les nombreux points de convergence de ces deux approches. Tout d'abord, les TCC et la théorie de l'attachement prennent en compte l'apport des neurosciences et les stratégies face au stress dans la compréhension d'une situation clinique. Les schémas précoces inadaptés (*early maladaptive schema*) de Young ressemblent beaucoup aux modèles internes opérants (MIO), même si Young insiste sur l'aspect « dysfonctionnel » (Young *et al.*, 2017). Dans la pratique, les thérapeutes cognitivo-comportementaux, quelle que soit la « vague » à laquelle



« La boîte à désorganisation »

Downloaded by 3.18.19.19

ils appartiennent, tout comme les thérapeutes attachementistes, accordent une grande importance au travail sur l'alliance thérapeutique, afin que le patient se sente en sécurité pour explorer ses difficultés (Cungi, 2016), et à l'attitude du thérapeute engagé, bienveillant et authentique. Tout au long de la prise en charge, les consultations des deux approches sont ponctuées de longs moments de psychoéducation ; l'observation éthologique (et non l'interprétation) y est centrale ; le travail sur des alternatives de pensées et de comportements ainsi que la résolution de problèmes avec une expérimentation de comportement ou de la pensée alternative permettent au patient d'avancer vers un mieux-être.

L'approche cognitivo-comportementale est centrée sur les comportements et les schémas dysfonctionnels cognitifs (Beck, 1976, Cottraux, 2003). Elle vise à amener les patients à en prendre conscience pendant la thérapie puis à les corriger, en musclant la capacité de résolution de problèmes (Beck, 2005). Nous utilisons donc ces outils en les centrant sur la relation parents-enfant et les besoins d'attachement. Comme nous l'avons déjà souligné, nous travaillons à partir de situations réelles et vécues par le patient. Or, les parents arrivent souvent en consultation en nous parlant de ce qui se passe en général, des dissensions qui règnent à la maison. Dans ce contexte de malaise, donner des exemples précis et détaillés n'est pas toujours facile. À partir de la théorie de l'attachement, nous pouvons leur proposer de devenir des observateurs avertis afin qu'ils prennent conscience des sillons comportementaux et relationnels qu'ils

ont tracés avec leur enfant, et dont il est possible de sortir. Par exemple, nous pouvons leur demander de remplir à leur domicile un tableau de cinq colonnes : le contexte de la situation problématique, la réaction et l'émotion de l'enfant, la réaction et l'émotion du ou des parent(s) (voir tableau ci-après). Celui-ci s'apparente aux « colonnes de Beck », mais nous en avons exclu les pensées afin que, lors de son recueil d'observation au domicile, le parent reste centré sur les comportements et les émotions. Lorsque nous le reprenons en consultation, nous travaillons d'abord le repérage comportemental puis émotionnel en lien avec les besoins d'attachement : parents et enfant (en fonction de son âge) sont invités à devenir attentifs à leur ressenti émotionnel et à son aspect contextuel. Ensuite, nous abordons ensemble comment trouver des stratégies plus adaptées : nous aidons les parents à imaginer quelle attitude aurait permis de répondre de façon plus ajustée aux besoins de l'enfant, et ce dernier à exprimer ses besoins d'une manière plus sécuritaire.

En consultation attachementiste, nous empruntons souvent une autre technique utilisée en thérapie cognitivo-comportementale, le *modeling*, dont l'objectif est de modifier le comportement d'un sujet par le biais de la mise en sa présence d'un modèle plus compétent (Heller, 1969, Bandura, 2009) et de faciliter ainsi le changement.

*Tableau comportemental et émotionnel
utilisé pour différencier les « crises »*

Situation / contexte	Réactions de l'enfant	Émotions de l'enfant	Réactions du parent	Émotions du parent

► Le génogramme adapté à l'attachement

Les familles que nous recevons portent fréquemment des histoires transgénérationnelles douloureuses et complexes, traversées par des secrets de famille et des

« fantômes » (Abraham et Torok, 1978, Fraiberg, 1989, Rialland, 1994, Tisseron, 1999). Le thérapeute « réveille le cauchemar » (Fraiberg, 1989). Coconstruire un génogramme aide la famille et les thérapeutes à en saisir les méandres, à repérer ce qui se transmet et à créer un narratif transmissible à l'enfant (Lieberman, 1979). Le plus souvent, nous le commençons avec les parents seuls, à la fois pour protéger l'enfant, mais aussi pour leur permettre de raconter librement leur histoire, aussi douloureuse ou traumatique qu'elle soit. Nous appliquons l'approche attachementiste au génogramme : nous y repérons, grâce à un code couleur (une pour ce qui est plutôt agréable, une autre pour ce qui est plutôt désagréable), les figures d'attachement de chaque parent, la qualité des relations entre chacun (par des flèches allant de la FA à l'enfant devenu adulte), et les personnes marquantes dans l'histoire familiale (par exemple, un aïeul avec le trait de caractère reproché à l'enfant ou porteur d'un secret de famille, (schéma 14)). Nous recherchons et priorisons toujours les éléments positifs relationnels même les plus discrets : nous leur montrons un aspect constructif et réel de leur famille et de leurs ressources, qu'ils n'avaient peut-être pas perçu et sur lequel ils pourront s'appuyer pour retrouver foi et force en eux. Quand ce premier travail est fini, même en cas d'éléments traumatiques sur plusieurs générations, nous pistons les « confettis » de relations agréables, puis nous travaillons avec les parents pour qu'ils élaborent un narratif adapté à transmettre à leur enfant. Ce travail d'identité et de mémoire est valorisant pour tous et nécessaire dans la construction de leur relation. « Le travail d'une vie consiste à arriver à raconter sur soi une histoire cohérente et acceptable » (Ricœur, 1988), ce qui favorise la résilience (Cyrulnik, 2011).

► La vidéo fournie par la famille

Rappelons que de nombreuses études démontrent l'intérêt et l'efficacité des vidéos dans les thérapies parents-enfant (Mac Donough, 2004, Schechter *et al.*, 2006, 2015, Fukkink, 2008, Guédeney et Tereno, 2012, Steele *et al.*, 2014).

Les parents nous apportent parfois, spontanément ou sur notre sollicitation, un film court des moments compliqués qu'ils traversent avec leur enfant. S'ils sont d'accord, nous leur demandons une séquence où l'on peut voir l'enfant et le parent interagissant dans une situation donnée. Ces vidéos sont des sources d'éléments cliniques très riches, ainsi qu'un puissant levier thérapeutique. Nous les utilisons dans la même dynamique attachementiste que les observations éthologiques faites en direct lors de nos consultations (voir chapitre 4,

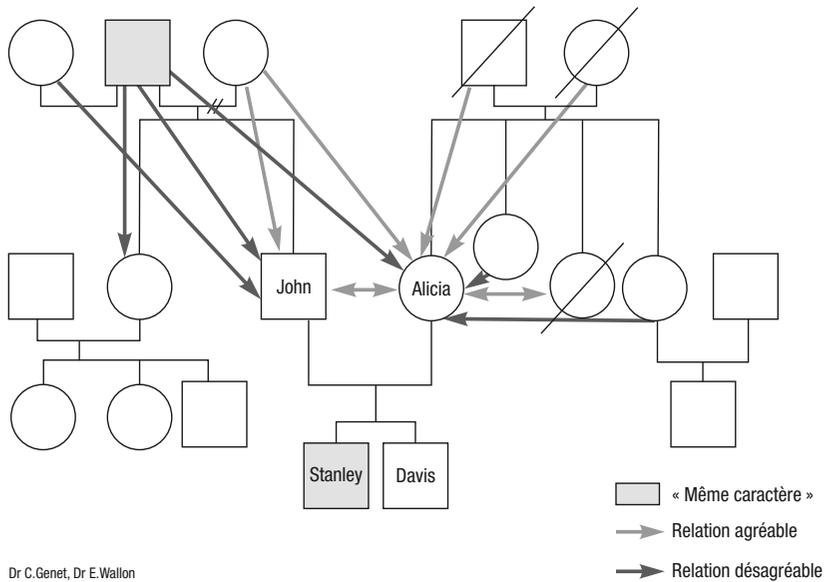


Schéma 14 : exemple clinique de génogramme émotionnel (paperboard)

« "Ici et maintenant", une observation éthologique adaptée à l'attachement » p. 73), à savoir :

- ➔ analyse éthologique du comportement de chacun ;
- ➔ analyse des interactions ;
- ➔ travail autour des émotions de l'enfant, de ses besoins d'attachement ;
- ➔ valorisation des compétences parentales.

Nous n'hésitons pas à visionner le film plusieurs fois avec les parents afin de leur laisser le temps de repérer les distorsions de leur perception dans une atmosphère paisible.

► L'approche corporelle et « la boîte sensorielle »

Les parents que nous recevons oublient souvent l'importance de la composante corporelle chez l'enfant, et leur prêtent des capacités langagières et cognitives similaires à celles d'un adulte. Parfois, la situation est rendue encore plus compliquée par des éléments traumatiques chez le parent, qui peut alors vivre la demande de câlin de son petit comme une intrusion insupportable. Le travail autour de la détente corporelle favorise la connexion et l'apaisement

émotionnels en lien avec la capacité de *caregiving* des parents (voir chapitre 1 « Attachement et système de *caregiving* » p. 26). La base du développement psychomoteur de l'enfant, puis l'ouverture aux apprentissages passent par les sens et l'intégration sensorielle (Williams et Shellenberger, 1994), d'où l'intérêt de l'approche corporelle comme facteur de relâchement, de proximité retrouvée et de plaisir à fonctionner. Lorsque l'alliance thérapeutique est installée, nous pouvons proposer d'expérimenter en consultation une approche corporelle pour apprendre à contenir physiquement dans les moments d'agitation, ou pour proposer un câlin dans les moments de tension. L'exercice du « spaghetti non cuit/dur » et du « spaghetti très cuit/mou » est une façon amusante de le tester et d'aller doucement vers un câlin parfois impossible jusque-là : l'enfant s'assied sur les genoux de son parent, reste tonique comme un « spaghetti non cuit » puis s'assouplit comme un « spaghetti très cuit » ; il n'est pas rare que le parent se retrouve en difficulté pour retenir son enfant « trop mou » ce qui est généralement vécu dans la bonne humeur ! Nous leur demandons de renouveler cette expérience au domicile plusieurs fois dans la semaine.

Grâce à notre psychomotricienne, Mme Mélie Boymenu, nous avons mis en place des outils en lien avec un travail d'« intégration sensorielle », concept développé par Ayres en 1972 puis Williams et Schellenberger (1994). « L'intégration sensorielle est décrite comme un processus neurologique central qui détecte, régule, organise, et interprète les informations sensorielles perçues par les sens, permettant à l'individu d'interagir de manière adaptée avec son environnement. » (Ray-Kaeser et Dufour, 2013, p. 14), « Les fonctions sensorielles et leur organisation constituent une base nécessaire pour développer des compétences multidimensionnelles » (Degenne *et al.*, 2013, p. 154). Le développement des systèmes sensoriels (sensibilité tactile, proprioceptive, vestibulaire, auditive, gustative, olfactive, visuelle) constitue la base du développement moteur, perceptivo-moteur et cognitif de l'enfant. La maturation anatomique des systèmes sensoriels commence *in utero* chez la femme enceinte. À la naissance, le pont tactile (proto-regard) participe à la construction du lien d'attachement. Plus tard, chez le bébé puis le jeune enfant, les systèmes sensoriels vont continuer de mûrir grâce aux différentes expériences sensorielles et motrices apportées par l'environnement (Provasi et Granier-Deferre, 2019). D'où l'idée de création d'une « boîte sensorielle » pour la CCAPE : composée d'objets ludiques visant à stimuler l'éveil sensoriel et le réflexe de curiosité chez l'enfant et ses parents au travers du plaisir partagé, elle permet d'offrir un large choix de stimulations adaptées à l'âge de développement de l'enfant. La diversité de ces objets permet de repérer les préférences sensorielles de chacun des partenaires de la relation :

des balles de différentes textures, de différentes couleurs, des sacs sensoriels, de la pâte à modeler, une colonne à bulles, un vibreur, etc. Afin de mieux évaluer le profil sensoriel de l'enfant, nous commençons par un questionnaire rapide en douze questions semi-ouvertes (développé par Mmes Mélie Boymenu et Valérie Damilaville, respectivement psychomotricienne et orthophoniste dans nos services). Il permet de recueillir des éléments sur ses caractéristiques sensorielles et d'évaluer les canaux sensoriels privilégiés pour rentrer en communication et en relation, avec un profil plutôt « hypo » ou « hyper » ou « évitant » ou « sensible » face un type de stimuli (ce questionnaire est inspiré du Profil Sensoriel de Dunn (1999) dont la passation est plus longue). En fonction des particularités sensorielles de l'enfant, nous proposons aux parents une guidance pratique : nous expérimentons avec l'enfant et ses parents ces outils pendant la consultation puis nous leur proposons de se constituer chez eux leur « boîte sensorielle », à utiliser sans modération.

► La fonction d'« ancrage » (Omer, 2017 ; Franc et Omer, 2020)

Haïm Omer, professeur de psychologie à l'université de Tel-Aviv (Israël) et pédagogue multilingue passionnant, travaille depuis de nombreuses années sur la « résistance non violente » de Gandhi adaptée aux situations d'adolescents avec des conduites à risque. Il a développé plusieurs programmes de prise en charge en fonction de la population (dont un pour les enfants tyranniques, utilisé au CHU de Montpellier) : l'objectif est de faire diminuer les conduites à risque en renforçant la « présence parentale » et sa « fonction d'ancrage ». Nous expliquons aux parents l'image suivante : lorsqu'un bateau est accroché au sol par son ancre, la tempête peut battre, il traversera la tempête et s'en sortira avec son équipage. Nous aidons alors le parent ou les parents à poser une autorité « efficace », « sensible et favorable » au développement de son enfant. Cela passe par plusieurs points. Le premier est que le parent offre un cadre où il est « plus grand, plus fort, plus sage », où il adopte des réactions prévisibles, où il reste présent et disponible, engagé et déterminé, vigilant et attentif malgré les difficultés rencontrées. Le deuxième est qu'il contrôle ses réactions de façon « responsable », sans escalade des réactions et des émotions, et qu'il peut différer sa réponse pour appuyer son autorité. Il peut aller jusqu'au *sit-in* où il fait preuve de cette « résistance non violente ». Le *sit-in* consiste à rester près de l'enfant un temps déterminé, en restant calme et posé. Le troisième point est qu'il ne reste pas seul et qu'il fasse appel à son « réseau de soutien » (le parent a identifié à qui demander de l'aide, et il demande de

l'aide quand il en a besoin pour son enfant). Nous abordons aussi la notion de « radar intentionnel » : en fonction de la situation, la vigilance de l'adulte varie. Si l'adolescent n'a pas de comportement à risque, le parent a une « vigilance bienveillante » : il est présent et intéressé par ce qui se passe pour lui et il ne l'interroge pas de façon insistante. Si le jeune commence à présenter des comportements à risque, il a une « attention focalisée » : il l'interroge et il attend des réponses de sa part. Si l'adolescent a des comportements à risque inscrits, il prend une « décision unilatérale » : si son enfant ne répond pas aux questions posées, il pose verbalement l'interdit et il fait appel au « réseau de soutien » en organisant une « ronde téléphonique » par exemple. L'idée est alors que le jeune sente que l'ensemble de son entourage et ses parents s'intéressent à lui, l'apprécient/l'aiment, et sont présents et disponibles pour lui et l'aident à canaliser son comportement désadapté.

► **Les cartes sur les styles parentaux (Baumrind, 1966)**

Afin d'aider les parents à identifier et à travailler sur leurs styles parentaux, Mme Sophie Gandillot, psychologue, a conçu des cartes pour la CCAPE : elle a écrit un texte simple et précis d'une dizaine de lignes, où elle décrit la réaction du parent en fonction de sa conception globale de l'autorité, ses principaux souhaits éducatifs, sa vision générale de l'enfant et de ses réactions comportementales. Nous avons fait le choix de présenter, sans les nommer, le style « autoritaire versant ordre/punition », le style « qui fait autorité avec souplesse en fonction de l'enfant et de son âge », et le style « permissif versant laxiste » pour aider les parents à choisir ce qui leur correspond plus facilement. Nous n'avons pas gardé le style « versant négligence », afin de ne pas heurter les parents. Lors de nos consultations, nous donnons à chaque parent un jeu de trois cartes et nous les invitons à trouver celle qui leur correspond le mieux. S'ensuit un échange autour des différents styles parentaux, de la qualité de l'entente parentale, et de leur impact sur l'enfant. Dans notre expérience, il est fréquent que chaque adulte choisisse deux cartes et non une comme demandé, pour se définir ; cela permet entre autres d'aborder la nécessité de la prévisibilité des réactions des parents et de leur accord éducatif pour un bon développement de l'enfant.

► **La recherche d'attention (Webster-Stratton, et Reid, 2014)**

Les parents interrogent régulièrement les professionnels à propos de l'agressivité de leur petit envers eux ou de ses nombreuses bêtises : « je ne peux plus faire la

cuisine : il vient forcément me coller, s'accrocher à moi, pourtant il pourrait jouer à côté de moi tranquillement », « quand je ne regarde pas, il fait des bêtises », et il n'est pas rare que nous entendions : « il le fait exprès pour m'embêter ». L'approche de Carolyn Webster-Stratton, qu'elle a développée il y a plus de trente ans dans le Programme d'Entraînement aux Habiletés Parentales « Ces Années Incroyables », nous paraît très pertinente face à ces situations. Elle permet aux parents d'aborder ce comportement désagréable sous un angle nouveau. En consultation, nous apportons aux parents des éléments de compréhension sur la dynamique relationnelle en jeu : leur très jeune enfant n'est pas encore à un niveau de développement cognitif et intentionnel suffisant pour « faire exprès », sa seule préoccupation est d'avoir sa FA « attentive, disponible et accessible » lorsqu'il en a besoin. Il cherche donc à avoir ou maintenir cette attention par tous moyens dont il dispose. Et il n'y a que deux possibilités : soit d'une façon positive en adoptant un comportement agréable envers son parent, soit d'une façon négative avec des comportements désagréables (contraires à ce que le parent attend). Après nous être assurés de la bonne compréhension du mécanisme en jeu, nous accompagnons le parent pour qu'il modifie son attitude pour augmenter la recherche d'attention positive et diminuer la recherche d'attention négative chez son enfant : être attentif et disponible rapidement en cas de besoin, mettre le focus sur le comportement positif, le féliciter, jouer avec lui régulièrement sur de courts temps, prendre soin de lui, lui parler de façon posée et agréable, l'aider à résoudre ses problèmes, l'encourager, et bien sûr l'aimer et rester toujours dans une dynamique sympathique avec son enfant.

► La place de l'EMDR et de l'ICV dans la prise en charge attachementiste (Pace, 2019 ; Shapiro, 2020)

Au sein de nos services hospitaliers de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie, nous recevons des enfants et des parents avec, dans la très grande majorité, un style d'attachement insécuré souvent associé à des éléments de désorganisation. Comme nous avons pu le détailler dans le chapitre 1 « Point sur l'attachement désorganisé » p. 12, ces éléments sont en lien avec des psychotraumatismes. Associer notre pratique attachementiste à une prise en charge spécifique sur le trauma s'avère alors très pertinent : lorsque l'alliance thérapeutique est suffisante, nous orientons le patient vers un thérapeute en EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) ou en ICV (Intégration du Cycle de Vie), en expliquant la complémentarité de cette approche et de notre travail sur la sécurité de l'attachement (voir chapitre 3).

Chapitre 5

Chroniques de la CCAPE et autres consultations attachementistes

NOUS VOUS PROPOSONS de raconter l'évolution de la CCAPE et ses changements à travers quelques cas cliniques qui nous ont semblé illustrer notre pratique. Nous avons choisi une présentation chronologique, car elle reflète l'évolution du dispositif. Puis, afin d'élargir notre propos, nous vous présenterons deux consultations attachementistes dans nos lieux habituels de consultation.

Pour des raisons éthiques, nous avons modifié les prénoms et des éléments biographiques, en préservant l'essentiel du déroulé de la prise en charge. Pour les mêmes raisons, nous présenterons chaque cas sans donner de date de suivi.

YANIS A DU MAL À GRANDIR

Yanis et ses parents font partie des premières familles venues consulter à la CCAPE. À l'époque, nous nous auto-adressions des patients dont les prises en charge étaient compliquées et pour lesquelles un éclairage attachementiste nous paraissait indiqué. Nous avons donc commencé ce dispositif très innovant en gérant des informations préoccupantes, des situations explosives surtout avec des adolescents, des menaces de suicide... Cela allait bien au-delà du cadre de la CCAPE, mais nous connaissions bien ces familles et nous avions un espace où échanger, une supervision-formation. Nous nous lancions dans ce challenge avec l'énergie des débutants ! L'équipe comptait

une dizaine de collègues motivées et enthousiastes, avec une dynamique de groupe collaborative. Nous avons beaucoup à inventer, c'était une grande responsabilité. Ce que nous proposons n'était pas habituel dans le secteur public, comme le partenariat étroit entre CMPA et CMPE et la supervision-formation ; nous avons bénéficié d'une grande tolérance de la part de nos collègues, que nous remercions, ce qui nous a permis de nous développer à notre rythme et de laisser s'exprimer notre créativité.

Le cas de Yanis et ses parents illustre bien le besoin d'un espace de soins commun pour l'enfant et ses parents. Quand la CCAPE leur est proposée, Yanis est suivi au CMPE et Madame au CMPA. Nous souhaitons une prise en charge qui nous permette de travailler leur relation, tout en intégrant le papa et en s'appuyant sur le dispositif de cothérapie pour travailler plus facilement l'« ici et maintenant » de la consultation.

Les parents de Yanis, âgé de deux ans, prennent contact avec le CMPE sur les conseils de leur médecin traitant pour évaluation d'un retard psychomoteur. Ils vivent ensemble, avec sa grande sœur, Anissa, qui va bien. Ses deux parents travaillent, Madame à temps partiel. Yanis est souvent malade, le bilan ORL objective une hypoacousie bilatérale pour laquelle il bénéficie d'un traitement. Lors de la première consultation au CMPE, Yanis présente un retard psychomoteur important, son appétence à la communication n'est pas suffisante, et les échanges mère/enfant sont assez pauvres. Le suivi s'organise au CMPE avec des entretiens familiaux, des séances de psychomotricité puis une orientation vers la CCAPE pour renforcer le lien mère/enfant. Les parents accompagnent régulièrement leur fils aux séances de rééducation ; Madame est peu présente à celles proposées par la psychologue, Monsieur ne vient jamais.

Parallèlement, Madame est suivie au CMPA depuis plusieurs mois pour un syndrome anxiodépressif majeur, un trouble de la personnalité ainsi que quelques éléments post-traumatiques suite à un accident de la voie publique à l'adolescence. Le début de la prise en charge est marqué par la méfiance, l'explosivité et la crudité du langage. Sa représentation de la relation d'aide est négative, voire effrayante. L'alliance thérapeutique est très fragile. Après en avoir longuement discuté, l'équipe du CMPA valide le fait qu'il est difficile pour cette famille de consulter et lui propose un cadre contenant et sécurisant : consultations programmées, à la demande si besoin, infirmière référente disponible par téléphone ou pour des entretiens tout en maintenant le lien avec le CMPE avec l'accord de Madame. La disponibilité de l'équipe lui permet de vivre une expérience relationnelle correctrice à partir d'une base de sécurité avec les soignants.

La prise en charge à la CCAPE commence alors que Yanis a trois ans. Elle va durer huit séances, espacées d'environ un mois.

À cette époque, nous n'avons pas encore mis au point de protocole avec les autoquestionnaires. Le style d'attachement de Yanis et de ses parents est donc évalué sur un mode éthologique et clinique pendant les séances.

► La phase d'engagement : deux séances¹

● La première CCAPE

Nous connaissons déjà la famille par les suivis aux CMP, nous travaillons donc d'emblée à la construction d'une alliance thérapeutique dont on a montré combien elle était fragile avec les deux équipes, tout en observant les interactions entre l'enfant et ses parents.

Madame apparaît très anxieuse et méfiante, elle se sent jugée et revient sur sa dépression et ses conséquences négatives sur sa vie. Elle dit qu'à son travail, ses collègues trouvent qu'elle est trop lente, et elles passent derrière elle pour vérifier ce qu'elle fait. Elle répète que si elle n'était pas comme ça, elle serait plus rapide et la vie serait plus facile. Nous en tenons compte et prenons le temps de présenter le dispositif de la CCAPE et quelques éléments de la théorie de l'attachement (consultation informée, voir chapitre 4, « Une consultation informée » p. 69). Elle écoute à peine les informations que nous lui donnons, elle occupe l'espace relationnel et revient sur ses préoccupations : sa mère qui est trop présente, mais dont elle a besoin, son mari qui s'est absenté quelques jours pour son travail et l'a laissée seule. Elle paraît débordée par ses émotions qu'elle déverse sans contrôle et avec crudité (désorganisation ?). Elle n'interrompt pas son récit lorsque Yanis la sollicite (système d'attachement activé et désactivation du *caregiving*, elle priorise le regard des adultes par rapport aux besoins de son fils). Nous remarquons aussi qu'elle se rapproche trop vite de Yanis et qu'elle a des gestes brusques lorsqu'elle interagit avec lui : par exemple, en voulant lui remettre ses lunettes, elle manque de le faire tomber. Monsieur apparaît passif, en retrait. Mais c'est lui qui interagit le plus souvent et le plus agréablement avec leur fils. L'enfant reste d'abord à proximité de son père, puis il va découvrir la pièce et les jouets avec joie. Nous pointons cela en valorisant le fait qu'il peut explorer après avoir vérifié qu'il était en sécurité avec ses parents, ce qui nous permet d'aborder une séquence psychoéducative sur le cercle de sécurité (*Circle of Security International* (2020), voir chapitre 4, « Le cercle de sécurité » p. 78 et schéma 8, p. 79).

Sans transition, Madame revient sur son quotidien et ses colères explosives, qu'elle décrit comme un héritage familial : « Dans la famille, quand on s'explique, c'est toujours très fort en paroles et en gestes » (ouverture au transgénérationnel). Monsieur se fige alors, le regard vide (désorganisation ?), puis il s'anime

1. Pour la description des différentes phases de la thérapie : voir chapitre 2, « Les quatre phases d'une thérapie au regard de l'attachement » p. 33.

quand elle évoque leurs disputes où ils crient et parlent de divorce. Madame ajoute qu'elle en a assez qu'il ne réagisse pas. Tout au long de cette consultation, le discours du mari reste factuel et il pointe avec beaucoup de douceur les demandes contradictoires de sa femme. Même quand il n'est pas d'accord avec elle, il ne la critique pas, il essaie de la soutenir. Face à cette attitude, Madame se crispe et verbalise abondamment son vécu de victime, le ton monte et elle s'énerve (colère et faillite de mentalisation). L'enfant se rapproche de son père, inquiet. Elle s'apaise et Yanis repart à la conquête du bureau (balance entre le besoin de réassurance et l'exploration tranquille) : il adore faire rouler les petites voitures et une course-poursuite est organisée dans la gaieté entre lui et un des thérapeutes. Nous nous attardons sur un de ces moments pour leur montrer combien leur fils est sensible à leurs états émotionnels, en l'occurrence celui de sa maman. Nous terminons paisiblement la consultation en nous attardant sur leurs ressentis en fin de séance : ils ont envie de revenir pour « améliorer la situation » (embryon d'alliance thérapeutique). Nous soulignons les points positifs, les capacités de leur fils, leur engagement parental et le travail que nous avons amorcé ensemble. Nous leur conseillons de repérer le lien entre leur état émotionnel et l'activité d'exploration de Yanis (cercle de sécurité, allers-retours entre le monde de l'adulte et celui de l'enfant). Nous leur proposons de limiter les disputes entre eux, surtout devant les enfants (séparation des espaces des adultes et de l'enfant), et de repérer chaque jour les bons moments (renforcement positif). Nous leur remettons les *guidelines* sur la théorie de l'attachement (voir Annexes, « *Guidelines* »).

Downloaded by 3.18.9.19

● La deuxième CCAPE

La famille arrive détendue. Madame tire très fort le manteau de Yanis pour le lui enlever, son mari intervient pour le faire doucement. Comme lors du début de la première consultation, elle déverse son flot d'inquiétude, elle est hypervigilante (système d'attachement activé) et reste dans le contrôle : son fils est très souvent malade, elle ne sait pas ce qu'il a, les médecins ont parlé d'une possible maladie neurologique. Pendant ce temps, Monsieur s'occupe avec patience et pertinence de leur garçon : il l'installe confortablement, il le mouche, ce qui soulage l'enfant qui vient se lover contre lui (accordage). Cela nous permet de recentrer les échanges autour de ce qu'ils ont retenu des consignes de la première séance : les bons moments ? Oui. Les disputes ? Ils avaient oublié, mais Monsieur était souvent absent... Madame évoque la difficulté d'être seule avec les enfants : devoir les faire manger, les doucher, gérer leurs disputes lui demande trop d'énergie (activation de son système d'attachement). Nous

l'amenons à prendre conscience de l'effet apaisant de son mari (conjoint = FA, partenariat et équipe parentale). Monsieur se redresse et sourit, visiblement heureux de notre remarque ! Il y a de nouveau un joli échange entre son fils et lui, ce qui nous permet de ramener Madame dans l'« ici et maintenant ». Nous l'encourageons à interagir avec eux, ce qu'elle fait volontiers ; ils vivent alors un moment gratifiant de partage émotionnel. Puis elle revient sur son inquiétude pour la santé de son fils et, de façon brutale, elle change de registre de vocabulaire et s'exprime avec crudité et vulgarité, sans aucun filtre (trauma ?). Son mari reste alors en retrait (évitement) et joue avec Yanis, qui paraît inquiet et moins attentif au jeu. Nous arrêtons Madame pour lui rappeler, avec prudence et douceur, ce qu'on peut dire ou pas devant son enfant, et comment réguler sa colère au regard de l'attachement. L'atmosphère relationnelle se détend, le couple échange de façon paisible, ils se sentent à l'aise, leur fils explore un peu. Nous mettons l'accent sur l'équipe parentale et nous tentons de dédramatiser l'impact du syndrome anxiodépressif : Madame peut interagir avec son fils de façon agréable et adaptée, surtout quand elle est soutenue par son mari (attachement adulte : chaque conjoint peut compter sur l'autre). Pendant cette consultation, nous remarquons que Yanis se tourne préférentiellement vers son père s'il est inquiet ou qu'il a besoin d'aide, et qu'il a l'air effrayé lorsque sa mère parle de son inquiétude pour lui en haussant le ton.

Pour la prochaine séance, nous leur proposons de continuer à repérer les bons moments et d'essayer qu'il y ait moins de disputes de couple (régulation émotionnelle et partenariat corrigé quant au but). Ils ont du mal à partir (moment de séparation, activation du système d'attachement).

● *Évaluation clinique des styles d'attachement*

Lors de ces deux premières séances, nous avons évalué les styles d'attachement en nous référant à ce que nous avons observé, ce qui nous a permis d'émettre des hypothèses de travail.

Madame paraît se situer dans un style d'attachement insécure préoccupé, avec un modèle de soi négatif et un modèle des autres positif. Nous nous interrogeons sur la possibilité d'un trauma non résolu.

Monsieur semble avoir un style d'attachement insécure détaché : il s'attache aux aspects factuels de la relation et a peu accès à ses émotions. Nous nous questionnons sur des éléments de trauma non résolu, car il peut se figer quand sa femme explose.

Yanis présente un *pattern* d'attachement insécure avec sa mère, plutôt évitant : il lui demande peu d'aide, il a tendance à se détourner d'elle (besoin d'attachement). Il paraît parfois effrayé par elle (éléments de désorganisation ?).

Il présente un *pattern* d'attachement sécure avec son père qu'il sollicite en cas de besoin d'attachement et de soutien à l'exploration.

● *Première supervision*

Lorsque nous présentons ce cas clinique, il ressort que Monsieur apparaît soutenant pour son fils, qu'il supporte beaucoup, ce qui peut être une conduite d'évitement. Madame a besoin d'être maternée. Il est important de valider sa souffrance, pour qu'elle puisse baisser en intensité émotionnelle. Nous convenons de renforcer la guidance interactive : protéger le lien avec l'équipe pour qu'elle continue de venir et lui montrer un modèle différent de celui de sa mère vécue comme hyperprésente et rejetante (*modeling* : elle s'appuie sur nous et peut ensuite faire comme nous). Nous explorons les hiérarchies familiales : Madame occupe une position haute, Monsieur une position basse, Yanis se trouve en dessous. Le comportement de Monsieur, qui ne la canalise pas, renforce la position haute de Madame. Elle a le pouvoir, mais cela la fragilise (la question du trauma ?). Madame explose, elle est dans le contrôle et Monsieur adopte une stratégie de défense : il démissionne. Pour les aider à sortir de cette configuration délétère, nous pouvons leur proposer des choses à faire ensemble, et recruter Monsieur pour aider Madame à apprendre à limiter ses colères : par exemple, s'adresser à elle : « est-ce que vous sentez débordée (écho de sa souffrance) ? » puis à Monsieur : « est-ce que vous pouvez donner un coup de main ? » pour revenir à Madame : « la réponse de Monsieur vous convient ? »

► **La phase de transition : une séance**

● *La troisième CCAPE*

En ce début de consultation comme tout au long de cette séance, l'atmosphère relationnelle est plus tranquille. Madame est moins dépressive, Monsieur est plus présent, ils sont maintenant en confiance ; Yanis s'installe près de son père et va faire un câlin à sa mère, qui exprime son plaisir : nous soulignons ce moment de partage (renforcement positif). Puis il explore le coffre à jouets et choisit des Lego®. Il sollicite l'observatrice pour jouer avec elle, ce qu'elle fait en construisant des tours avec lui, tours qu'il a plaisir à faire tomber dans un éclat de rire partagé. Le couple paraît plus détendu. Nous revenons sur leur

relation avec Yanis : ils le trouvent plus actif, il joue, il découvre et peut se mettre très en colère. Dans cette ambiance où la famille se pose avec l'équipe (soignants = base de sécurité) et où nous formons ensemble une « chaîne de sécurité » enfant-parents-thérapeutes, nous pouvons aborder la gestion de colère à partir d'un exemple concret que nous donnent les parents : leur garçon peut chiper les jouets de sa sœur et ne veut pas les lui rendre, il devient tout rouge et hurle, les deux enfants se disputent. Nous partons de la définition de cette émotion sur le plan physiologique, nous reprenons sur le cercle de sécurité (*Circle of Security International* (2020) voir chapitre 4, « Le cercle de sécurité » p. 78) et sur la manière d'aider Yanis à réguler ses affects. La mère propose d'encourager les deux enfants à trouver des jouets distincts qui leur plaisent. Elle souhaiterait aussi passer un peu plus de temps avec son fils, car elle se rend compte qu'il est jaloux de sa grande sœur. Monsieur dit qu'il les emmène souvent en balade et cela se passe bien. Il veut aider sa femme quand elle est en difficulté pour gérer leurs disputes, mais celle-ci n'apprécie pas toujours son intervention. Ils discutent alors de la façon dont cela pourrait se passer : Madame est d'accord pour qu'il intervienne quand elle le lui demande. Nous les encourageons à réfléchir ensemble pour trouver des solutions et à s'épauler l'un l'autre (mentalisation et équipe parentale). Ils nous rapportent qu'ils se disputent moins et font attention de ne pas le faire devant Yanis et sa sœur. Et lorsque Madame sent qu'elle va s'énerver, elle essaie de quitter la pièce et Monsieur intervient plus souvent pour l'apaiser, « ça lui arrive de se mettre en colère, mais c'est devenu rare » dit-il. Sa femme fait le lien avec leur enfance : la sienne avec des parents explosifs et toute une lignée de « personnes vite en colère », et celle de son conjoint où il était livré à lui-même dans une atmosphère chaotique (peur sans solution pour les deux). Yanis fait alors du bruit en jouant, ce que nous pointons : les parents expérimentent que leur état d'esprit a un impact sur la façon dont leur fils agit « ici et maintenant » et qu'il est important de choisir comment se comporter et parler de leur histoire devant lui (monde des adultes/monde des enfants). L'enfant s'assoit à équidistance de ses parents et reprend ses Lego© tout en les regardant de temps en temps, il est plus en relation et les interactions qu'il a avec chacun sont de meilleure qualité. Nous profitons de ce moment plus tranquille pour leur soumettre notre hypothèse élaborée en supervision autour des hiérarchies familiales : Madame est en position haute et Monsieur en retrait, ce qui les renvoie à ce qu'elle vient d'évoquer de l'enfance de son conjoint. Il est très ému et elle pose, en geste de soutien, sa main sur son avant-bras. Nous valorisons le soutien qu'elle lui apporte dans ce moment douloureux pour lui (Madame = FA de Monsieur). Ils verbalisent que cela va mieux dans leur couple conjugal et parental. Nous les félicitons pour

leur partenariat et leurs ressources en tant qu'équipe parentale, et en tant que père et mère. Nous leur conseillons de privilégier de bons moments de couple, de continuer de se soutenir l'un l'autre, et d'utiliser le cercle de sécurité pour mieux répondre aux besoins d'attachement de leurs enfants (guidance parentale). Ils quittent la séance en toute quiétude, Yanis se précipite auprès de son père.

► La phase de travail : deux séances

● La quatrième CCAPE

Monsieur rentre dans le bureau, suivi par Madame qui tient Yanis dans ses bras. Sa mère lui enlève doucement son manteau, et son père lui rapproche une petite chaise qu'il met entre les leurs (interactions plus adaptées grâce au *modeling*, Heller, 1969, Bandura, 2009, voir chapitre 4, « L'approche cognitivo-comportementale et émotionnelle et la pratique attachementiste » p. 87). Ils sont tous les trois détendus et nous continuons notre travail sur « l'ici et maintenant » en leur faisant remarquer ce qui vient de se passer (renforcement positif des compétences parentales et du *caregiving*). Les parents nous répondent par un sourire, pendant que Yanis se précipite sur la caisse de jeux (exploration). Rapidement, Madame occupe à nouveau tout l'espace comme lors des deux premières consultations. Elle verbalise ses inquiétudes concernant Yanis, qui enchaîne otite sur otite et qui est en difficulté à l'école : la maîtresse se plaint de son comportement turbulent et de son manque d'attention. Cela contribue à renforcer son anxiété concernant la santé et l'avenir de son fils. Monsieur reste en retrait et s'occupe de l'enfant. Elle se lance dans des doléances sans fin par rapport à son travail, à son traitement médicamenteux, à leurs deux familles, etc. Nous essayons de la rassurer en validant ce qu'elle ressent puis Monsieur essaie à son tour, en vain. Nous mettons l'accent sur les efforts qu'elle fait pour prendre soin d'elle maintenant, Monsieur souligne qu'il apprécie qu'elle soit à nouveau coquette, elle a un sourire gêné (modèle de soi négatif). Yanis se cogne sur un fauteuil, elle l'ébouriffe vigoureusement en continuant à nous parler. Nous l'encourageons à s'occuper de son fils : il s'est fait mal, il a besoin qu'elle le console avec douceur. Elle ne peut pas, trop prise par son propre ressenti (activation de son SA, désactivation de son *caregiving*), et son mari prend le relais. Madame évoque des moments compliqués avec Yanis, autour du départ pour l'école. Lorsque nous lui demandons de nous expliquer ce qui se passe, elle se ferme. C'est alors qu'il réussit à finir fièrement un petit puzzle : tout le monde le félicite. Ensuite, il construit une tour en Lego© et nous continuons sur ce qui se passe de positif actuellement. Madame s'apaise. Yanis va présenter ses Lego©

à l'observatrice comme une invitation : ils commencent à jouer ensemble, puis ils explorent le coffre à jouets avec beaucoup de plaisir ; il est ravi. Puis Monsieur parle d'une dispute autour de la venue de ses parents. Elle se met en colère, son visage devient très rapidement rouge écarlate, ses traits se tirent, elle bombe le torse, les poings serrés : elle ne veut pas qu'ils viennent et elle les disqualifie sans ménagement. Yanis jette ses jouets bruyamment : nous le faisons remarquer en expliquant qu'il est important de modérer ses propos devant lui. Monsieur dit que « ça lui retombe dessus » (sentiment d'impuissance). Nous demandons à Madame ce que peut ressentir son mari à ce sujet (essai de mentalisation). Elle s'emporte violemment, se lève et profère des menaces de suicide : « Puisqu'on m'écoute pas, je vais me tuer avec mes enfants ! Vous allez voir ! ». Surpris par ces propos terrifiants, nous sommes tous, les soignants, le père et l'enfant, figés un instant. À peine sortis de cette sidération, nous validons la souffrance des deux parents et le fait que cela touche aussi Yanis de façon importante, et nous insistons sur la fonction de protection des FA. L'observatrice sort de sa réserve, s'occupe de Yanis et le rassure. Madame s'apaise progressivement, les traits de son visage se détendent un peu. Nous exprimons combien nous sommes touchées par son mal-être, et la nécessité que nous avons de protéger l'enfant. Nous sollicitons Monsieur pour aider Madame et protéger ses enfants. En tant que soignants de la CCAPE, nous avons besoin de trouver des appuis et de faire le lien avec les équipes du CMPA, du CMPE et des services sociaux pour évaluer ce qui se passe et proposer des solutions adaptées, en priorisant la protection des enfants. Les parents sont d'accord. Nous expliquons à Yanis que ses parents ont à cœur de le protéger et que nous sommes là pour les aider. Nous finissons cette consultation très éprouvante en les encourageant à nouveau à s'entraider et nous revenons sur les moments positifs vécus pour terminer de façon constructive.

Après la séance, nous réalisons que nous avons été sidérés par la soudaineté, l'imprévisibilité et la violence des propos de Madame. Il nous appartient de reprendre le cours de notre réflexion pour élaborer un plan de soin. La question de la protection de Yanis et de sa sœur est prioritaire. Nous réfléchissons au fait que nous aurions pu acter de façon plus marquée ce qui se passait : une thérapeute aurait pu emmener l'enfant dans un autre bureau (protection de Yanis) et nous aurions pu ainsi continuer dans deux espaces différents, le temps que Madame s'apaise (soutien de Madame et renforcement de l'équipe parentale). Nous convenons de contacter les services sociaux, d'autant que nous avons l'accord des parents, et de revoir très rapidement Madame au CMPA et Yanis et ses parents au CMPE.

Du côté du CMPA, nous avons repris cela et nous avons proposé à Madame d'adapter son traitement psychotrope, d'intensifier le soutien médical et infirmier. Nous l'avons aussi rencontrée avec son mari pour organiser un « plan de crise ». Du côté du CMPE, Madame a pu exprimer ce qui la terrifie quand elle dépose son fils à l'école et élaborer des solutions pour y remédier (guidance pratique). Du côté des services sociaux, ils ont organisé des visites régulières au domicile pendant quelque temps.

● Deuxième supervision

Nous relatons la dernière consultation et son acmé dramatique, qui tranche avec l'évolution favorable de l'alliance thérapeutique et des interactions mère-enfant du fait de la collaboration étroite entre les parents, les soignants et les partenaires. Les parents se montrent réceptifs à la mentalisation implicite (voir chapitre 2, « Mentalisation et attachement » p. 38), ils « entendent la musique relationnelle ». Mais Madame reste peu sensible aux besoins de Yanis, elle priorise sa relation avec les soignants et occupe l'espace relationnel. Notre évaluation des *patterns* d'attachement de Yanis s'est affinée : il paraît insécure évitant avec des éléments de désorganisation avec sa mère, et plutôt sécure avec son père, peut-être un peu évitant. Notre superviseuse nous rappelle à propos de Madame qu'elle est traumatisée (accident de la voie publique) : elle hyperactive son système d'attachement et désactive son système de *caregiving*. Nous avons remarqué que Madame a souvent des gestes brusques, s'approche ou s'éloigne trop vite (*looming*) ; les études montrent que ce type de comportements est très fréquent chez les parents désorganisés (Crittenden et Ainsworth, 1989, Riskind, 2004) et constitue une source de peur intense chez les tout-petits. Nous nous interrogeons sur ce qu'on peut faire quand elle explose comme elle l'a fait. Il est alors indispensable de sortir avec l'enfant tout en se montrant soutenant avec les parents : « on va faire tout ce qu'on peut pour vous aider », « c'est déjà bien que vous soyez ici », « vous pouvez vraiment compter sur nous » puis « c'est pareil pour tous les parents, il y a des sujets d'adultes qu'on n'aborde pas avec les enfants, donc on pourra proposer de sortir avec Yanis ou vous pourrez le proposer ». L'équipe assure une fonction de protection, de réassurance émotionnelle pour l'enfant et pour les parents, tout en proposant une expérience relationnelle correctrice. Notre superviseuse nous conseille, lors de la prochaine consultation, de faire sortir Yanis pour les voir seuls afin de reprendre la dernière séance dans une atmosphère réparatrice. Il est impératif de travailler la colère avec Madame, ainsi que les limites qu'elle doit accepter. Nous devons l'aider afin qu'elle se sente reconnue dans son mal-être, et qu'elle puisse s'ouvrir au

changement. Comme elle est sensible au *modeling* (voir Annexes, « Lexique »), nous allons la guider pendant la consultation : devant son fils qui est si petit, lui demander gentiment de baisser le volume de sa voix, lui montrer comment caresser doucement sa tête, ne pas se rapprocher brutalement de son visage (éviter le *looming*) par exemple. Et cela, tout en gardant une incitation positive : « C'est pareil pour tous les enfants. » Nous nous interrogeons sur l'attitude de Monsieur par rapport à sa femme : il semble être l'expert du « faire avec », mais est-ce qu'il supporte vraiment ? En nous appuyant sur le fait que nous n'avons pas pu « faire avec » lors de la dernière séance, nous pouvons explorer ces moments de grande tension et ses limites, tout en pointant que quand il les pose, cela aide Madame. Nous pouvons le soutenir pour qu'il ose dire les choses petit à petit. Nous pouvons leur expliquer l'attachement désorganisé et leur montrer le triangle de Liotti (2004) (voir schéma 1), le couple effrayant/effrayé, tout en mettant l'accent sur la protection de Yanis (quand ils se disputent, il faut éloigner l'enfant). Il est également intéressant d'explorer l'histoire du couple et le transgénérationnel afin de les aider à distinguer ce qui appartient à leurs héritages familiaux de ce qui est de la famille qu'ils forment.

● La cinquième CCAPE

Elle commence joyeusement : les parents sont heureux de raconter que Yanis s'entend bien avec sa grande sœur et qu'ils partagent des moments de complicité. Nous enchaînons sur la notion de famille. Monsieur parle de son enfance, toujours en conflit avec sa famille. Madame renchérit en évoquant des tensions avec sa mère sur fond de colère : « après l'accident en scooter, ma mère ne me laissait pas faire comme ma sœur, j'avais moins de liberté qu'elle. » Ils peuvent s'exprimer en s'écoutant l'un l'autre. Nous leur résumons rapidement la proposition de notre superviseuse. Ils sont d'accord pour aller dans le bureau d'en face avec une des deux thérapeutes tandis que Yanis reste jouer avec l'autre. Une fois les espaces séparés, avec les parents, nous revenons sur la dernière consultation, en insistant sur leur souffrance, leurs difficultés et sur le fait qu'on les accompagne. Nous les sollicitons sur leur rôle respectif, le besoin de limites de Madame, le « laisser faire » de Monsieur, en insistant sur l'intérêt du partenariat parental. Nous comparons la famille à une équipe de football : chacun, de sa place, avec ses points forts et ses faibles, cherche avec ses coéquipiers à atteindre le même but (partenariat corrigé quant au but). Monsieur, grand amateur de football, est ravi de cette comparaison, qu'il commente avec passion ! Nous parlons des règles à respecter pour le plaisir du jeu et des débordements de certains joueurs, non acceptables. Il se permet

alors de dire à sa femme : il sait à quel point certaines choses sont compliquées pour elle et qu'elle peut être malheureuse dans ces moments-là, mais ils ont une très jolie maison et les finances pour se payer de belles vacances ! Il voudrait seulement qu'elle n'explode plus aussi souvent devant Yanis et Anissa. Nous nous attardons sur ce que sont le monde des enfants et celui des adultes, et nous incluons de l'aide à la résolution de problèmes : comment réguler leur relation, partager des choses ensemble, se soutenir (guidance parentale). Ces échanges sont fluides et posés, chacun donnant son avis et écoutant celui de l'autre. Nous décidons de revenir dans le grand bureau. Lorsque nous entrons, Yanis est en train de jouer avec la thérapeute. Il se lève, et va faire un câlin à sa mère et à son père, puis il retourne jouer tout en sollicitant régulièrement son père, et parfois sa mère. La thérapeute résume : il a fait des progrès au niveau moteur et il est dans l'échange, malgré ses difficultés de langage très importantes ; c'est plaisant de le voir grandir comme cela ! Elle les félicite pour les compétences de Yanis et les capacités parentales (renforcement positif), ils en sont très fiers. Malheureusement, l'enfant glisse, tombe, se cogne la tête et pleure. Sa mère le prend dans ses bras et le console ; nous valorisons avec son mari ce joli moment. À cause des pleurs, son nez coule, Madame le mouche alors brusquement, et l'enfant pleure encore plus fort. Nous demandons une pause avec retour en arrière (Mallinckrodt *et al.*, 2009, voir chapitre 2, « Attachement et psychothérapie » p. 31 et « Mentalisation et attachement » p. 38), et nous expliquons ce qu'est le *looming* et combien il peut faire peur à un enfant. Nous proposons un jeu de rôle où elle joue son fils : le thérapeute répète son mouvement en se rapprochant très vite d'elle et en lui touchant le nez. Madame expérimente combien cela est désagréable, elle nous parle de douceur, elle prend conscience qu'elle aurait pu faire autrement et que cela peut améliorer sa relation avec son fils. Nous valorisons ses ressources parentales, son mari approuve. Yanis s'approche alors de la porte en indiquant qu'il veut partir. Tout le monde lui sourit et accède à sa demande. La consultation se termine sur une note agréable.

● Troisième supervision

Nous rapportons la dernière consultation et son atmosphère plus paisible. Pour la superviseure, le lien mère-enfant a évolué plutôt favorablement au cours de la prise en charge grâce à une guidance bienveillante. La place de Monsieur en tant que père, avec lequel Yanis a une relation plus sécurisée, a pu être restaurée, tout en valorisant la place de Madame en tant que mère. Madame essaie de ressembler aux thérapeutes (*modeling*). Ces deux éléments influencent de façon déterminante les changements advenus. Maintenant, il serait souhaitable d'approfondir

l'évaluation la relation mère – Yanis sans le père, ce qui permettrait de mieux cibler les interventions thérapeutiques. Nous pouvons lui expliquer comment elle fonctionne, mais nous nous questionnons sur la stratégie la plus adaptée pour cela : serait-il intéressant de la filmer ? Elle a très peur et elle le verbalise ; cela la soulage et lui fait plaisir d'exploser. Comment peut-on l'aider à remplacer sa stratégie de combat par une autre moins coûteuse ? Nous pouvons en pointer les avantages et les désavantages et cheminer avec elle pour trouver d'autres façons de procéder. Nous devons nous appuyer sur le fait qu'elle accepte de changer pour ses enfants, ce qui est à valoriser : « Vous arrivez à vous apaiser avec votre mari et avec nous, alors, pourquoi pas avec les autres ? » Il est primordial que nous continuions à parler de sa souffrance, de sa peur, pour valider son ressenti et que nous l'aidions à explorer son histoire. Comme nous l'avions déjà envisagé lors de la précédente supervision, la dimension transgénérationnelle est à explorer : la famille de Madame est explosive, la famille de Monsieur est peu contenante. Il en parle de façon distancée, ce qui interroge sur son style d'attachement : est-il insécure évitant ou est-ce de la résilience avec une sécurité acquise ? Peut-il être une FA solide pour Madame, voire un tuteur de résilience ? Peut-on le « recruter » pour cela ? Notre superviseure conclut en nous incitant à continuer cette prise en charge malgré ses obstacles multiples et à ne pas oublier que les thérapeutes sont des créateurs d'alternatives !

► La phase de fin de prise en charge : deux séances

● La sixième CCAPE

La famille arrive souriante. Yanis s'approche de sa mère pour un câlin, Madame lui arrache la tétine (réponse au besoin d'attachement inadaptée). Le couple est détendu, nous leur demandons des nouvelles. Cela se passe bien en ce moment : les derniers examens ORL de leur fils sont rassurants, il y a beaucoup moins de conflits dans leur couple et Madame fait des efforts pour contrôler ses débordements. Yanis se dirige vers le coffre à jouets et fait le clown pour solliciter l'observatrice qui ne peut résister et va jouer avec lui. Nous expliquons aux parents que nous avons à nouveau évoqué leurs consultations avec notre superviseure et nous leur en faisons un retour. Ils nous écoutent avec attention et acceptent de nous parler de leur histoire familiale. Avant de commencer, nous leur proposons de séparer leur espace thérapeutique de celui de leur fils comme nous avons pu le faire auparavant, mais ils refusent. Tous les deux nous racontent leur enfance avec retenue. Dans la famille de Madame, son père était souvent absent, très occupé par ses activités professionnelles, et sa mère dirigeait la

famille d'une main de fer. Les tensions étaient et sont encore souvent vives. Son accident de scooter a eu des conséquences importantes : après plusieurs mois en réanimation puis en service de rééducation, elle n'a pas pu continuer ses études comme elle le souhaitait. Sa mère refusait qu'elle participe à des activités de son âge, car elle était convaincue qu'elle se mettrait encore en danger. De son côté, Monsieur décrit une enfance et une adolescence très solitaires, il préférerait la lecture à toute autre activité, ce qui était une source de conflit important avec son père qui voulait qu'il participe à la vie sociale et culturelle de la famille. Yanis s'installe sur les genoux de son père et réclame la tétine ; Madame refuse de la lui rendre. Elle veut qu'il arrête d'en avoir une, car elle craint qu'il ne puisse pas parler correctement. Nous l'aidons à réfléchir à ce qui lui fait peur (aide à la mentalisation). Madame se réfère à sa mère, qui lui conseille de la lui enlever. Nous valorisons son rôle propre : elle est la maman de Yanis et c'est elle qui sait si son fils a encore besoin de sa tétine (valorisation de ses compétences parentales). Madame dit alors qu'elle est désolée, qu'elle veut tout contrôler. Malgré le stress visible (les traits de son visage sont tendus, son regard inquiet), elle arrive à ne pas se fermer à la relation et à continuer à réfléchir. Nous le soulignons et nous validons ce changement d'attitude bénéfique pour tous : nous apprécions de pouvoir échanger avec elle sans qu'elle explose. Puis nous faisons le lien avec son fils : leur relation sera plus agréable si sa maman ne fait pas peur (expérience émotionnelle correctrice, MIO). Nous nous tournons vers Monsieur pour lui demander son avis : peuvent-ils parler ensemble de la tétine ? Ils n'en ont pas eu l'occasion, ils vont le faire et ce sera à eux de décider tout en tenant compte des avis ou conseils qui leur semblent importants. Madame manifeste du soulagement en soupirant d'aise, elle se sent plus tranquille. Une fois la mère apaisée, nous revenons à Yanis. Elle nous dit que cela se passe mieux avec lui, qu'elle est contente, ce que confirme son mari. Pendant ce temps, l'enfant se lève pour aller jouer. Une des thérapeutes interface avec lui et ils s'amuse à construire une jolie voiture en Lego© que Yanis propulse contre le mur en riant, et cela plusieurs fois, ce qui amène les parents et l'autre thérapeute à se joindre à eux. Puis nous les félicitons tous pour leurs efforts, pour leurs échanges apaisés et l'évolution de leurs relations, et nous leur suggérons de continuer dans cette voie, en s'appuyant l'un sur l'autre. Nous leur proposons de commencer à envisager la fin de la CCAPE, tout en insistant sur la nécessité de poursuivre les soins au CMPE et au CMPA. Une fois rassurés sur notre disponibilité, ils sont d'accord. Nous les remercions pour leur confiance.

● La septième CCAPE

Ils arrivent très en retard alors qu'ils ont toujours été ponctuels (réactivation des stratégies d'attachement au moment de la séparation). Nous faisons le point sur la situation. Les parents racontent un quotidien apaisé. Pendant ce temps, Yanis joue et fait des allers-retours entre les jeux et ses parents, plus souvent vers son père ; lorsqu'il vient jusqu'à elle, Madame lui caresse rapidement le bras ou la tête. Monsieur s'exprime spontanément et nous dit qu'il s'affirme plus et qu'il se montre plus présent auprès de sa femme. Madame confirme, avec un sourire, en ajoutant que de sentir son mari à ses côtés l'apaise. Ils s'attardent sur les progrès de leur fils, dont ils sont fiers. Yanis vient solliciter l'observatrice et ils s'appliquent à faire des puzzles. Madame parle de son stress et de son explosivité : elle a remarqué qu'elle le gère mieux quand elle est en présence de personnes familières. Yanis commence alors à sautiller et à courir dans la pièce, ce que nous pointons. L'observatrice lui propose une course de petites voitures, puis ils lisent ensemble de petits livres. Nous en profitons pour revenir sur les stratégies que Madame pourrait adopter afin de faire face cette peur et de ne pas exploser : sortir de la pièce si cela est possible ? Accepter l'aide de Monsieur ? Madame commence à anticiper les situations stressantes et peut s'appuyer sur son mari. Puis c'est le moment du bilan de la prise en charge (recueil du *feedback* du patient). Les parents expriment leur satisfaction de façon ouverte : leur vie de famille a changé, ils se sentent plus tranquilles par rapport à l'avenir, ils font des projets, les enfants grandissent et font des progrès, notamment Yanis. En cas de besoin, Madame peut demander de l'aide à la personne la plus adaptée selon le contexte et elle l'accepte plus facilement. Elle s'exprime de façon plus posée, plus positive (meilleure régulation émotionnelle), et interagit de façon plus souple avec son mari et son fils. Yanis sollicite plus facilement sa mère en cas de détresse, celle-ci répond de façon plus ajustée (l'expérience émotionnelle correctrice vécue au fil des consultations leur a permis d'utiliser des stratégies plus sécurisées). Monsieur propose des réponses contenant à sa femme, ce qui la rassure (alliance conjugale). Les parents détectent et interprètent mieux les signaux et y répondent de façon plus adaptée. Ils ont conscience que cet équilibre est nouveau et reste fragile, ce qui nous permet d'aborder la fin de la CCAPE et les propositions d'aide pour que cela se pérennise. Nous échangeons autour de la fin de la prise en charge et de l'espacement des consultations comme une phase de maturation. Madame est encouragée à continuer sa prise en charge au CMPA, elle va entamer un soutien psychothérapeutique avec la psychologue, qui est une thérapeute cognitivo-comportementale et pourra l'aider à réguler ses colères. Yanis continue sa prise charge au CMPE. Et puis vient le

temps de l'au revoir et des bons souhaits de continuation. Nous leur rappelons que nous restons disponibles si besoin, ce qui déclenche un moment de grande émotion. Enfin, nous convenons de nous revoir dans six mois et fixons la date du rendez-vous.

Quatre mois après la fin de la CCAPE, les parents nous sollicitent pour leur fille aînée Anissa, âgée de neuf ans, avec laquelle ils rencontrent des difficultés relationnelles : elle n'écoute pas sa mère, qui doit répéter sans cesse ses demandes et qui finit par se mettre en colère, alors qu'avec son père, c'est plus facile. Lors de la consultation, l'enfant est un peu boudeuse et impressionnée ; elle ne voulait pas venir, car elle était invitée chez une copine. Nous la remercions d'être ici et nous lui assurons que nous comprenons combien cela doit être frustrant et désagréable de venir pour parler de ce qui ne va pas ! Anissa enchaîne : « Maman ne m'écoute pas, je voudrais d'abord goûter, me reposer, et puis aller faire mes devoirs, tranquille en haut. » Madame dit que ce n'est pas possible, car la maîtresse a demandé que les parents suivent les devoirs. Monsieur souligne que leur fille est très autonome, qu'ils ont dû beaucoup s'occuper de Yanis, et que maintenant que son frère va mieux, ils sont plus disponibles pour elle. Nous validons le positif : l'autonomie d'Anissa et la disponibilité des parents. Elle souhaite un sas de tranquillité le soir : nous reprenons ensemble son emploi du temps et parvenons à dégager trente minutes de temps libre, ce qui apparaît satisfaisant (partenariat corrigé quant au but). Nous observons que Anissa se rapproche souvent de son père, murmure en aparté avec lui, et qu'elle reste à distance de sa mère. Nous interrogeons l'enfant sur son quotidien et lui demandons en particulier quelles sont les personnes vers lesquelles elle se tourne en cas de petit et grand malheur. Elle nous répond : « Papa, il sait réparer mon vélo et me soigner quand je tombe » et « Maman, elle écoute quand je rentre de l'école » (elle apparaît plus sûre avec son père qu'avec sa mère). Madame énumère des difficultés du quotidien avec sa fille : douche, rangement de la chambre, aide aux tâches domestiques... Nous reprenons tout cela sous forme de guidance fluide. Nous revoyons ensemble ce que nous avons dit aux consultations précédentes sur la fonction de base et havre de sécurité des parents, le cercle de sécurité, la sensibilité parentale, le partenariat et soulignons les compétences de chacun. Nous les rassurons : Anissa va bien, ses comportements et revendications sont classiques à son âge. Nous leur rappelons que plus ils répondent à ses besoins, plus ils encouragent la collaboration et une autonomie adaptée à son âge, plus ils se sentent de bons parents et ont envie de continuer, et plus leur fille se sent soutenue et encouragée... La famille repart satisfaite. Nous constatons combien notre disponibilité les a rassurés et confortés dans leurs progrès.

● Quatrième supervision

Arrivés à la fin de cette prise en charge, nous faisons le point, et nous émettons, avec notre superviseure, des hypothèses de travail. Malgré un début de prise en charge compliqué, nous avons construit une véritable alliance thérapeutique avec la famille, qui s'est traduite par une assiduité, une demande et un engagement bénéfique dans les soins. Nous avons abordé avec bienveillance le mode de gestion colérique des conflits de la famille de Madame, le mode de fonctionnement de la famille de Monsieur, ce qui leur a permis de se positionner différemment dans la dynamique familiale. Les parents ont fait des efforts pour comprendre le monde de leur fils, pour répondre à ses besoins d'attachement, le protéger et l'aider à réguler ses émotions. Ils ont été récompensés par les progrès de Yanis, qui a repris allégrement son développement. Madame a accepté un soutien psychothérapeutique. Monsieur s'est senti reconnu dans ses capacités parentales. L'atmosphère conjugale s'est apaisée. Leur fils s'est trouvé dégagé du conflit des parents. Ses difficultés ont été intégrées dans une représentation des parents plus adaptée.

Le lien avec les équipes de soin référentes a été facile, car nous les suivions au CMPE et au CMPA. En ce qui concerne les services sociaux, nous avons gardé un bon contact du fait que les parents étaient d'accord pour que nous collaborions avec eux.

Nous avons eu besoin d'évoquer cette prise en charge à plusieurs reprises en supervision : la CCAPE venait d'ouvrir, notre dispositif et notre pratique innovante étaient à construire et la situation était très inquiétante. Cela nous a aidées en tant qu'équipe à supporter les consultations éprouvantes du début, à nous positionner autour de la protection de Yanis, et à verbaliser, partager et clarifier nos ressentis, ce qui nous a permis d'ajuster notre stratégie de soins au plus près des besoins de cette famille.

► Phase de maintien : une séance à six mois

Ils arrivent à la CCAPE détendus (système d'attachement de la famille peu activé malgré les retrouvailles). Nous faisons le point sur la situation : les résultats des examens de Yanis ont permis d'identifier une maladie rare de bon pronostic. Malgré les discours rassurants des différents médecins, cela a réactivé chez les parents des angoisses autour de l'avenir de leur garçon. Au moment de la consultation, Monsieur nous dit que maintenant, il est raisonnablement optimiste pour Yanis, alors que sa femme est toujours très inquiète. Il peut soutenir son épouse

en lui rappelant les compétences acquises par leur fils ces derniers mois, et l'entourage médical de qualité qu'il a à présent. Nous poursuivons la consultation dans une atmosphère chaleureuse, en reprenant des éléments cliniques et théoriques des séances précédentes (guidance relationnelle attachementiste) et en valorisant leurs compétences parentales (*caregiving*). Nous concluons en leur rappelant à nouveau notre disponibilité. La famille nous quitte à contrecœur, Madame continue à nous donner des nouvelles du reste de la famille dans le couloir menant à la sortie.

LES COLÈRES DE MATHÉO

Quand nous rencontrons Mathéo et sa famille, la CCAPE commence à être connue et s'ouvre à des familles que nous ne suivions pas dans nos autres lieux de consultation. Le nombre de demandes augmente et nous apprenons à gérer une liste d'attente. Nous devons réorganiser la CCAPE de façon plus structurée et faire du lien avec les autres équipes. Afin de garder le cap des indications ciblées sur l'attachement, nous demandons des courriers détaillés aux soignants qui nous adressent les familles afin de mieux évaluer le motif de la consultation et sa place sur la liste d'attente, d'autant plus qu'ils font comme nous au départ en nous proposant des cas complexes et parfois inextricables. Certaines prises en charge sont très rudes, et nous rencontrons parfois des échecs. Il nous faut mieux définir le cadre et les objectifs de la CCAPE : une thérapie brève avec un nombre limité de séances, à un rythme et aux objectifs attachementistes clairement énoncés. Cela nous amène à échanger de façon de plus en plus collaborative et constructive, avec comme base de sécurité les séances de supervision. Nous commençons à séparer régulièrement les espaces du monde des adultes et de celui des enfants en proposant des séances avec les parents seuls. C'est aussi l'époque où nous développons des outils : le génogramme émotionnel (voir chapitre 4, « Le génogramme adapté à l'attachement » p. 89), la boîte à désorganisation (voir chapitre 4, « L'aide à la mentalisation et la gestion des émotions dans la pratique attachementiste » p. 81), ainsi qu'un ensemble de planches pour la psychoéducation.

Mathéo, âgé de quatre ans, vit avec ses deux parents et son petit frère, Raphaël, d'un an et demi. Son papa, architecte, rentre souvent tard de son travail, sa maman s'occupe des deux enfants et nous décrit un sentiment d'épuisement important. Mathéo nous est adressé par une psychologue qui le suit pour des colères dysfonctionnelles avec un retard et un trouble de la communication. Dans son courrier, elle décrit un enfant qui fait peu de progrès malgré les soins mis en place. Elle a demandé aux parents de prendre rendez-vous auprès d'un neuropédiatre pour un bilan médical, ce qu'ils n'ont pas fait. Nous allons les recevoir six fois à la CCAPE dont une séance à distance du dernier entretien.

► Les échelles avant CCAPE

Les parents arrivent un peu avant pour remplir les autoquestionnaires. Les résultats du RQ et RSQ montrent que les deux parents ont un profil sécure. À la SCL-90, Monsieur présente des éléments de souffrance psychique et Madame ne présente pas d'éléments psychopathologiques. Quant à Mathéo, les parents ont rempli la CBCL : les résultats montrent des troubles internalisés (problème de sommeil, réactivité émotionnelle) et externalisés (colère, auto-agressivité).

► La phase d'engagement : une séance

● La première CCAPE

Nous accueillons les parents, Mathéo et le petit frère : nous commençons par nous présenter et expliquer notre dispositif et sa spécificité (le lien parents-enfant). Nous donnons quelques éléments sur l'attachement en l'inscrivant dans le développement de l'enfant (voir chapitre 4, « Une consultation informée » p. 69). Tout est fait pour diminuer l'impression d'étrangeté et le niveau de stress de la famille lors de la toute première rencontre. Pendant la séance, nous observons attentivement les interactions et, comme il s'agit d'un premier contact, nous intervenons le moins possible. La consultation débutant à 16 h, les parents ont commencé à donner le goûter aux enfants dans la salle d'attente. Arrivés dans notre bureau, ils posent par terre les sacs contenant doudous et goûters et ils s'assoient. Mathéo tend alors les bras vers sa mère (activation du système d'attachement de l'enfant, demande d'aide, recherche de proximité), qui lui répond « non, tu as déjà pris ton goûter » (distorsion des perceptions). Il commence à crier, continue à lever les bras vers sa mère et se met à sautiller puis s'allonge par terre et hurle. Madame reste assise, le petit frère debout à côté d'elle, et lui répète plusieurs fois : « non, c'est fini, le goûter » avec un ton de plus en plus sec, un visage légèrement rouge et les sourcils froncés (activation du système d'attachement de Madame et désactivation du *caregiving*). Monsieur, sur sa chaise, le torse droit et le visage souriant (élément de désorganisation ?) nous explique que les difficultés qu'ils rencontrent avec leur fils durent depuis longtemps et il reprend tranquillement l'historique, sans tenir compte de ce que Mathéo manifeste (priorisation des adultes plutôt que les signaux de son garçon et désactivation du *caregiving*). Afin de diminuer le niveau de tension, nous expliquons aux parents que nous allons prendre le temps de bien comprendre leur situation et nous validons leur sentiment d'épuisement. Puis nous proposons que le petit frère puisse aller sur les genoux du papa et nous aidons la maman à

se rapprocher de Mathéo. Progressivement, celui-ci s'apaise et elle arrive à le prendre, mais sans pouvoir se détendre (le garçon est assis droit au bout de ses genoux, sans l'appui de son dos sur le ventre de sa mère). Une fois le climat plus tranquille, nous reprenons la présentation de la théorie de l'attachement en attirant leur attention sur la nécessité pour l'enfant que ses parents répondent à ses besoins émotionnels (voir chapitre 4, « Une consultation informée » p. 69). Nous leur demandons de nous résumer ce qui se passe dans la relation avec leur fils. Ils nous expliquent qu'il a commencé à faire des colères massives à l'âge de dix mois et que cela se poursuit malgré tout ce qu'ils ont déjà tenté (« la méthode douce » et la « méthode forte » nous disent-ils). Depuis toujours, ces colères sont limitées au cercle familial. Lorsque Madame ou Monsieur lui refuse quelque chose ou n'accède pas à ses demandes rapidement, il s'allonge par terre, se roule, tape sur le sol ou le mur, hurle, prend tous les objets à proximité et les projette alentour ; quand ils interviennent, « c'est pire », ils préfèrent donc le laisser seul et attendre qu'il se calme de lui-même, au bout de trente minutes, parfois une heure. Le père sort son téléphone portable et ajoute « je l'ai filmé pendant une crise. Regardez ! ». Il nous montre une petite vidéo : la famille est au parc ; Mathéo joue tranquillement avec des feuilles sur l'herbe ; tout à coup, un enfant plus grand que lui, surgi de nulle part, se précipite sur lui, lui arrache violemment les feuilles des mains ; Mathéo se précipite alors vers son père en pleurant très bruyamment. Monsieur ajoute « vous voyez bien, il fait encore une crise pour quelques feuilles d'arbre. Tout le monde nous regardait ! » (attribution négative, balance système d'attachement-*caregiving* des parents). Avec prudence (il s'agit de la première consultation), nous soulignons combien ce moment a été difficile pour eux trois, et surtout pour Mathéo et nous demandons aux parents de nous rapporter cette vidéo lors de la prochaine consultation afin que nous puissions en discuter ensemble. Par ailleurs, ils nous décrivent des difficultés d'endormissement importantes. Dans un climat bienveillant, nous reprenons ces éléments au regard de la théorie de l'attachement en nous appuyant sur le schéma du cercle de sécurité (*Circle of Security International* (2020), voir chapitre 4, « Le cercle de sécurité » p. 78 et schéma 8, p. 79) et en adaptant notre discours aux signaux actuels de détresse des parents.

Parallèlement, nous observons Mathéo : il a des yeux légèrement en amande, son contact visuel est fuyant. Lorsqu'une des thérapeutes propose de jouer avec lui, elle remarque qu'il a du mal à entrer dans un jeu, il est fasciné par un gros tracteur qu'il manipule. Il lui faut beaucoup d'efforts pour partager un petit moment de jeu autour de la ferme avec des personnages et des animaux en plus du tracteur. Mathéo présente un évident retard psychomoteur et de langage,

l'accès au jeu est limité. Nous partageons les inquiétudes de la psychologue et insistons sur la nécessité d'un bilan médical. Après nous être assurés que les parents souhaitent continuer avec cet outil attachementiste, nous leur proposons de remplir chez eux un tableau comportemental et émotionnel pour la prochaine séance (observer le comportement, repérer le contexte, y relier une émotion, puis avec notre aide si nécessaire, mentaliser pour pouvoir trouver des solutions, voir chapitre 4, « L'approche cognitivo-comportementale et émotionnelle et la pratique attachementiste » p. 87).

Nous concluons en leur demandant leur ressenti en fin de consultation, qui est plutôt positif.

► La phase de transition : une séance

● La deuxième CCAPE

Mathéo est plus à l'aise en entrant dans le bureau : immédiatement, il se dirige vers les jeux et les manipule. Son petit frère suit et déballe les jouets du coffre en s'amusant à les jeter. Les parents s'installent et nous montrent leur tableau rempli. Raphaël fait ensuite des allers-retours entre le coffre et ses parents pour montrer un jouet, demander une approbation...

Tableau comportemental et émotionnel de Mathéo, rempli par la mère

Situation / contexte	Réactions enfant	Émotions enfant	Réactions parent(s)	Émotions parent(s)
Je suis en train de téléphoner. Mathéo, qui était en train de jouer, vient me voir.	Mathéo dit qu'il veut manger, hurle, se jette par terre, se tape la tête.	Colère	Je lui explique que je ne peux pas m'occuper de lui et je continue à téléphoner.	Colère
Mathéo veut retirer son T-shirt, mais se coince le bras dans son T-shirt.	Il hurle, se roule par terre, s'agite et refuse que je l'aide.	Frustration	Comme il ne veut pas de mon aide, je m'en vais.	Colère

Nous allons prudemment explorer les différentes situations rapportées (phase d'évaluation et d'engagement), dans une dynamique de mentalisation : nous sommes curieux et nous avons très envie de comprendre ce qui se passe pour pouvoir les aider. Ils nous expliquent : « il y a des crises explicables et d'autres qui ne le sont pas : il plonge dedans et c'est impossible de l'en sortir ». Pendant

qu'ils nous détaillent les exemples de leur tableau, Mathéo arrête de jouer, se rapproche d'eux, très attentif à nos échanges. Nous nous adressons à lui pour reprendre le fait que nous sommes là tous ensemble pour l'aider à se mettre moins en colère. Nous soulignons son comportement d'attachement et sa recherche de proximité lorsque nous évoquons des moments difficiles. Continuant sur les situations du tableau, Madame ajoute : « quand il a décidé, il faut faire comme il veut » et dans le cas contraire, « c'est une grosse colère ! » Nous leur proposons de travailler autour de la « colère », émotion qu'ils mettent en lien avec les crises (aide à la mentalisation). Sur le *paperboard*, nous notons les questions suivantes :

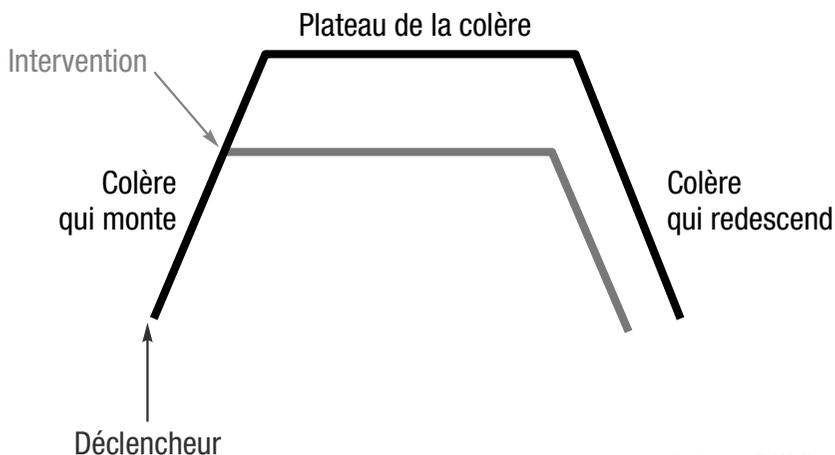
- Comment est Mathéo quand il est en colère ?
- Comment êtes-vous quand vous êtes en colère ?
- Comment est-on, en général, quand on est en colère ?

Les parents acceptent facilement de répondre :

- Comment est Mathéo quand il est en colère ?
« Il est violent, il crie. »
- Comment êtes-vous quand vous êtes en colère ?
Madame répond : « Je suis impuissante, je suis triste » (déficit de discrimination des émotions) ;
Monsieur dit : « On se met en colère quand on voit notre enfant en colère » (*mirroring*, voir Annexes, « Lexique ») ;
- Comment est-on, en général, quand on est en colère ?
« On a chaud, les yeux rouges, on est agité, on jette des objets. »

Dans une démarche de soutien empathique (thérapeute = base de sécurité), nous validons leur sentiment d'impuissance et de tristesse. Après avoir reconnu que la colère fait partie du registre des émotions et qu'il leur appartient de la réguler, nous leur proposons une séquence de psychoéducation sur la physiologie de la colère avec le schéma 15 ci-après.

Nous leur expliquons que l'inclinaison de la « colère qui monte » et de celle qui redescend ainsi que la hauteur du plateau sont variables selon le tempérament et le style d'attachement de la personne. De fait, il est souhaitable qu'ils interviennent pour apaiser leur fils au niveau de la courbe ascendante. Une fois le plateau atteint, il est physiologiquement plus difficile de se calmer, même avec l'aide des parents. Ils peuvent et doivent s'assurer qu'il ne se met pas en danger. Mathéo se montre alors très intéressé par le tableau et vient se coller tout près du *paperboard*. Nous validons que parler de la colère intéresse toute la famille,



C. Genet, E. Wallon

Schéma 15 : planche de psychoéducation sur la physiologie de la colère

et particulièrement Mathéo. Celui-ci retourne à ses jeux, Raphaël continue ses allers-retours entre les jeux et ses parents, il chipe parfois un jouet à son frère, ce qui ne va pas sans protestations... Nous revenons sur le fait que voir Mathéo en colère les met en colère (*mirroring*, activation de leur système d'attachement et désactivation du *caregiving*). Monsieur précise que c'est à cause de la violence de son fils contre lui-même, et Madame parce qu'il est inaccessible au raisonnement. Nous cherchons ensemble à repérer les ressources qu'ils peuvent utiliser pour les aider à gérer leurs émotions négatives : pour Madame c'est en premier « un bain chaud » puis « mon mari et ma mère », pour Monsieur, c'est « mon épouse ». Nous revenons au tableau qu'ils ont rempli au domicile et leur proposons de réfléchir à une autre lecture possible, en gardant à l'esprit qu'un enfant de quatre ans a besoin de ses parents pour réguler ses émotions négatives (aide à la mentalisation, travail autour de la sensibilité parentale et réponse à la détresse de l'enfant). Pour l'exemple numéro un, Madame met en avant la « colère » qu'elle perçoit chez son fils (distorsion des perceptions). La relecture de cet exemple au regard de la théorie de l'attachement nous amène à penser les choses autrement : lorsque Madame est au téléphone et que Mathéo a besoin qu'elle soit attentive à lui, par exemple s'il a faim, il active son système d'attachement ; elle se détourne de lui et il va maximiser sa demande d'aide (insécurité de l'attachement). Nous proposons à Madame que la prochaine fois qu'une situation similaire se présente, elle s'occupe de lui en premier, ce qui l'apaisera (désactivation de son SA), elle pourra alors reprendre sa conversation

téléphonique tranquillement. Dans l'exemple numéro deux, nous nous demandons ensemble ce que Mathéo, coincé dans son tee-shirt, a pu ressentir : de la frustration comme l'imagine la maman ? de la peur ? ou a-t-il eu mal ? Comment faire face à toutes ces émotions négatives sans l'aide de ses parents ? Madame et Monsieur sont très interactifs pendant cette séquence et nous soutenons leur exploration en les encourageant. Nous leur proposons maintenant de revoir la vidéo apportée lors de la première consultation. En la regardant cette fois-ci, la mère s'exclame : « Mais il a eu très peur de ce grand garçon ! » Nous abordons également les difficultés d'endormissement, liées à des angoisses de séparation et donc au lien d'attachement. Ils ont mis en place un rituel : une histoire avec un bisou. Puis Mathéo est laissé seul dans sa chambre ; il se met à rapidement à pleurer (activation du système d'attachement). Si le père ne revient pas, ses pleurs se transforment en hurlements ; Monsieur revient, laisse la porte ouverte et éclaire le couloir. Mais Mathéo ne veut pas dormir et s'accroche à lui (recherche de proximité pour se rassurer) : une spirale relationnelle infernale se met alors en place. Les parents n'imaginent pas qu'il puisse avoir peur la nuit venue « car il dort avec son petit frère ». Nous allons chercher l'enfant qu'ils ont été afin de les aider à mentaliser : Madame n'a pas de souvenirs d'avoir eu peur dans sa chambre quand elle était enfant, Monsieur s'endort depuis toujours très tard par crainte de mourir pendant la nuit... Pendant que nous échangeons, les deux enfants se disputent la place contre le genou droit de leur mère. Nous suspendons nos discussions : que se passe-t-il là, maintenant ? La mère pense que le petit frère veut le goûter et elle le repousse (distorsion des perceptions). Le père propose que sa femme prenne chaque garçon sur un genou différent, ce qu'elle fait ; Mathéo et Raphaël sont visiblement contents de la solution proposée ! Nous reprenons notre échange sur les peurs des enfants au moment du coucher : peur des monstres, de la séparation d'avec le parent, d'être abandonné, etc. Nous revenons sur d'autres aménagements et rituels possibles afin de préparer la nuit dans une ambiance sereine : mettre un rideau occultant pour éviter les ombres effrayantes, choisir une veilleuse avec une lumière tamisée, chasser les monstres en passant un balai sous le lit et dans les recoins, trouver un doudou qui mange les fantômes, leur assurer que les parents restent à proximité si besoin, etc. (développer leur sensibilité parentale, augmenter la coopération entre les parents). Mathéo et Raphaël se montrent très intéressés, le plus grand commente en disant « pas monstres ».

Avant de finir cette consultation, nous leur montrons, en utilisant un gros poupon, comment contenir physiquement Mathéo de façon rassurante et sécurisante pour chacun : une fois le parent assis, il prend son enfant sur ses genoux,

son dos contre son ventre, il l'entoure ses deux bras, tout en verbalisant ce qui est en train de se passer (« je suis ton parent, je te maintiens, tu vas te calmer, je t'aide ») ; l'adulte attend tranquillement que son enfant s'apaise, ce qui arrivera ; ce n'est qu'une fois calmé que le garçon sera accessible à la discussion (guidance pratique). Mathéo regarde tout cela avec beaucoup d'intérêt, il veut lui aussi prendre le poupon et le mettre sur les genoux de ses parents avec beaucoup d'application, ce qui les fait rire et nous permet de finir la consultation paisiblement.

► La phase de travail : deux séances

● La troisième CCAPE

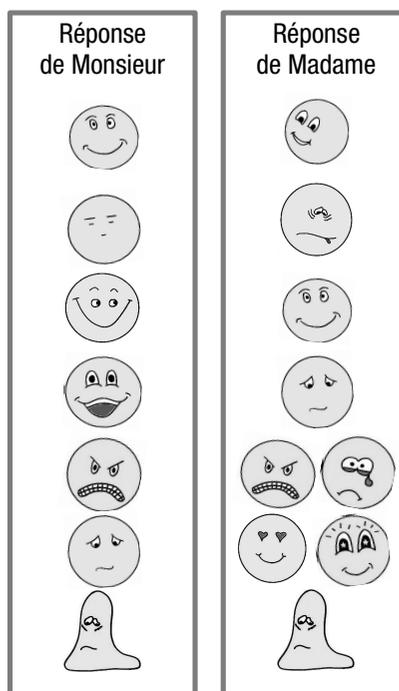
Madame arrive seule avec les enfants et ils s'installent. En attendant le papa, nous prenons des nouvelles de la famille. Puis Monsieur arrive : les enfants lui jettent un rapide coup d'œil, l'appellent sans aller vers lui et sans cesser de jouer. Il s'approche d'eux, prend Raphaël dans ses bras et celui-ci le repousse. Mathéo continue ses activités sans rien manifester (attachement insécure évitant). Le père revient sur les problèmes d'endormissement de Mathéo évoqués lors de la dernière consultation. Ils ont fait quelques modifications : les rideaux de la chambre sont maintenant occultants, ils commencent à préparer la nuit plus tôt, et ils lui promettent le dessin animé de son choix le lendemain s'il s'endort facilement, avec un succès partiel ! (récompense = réponse parentale insuffisante au besoin de réassurance). Nous reprenons l'organisation de la fin d'après-midi : Mathéo reste à l'accueil périscolaire et Madame retarde le moment d'aller le chercher de peur qu'il se mette en colère (attributions négatives) ; à peine rentrés vers 18 h 30-19 h, c'est l'heure du repas, puis de la douche et des dents puis au dodo ! Le plus souvent, le père rentre tard de son travail et elle se sent très seule dans ces moments difficiles. Nous expliquons avec humour à Monsieur combien il est chanceux d'avoir été élu « figure d'attachement principale » par sa femme, et qu'à ce titre, nous le recrutons pour l'aider ! Nous leur proposons d'utiliser le *paperboard*. Nous demandons à Madame de nous décrire le déroulé de sa journée type puis à Monsieur d'y faire correspondre les cartes « Les Frimousses » (Wallon et Genet, 2022) qu'il imagine pour sa femme (émotions et états physiologiques). Madame regarde son mari faire et nous semble de plus en plus dépitée... Puis, à notre demande, Madame prend un autre jeu et, à son tour, pose les cartes (schéma 16).

Nous reprenons les choses ensemble : Madame est ravie de voir Monsieur le soir, mais elle est fatiguée, pourrait-il essayer de rentrer un peu plus tôt ? Madame se

Journée de Madame

- Déposer Mathéo à l'école
- Ménage
- Course
- Cuisine
- Téléphone
- Aller chercher Mathéo à l'école
- Douche des enfants
- Repas des enfants
- Retour du mari
- Mise au lit des enfants

C. Genet, E. Wallon

*Schéma 16 : journée de la maman de Mathéo*

sentirait moins débordée et ils pourraient ensemble mieux organiser la soirée. Les journées sont longues et bien remplies pour tous, ils pourraient avoir un moment pour se poser et jouer ensemble avant d'aller manger et dormir tranquillement.

À ce moment, Mathéo se trémousse et demande à aller aux toilettes. Sa mère l'accompagne. Le petit frère s'arrête alors de jouer, s'avance de quelques pas pour se mettre derrière la porte et répète de plus en plus fort « mama ! MAMA !!!!! » Monsieur ne bouge pas. Ils reviennent. Raphaël se décale à peine pour laisser la porte s'ouvrir. Madame va s'asseoir, Mathéo se remet à jouer assez bruyamment. Le petit frère reste collé à la porte et continue à appeler sa maman. Nous attirons l'attention des parents sur ce comportement (désorganisation liée à l'activation du système d'attachement au moment de la séparation et des retrouvailles d'avec sa FA, schéma 17) et nous leur proposons de l'apaiser, ce que fait le père. Une fois que les deux enfants ont repris leurs activités tranquillement, nous faisons le lien entre ce que nous venons d'observer chez le petit frère et son état émotionnel en utilisant la planche suivante.

Séparation-Retrouvilles

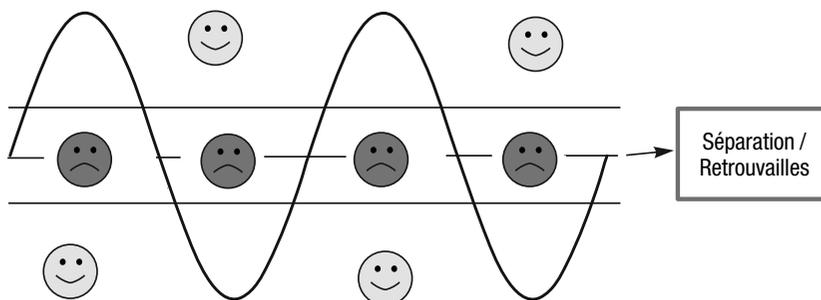


Schéma 17 : schéma des séparations et retrouvailles avec une FA

En repensant à l'agitation que Mathéo nous a montrée avant d'aller aux toilettes, Monsieur nous dit son désarroi : « quand on fait preuve d'autorité, il continue, rigole et nous nargue », et ajoute : « on veut bien négocier souvent, mais il y a des "non" ! » Nous valorisons sa position parentale : c'est aux parents de poser les limites de façon claire à leur enfant, en les adaptant à son âge (autorité sensible et efficace), puis si la situation s'y prête, d'envisager une négociation (partenariat corrigé quant au but). Nous continuons notre travail de guidance parentale en leur proposant de regarder ensemble comment avoir une « autorité sensible, efficace et favorable au développement de l'enfant » (Omer *et al.*, 2013, schéma 18).

Après avoir lu et commenté les quatre points de ce « plan d'action », nous leur demandons de se mettre debout à côté de leur fils. Mathéo, intrigué, s'arrête de jouer. Nous poursuivons : « Alors Mathéo, qui est le plus fort ? Regarde, Papa et Maman sont plus grands et plus forts que toi ! Et c'est comme ça dans toutes les maisons ! » L'enfant reste immobile et les regarde avec de grands yeux étonnés. Monsieur ajoute : « il faut qu'on soit convaincus... » Nous leur proposons une image : ils sont comme les capitaines d'un même bateau, ils dirigent les manœuvres ; pour faire face aux tempêtes et amener le bateau à bon port, ils doivent se mettre d'accord sur la conduite à tenir et la direction à prendre. De plus, sur le bateau, tout le monde est utile et a sa fonction, les enfants peuvent aussi participer à la vie de famille, en fonction de leur âge bien entendu. Nous finissons la consultation en valorisant tous leurs efforts et nous les rassurons sur le fait qu'ils sont sur le bon chemin pour aider leurs enfants à bien grandir. Nous leur proposons qu'ils puissent s'accorder sur les règles de vie

**Autorité efficace et sensible,
favorable au développement de l'enfant (fonction d'ancrage)**

Plan d'action

1/ le cadre :

le parent est :

- plus grand, plus fort, plus sage,
- a des réactions prévisibles.

2/ la présence des parents :

le parent est :

- présent et disponible,
- engagé et déterminé,
- vigilant et attentif.

3/ le self-contrôle des parents :

Il n'y a pas d'escalade au niveau des réactions et des émotions.

Le parent :

- contrôle ses réactions,
- peut différer sa réponse.

4/ le support social pour les parents :

Le parent :

- sait à qui demander de l'aide,
- peut demander de l'aide à ses proches.

Schéma adapté de l'article d'Omer *et al.*, 2013

*Schéma 18 : planche sur l'autorité efficace, sensible et favorable
au développement de l'enfant*

que toute la famille doit respecter, sur ce qu'ils tolèrent ou non chez Mathéo, et ce qui est négociable ou non. D'un commun accord, la prochaine consultation se fera sans Mathéo et Raphaël afin d'aborder ce sujet et aussi leur histoire (l'enfant qui est dans l'adulte, transgénérationnel).

● *La première supervision*

Nous rassemblons les éléments éthologiques recueillis : Monsieur sourit souvent de façon dissonante, Madame reste très tendue et semble insatisfaite, les tensions dans le couple sont palpables. Ils ont tous les deux des compétences évidentes, mais sont débordés et démissionnaires face aux comportements de leur fils. Ils ne trouvent plus les ressources pour adapter le rythme familial aux besoins des enfants. Lors des prochaines consultations, nous devons accentuer notre soutien pour eux, en valorisant leurs efforts, trouver le moindre « confetti » de positif et le mettre en relief afin de travailler plus facilement leur fonction parentale. Il s'agit de les aider de façon très concrète afin qu'ils puissent retrouver une « autorité efficace, sensible, et favorable au développement de leur enfant » (Omer *et al.*, 2013). Il serait intéressant de recueillir des éléments biographiques

personnels et transgénérationnels à partir d'un génogramme émotionnel afin d'éclairer leurs réactions et nous permettre d'ajuster nos interventions de façon plus pertinente (dimension transgénérationnelle). Nous notons que pour les deux enfants, la mère est la figure d'attachement principale. Cela était particulièrement visible pour le petit frère lorsque Mathéo est allé aux toilettes : il ne s'est pas tourné vers son père pour trouver du réconfort en l'absence de la mère. Il est important que nous puissions « recruter » Monsieur pour aider sa femme ; en mobilisant le père, notre prise en charge sera plus efficace. Les deux parents se sont décrits comme sécures dans les autoquestionnaires. Notre impression clinique est assez différente, mais, après discussion, nous émettons l'hypothèse qu'ils ont probablement un style d'attachement sécure avec de l'évitement. Les deux enfants ont un *pattern* d'attachement insécure avec des moments de désorganisation. Par ailleurs, nous sommes tous inquiets quant au développement de Mathéo. Un bilan pédiatrique plus complet, déjà conseillé par leur psychologue, nous semble nécessaire, mais les parents sont actuellement en difficulté pour suivre ces conseils, ce qui nous questionne.

● La quatrième CCAPE

Comme convenu, les parents viennent sans les enfants. Nous leur demandons des nouvelles de la famille. Madame nous dit que Mathéo lui répète en ce moment : « j'aime pas maman. » Elle poursuit : « La première fois, j'ai pleuré toute la journée. Puis je lui ai dit : tu peux sortir si tu veux aller chercher une autre maman. Maintenant, je lui dis : ça m'est égal ! Je suis résignée. Tous les enfants disent à leur mère qu'ils l'aiment ! » (contrôle négatif de la part de l'enfant puis désorganisation, abdication parentale). Nous signifions aux deux parents que nous entendons leur souffrance et leur engagement auprès de leurs enfants et que nous souhaitons les aider de façon plus ajustée. Pour cela, nous leur proposons de recueillir quelques éléments biographiques afin de mieux comprendre ce qui les a construits avant qu'ils ne deviennent parents. Nous leur expliquons comment fonctionne un génogramme en général, et que nous allons y associer les liens d'attachement qui existent entre eux et les autres membres de leur famille (génogramme émotionnel, voir chapitre 4, « Le génogramme adapté à l'attachement » p. 89, schéma 19).

Monsieur nous raconte que ses parents se sont séparés lorsqu'il était enfant, qu'il a vécu avec son père, qu'il a très peu vu sa mère puis, à l'âge adulte, alors qu'il venait de reprendre contact avec elle, elle est décédée brutalement. Il nous décrit sa relation avec son père : « Il était colonel dans l'armée de terre. Je voulais avoir son affection, je lui obéissais, car il me faisait très peur » (peur

celles qui sont agréables. Puis nous revisitons leur quotidien avec un regard attachementiste : ils interprètent parfois les comportements de leurs enfants à travers un prisme (les modèles internes opérants) déformant qu'ils ont construit à partir d'expériences réellement vécues au cours de l'enfance puis de l'âge adulte. Mathéo présente des troubles externalisés qui peuvent être la conséquence de stratégies d'attachement désorganisées. Pour mieux leur faire saisir ce qu'est la désorganisation chez l'enfant, nous utilisons « la boîte à désorganisation » (voir chapitre 4, « L'aide à la mentalisation et à la gestion des émotions dans la pratique attachementiste » p. 81) puis nous revenons au garçon : le fait de dire à sa mère qu'il ne l'aime pas ou de ne pas obéir à son père déclenche chez eux des réactions fortes qu'il ne comprend pas, voire qui l'effrayent, ce qui le désorganise. Il peut répéter ces comportements afin d'être dans un contrôle négatif de la relation avec le parent. Madame nous questionne sur la manière dont il leur est possible de modifier cela : un travail thérapeutique individuel permettrait de prendre conscience de ce « pilotage automatique » et de le modifier. Nous valorisons leur envie de changement dans l'intérêt de leur fils et nous les encourageons à poursuivre dans cette voie (renforcement positif). Nous proposons aux parents de continuer à se soutenir mutuellement comme ils l'ont fait lors de cette consultation. Nous finissons cette séance en prévoyant un nouveau rendez-vous sans les enfants.

► La phase de fin de prise en charge : une séance

● La cinquième CCAPE

Nous revoyons les parents seuls. Ils semblent apaisés, Monsieur sourit de façon adaptée, Madame est détendue. Ils ont mis en place un nouveau rythme le soir qui convient mieux aux enfants avec un temps libre à l'arrivée à la maison et plus de rituels pour le coucher. Mathéo a toujours quelques difficultés à s'endormir, mais Monsieur nous dit tranquillement : « Ben, il n'arrive pas à s'endormir... » Nous soulignons que la tonalité de leur discours est plus positive, ce qu'ils confirment : « on gère plus sereinement », « Mathéo ne se tape plus la tête, il n'y a plus de violence contre lui-même ». Nous les complimentons. Depuis peu, ils essaient de partager des temps privilégiés avec chacun des enfants ; Madame ajoute : « Ma maison est moins bien rangée qu'avant, le repassage s'entasse, mais je préfère faire des activités avec mes enfants. » Elle a pu réajuster ses exigences vis-à-vis d'elle-même (objectifs plus réalistes). Mathéo est l'aîné, il apprécie d'être reconnu comme le plus grand et d'avoir des moments de tendresse : « On fait un câlin, et il me dit qu'il est mon bébé et je lui réponds qu'il

sera toujours mon grand bébé » (réponse ajustée du parent à la recherche de proximité et d'affection de son enfant). Nous valorisons le fait qu'ils multiplient les interactions agréables avec leurs enfants. Monsieur nous raconte : « Avant, ils pleuraient quand je rentrais, du coup, je n'avais pas envie de rentrer. Aujourd'hui, quand je rentre à la maison, ce sont des cris de joie ! » Nous avons le sentiment qu'ils sont plus tranquilles et que les « crises » avec leurs enfants les envahissent moins. Monsieur ajoute qu'ils adaptent leur réponse à l'âge de leurs enfants avec plus de souplesse, et que Mathéo est plus dans le dialogue et la négociation. Madame complète : « et il me dit : maman, bisous ! » Nous les félicitons pour leurs capacités à se remettre en cause de façon constructive, à chercher des solutions et pour les résultats obtenus.

Les parents souhaitent arrêter les consultations avec nous, car ils sont à présent globalement satisfaits des interactions avec Mathéo. Nous validons cela et échangeons sur leur *feedback* de la prise en charge : « Cela nous a permis d'apprendre sur nous, de mettre en place des relations avec nos enfants. Je ne réalisais pas que Mathéo n'avait que quatre ans, j'en attendais trop », « la théorie de l'attachement a été un élément déclencheur, mais il faut de la persévérance, ça ne vient pas tout de suite », « on a peur que cela ne dure pas... ». Nous les rassurons sur le fait que, même si nous clôturons la prise en charge, nous proposons de façon systématique une consultation dans six mois et que l'équipe de la CCAPE reste disponible avant s'ils le souhaitent. Monsieur conclut cette consultation par « et on sait demander de l'aide ».

Downloaded by 3.18.19.19

► Les échelles après CCAPE

Pour le style relationnel (RQ, RSQ) et la SCL-90, les résultats sont proches de ceux de la passation d'avant la CCAPE pour les deux parents.

Pour Mathéo, à la CBCL, les parents notent beaucoup moins de troubles internalisés (réactivité émotionnelle et problème de sommeil très faibles) et moins de troubles externalisés (comportement agressif toujours présent), ce qui correspond à leur discours lors de notre consultation.

► La phase de maintien : une séance à six mois

Nous recevons donc les parents et leurs enfants pour une consultation « de maintien ». Comme d'habitude, nous les laissons s'installer et observons leurs interactions. Mathéo et Raphaël se mettent tranquillement sur les genoux de Madame et Monsieur, puis vont et viennent de leurs parents aux jeux dans une

atmosphère paisible. Nous leur faisons part de nos observations sur cette jolie vignette attachementiste et la qualité de leurs interactions. Madame nous dit : « C'est plus facile, je suis plus épanouie » et Monsieur : « Même si l'organisation est toujours compliquée, maintenant, on a les outils. » Pendant que nous échangeons, Mathéo prend un jeu des mains de Raphaël et le petit commence à pleurer, leur mère intervient, prend le jouet et leur demande de se faire un bisou... ce que le plus grand fait ! Nous valorisons son intervention et elle ajoute « Avant, on disait à Mathéo d'aller au coin, mais Raphaël l'imitait et cela ne marchait pas ! Maintenant, on leur demande de se faire un bisou et c'est plus facile ». Nous félicitons également le garçon pour avoir si bien réagi. Nous questionnons les parents sur le développement de Mathéo, qui nous avait beaucoup inquiétées au début de la prise en charge. Monsieur nous répond : « il est en retard, c'est compliqué à l'école. On a vu le neurologue, il cherche une maladie génétique. On a pris des rendez-vous pour des examens. » Madame revient sur sa manière d'être maman : « maintenant, j'écoute d'abord mes enfants puis éventuellement ma mère ! » Nous interrogeons Monsieur sur ces changements : « je n'ai plus l'angoisse de savoir dans quel état je vais trouver ma femme en rentrant du travail », et celle-ci souligne : « il a beaucoup changé ! » Et Mathéo vient faire un gros câlin à sa mère ! Nous les encourageons à continuer dans cette dynamique en multipliant les expériences agréables. Nous leur demandons s'ils souhaitent évoquer un sujet ou une préoccupation en particulier, ce qui n'est pas le cas. Pendant ce temps, Raphaël va voir la petite pièce où nous rangeons les jeux. S'ensuit une belle scène d'exploration avec un « partenariat corrigé quant au but ». La lumière de cette salle est éteinte, Mathéo n'ose s'avancer, son petit frère l'allume, lui permettant ainsi d'y rentrer ; puis Raphaël se retrouve bloqué à cause d'un gros jeu et son grand frère vient l'aider. Nous soulignons qu'ils explorent, car ils sont tranquilles, et qu'ils ont développé une collaboration efficace. Finalement, les deux enfants sortent de cette caverne d'Ali Baba et se dirigent vers la porte de sortie de notre bureau. Nous clôturons la prise en charge en leur proposant de leur envoyer ainsi qu'à la psychologue qui suit leur fils un compte rendu de notre prise en charge – ce qu'ils acceptent – et en leur assurant que nous restons disponibles si besoin.

L'ENVOL D'ELENA

Nous avons choisi de vous présenter le cas d'Elena et de sa mère, qui reflète la situation de la CCAPE après plusieurs années de fonctionnement et d'inventivité. Nous commençons à acquérir une routine qui, loin d'être poussiéreuse, renforce notre

sentiment de sécurité et nous pousse à continuer de nous adapter, de nous questionner grâce à tout ce que nous apportent les patients. Nous prenons en charge des situations moins explosives, les familles sont plus disponibles au travail thérapeutique, nous avons bien intégré que nous proposons un dispositif de deuxième intention et pas forcément « de la dernière chance ». Nos partenaires commencent à mieux nous connaître, nous enrichissons nos liens avec eux. Nous sommes devenues moins interventionnistes, moins directives, plus humbles : nous partons des demandes des patients et proposons des plans d'action plus modulables. La cothérapie contribue à ajuster notre pratique : psychiatres et psychologues ne mènent pas les séances de la même façon et chaque observateur a sa façon de concevoir sa place et ses modalités d'intervention. Nous apprenons donc à rythmer les séances, à renforcer le rôle de l'observateur et à nous écouter les uns et les autres, ce qui est fort enrichissant. La place de chaque thérapeute pendant les séances est modifiée avec un thérapeute principal et un cothérapeute. L'observateur est mieux formé à l'attachement, il peut intervenir plus facilement et nous aider à garder le cap. Nous développons avec nos partenaires une collaboration plus fructueuse : échanges en direct, par téléphone, mails, synthèses, comptes rendus systématiques, avec l'accord des familles bien sûr. Comme d'autres, nous traversons une période compliquée : la CCAPE prend de l'ampleur de même que la responsabilité vis-à-vis l'équipe et il faudrait qu'elle devienne pérenne, ce qui se révèle très complexe au niveau institutionnel. Alors que nous ne voyions pas d'issue, il se passe une chose inattendue : de nombreux collègues du service, de l'hôpital et d'autres partenaires nous soutiennent activement et ils permettent de maintenir notre dispositif à ce moment-là.

L'équipe se sent plus solide et peut affronter sainement ce qui marche et ce qui ne marche pas au cours des thérapies.

C'est dans ce contexte que nous rencontrons Elena, âgée de 14 ans, avec sa mère. Elles nous sont adressées par l'hôpital de jour pour adolescents d'un service de pédopsychiatrie dans un contexte de phobie scolaire tenace, pour travailler le lien mère-fille avec une perspective attachementiste.

Elena vit avec sa mère et a très peu de contact avec son père ; sa vie est résolument ancrée du côté maternel. Elle est inscrite en quatrième avec un projet d'accueil individualisé (PAI), elle reprend très progressivement sa scolarisation, et elle a de bons résultats scolaires.

► Les échelles avant CCAPE

Elles sont remplies par Elena et sa mère avant la première consultation. Selon les résultats de la RQ et de la RQS, elles ont toutes les deux un attachement insécure. À la SCL-90, elles présentent toutes les deux des signes de souffrance psychique.

► La phase d'engagement : une séance

● La première CCAPE

Elena et sa mère viennent à la CCAPE à reculons, un peu curieuses du dispositif, mais très méfiantes. La jeune fille a consulté plusieurs thérapeutes depuis le début de ses troubles. Mère et fille parlent de ces prises en charge comme des expériences négatives. Elles nous mettent au défi de les intéresser à cette dixième thérapie. Nous tenons compte des expériences de thérapie négatives antérieures en validant le vécu d'échec et en soulignant leur courage de consulter de nouvelles personnes. Nous convenons d'une prise en charge basée sur six consultations, avec des objectifs à fixer ensemble et une évaluation régulière de la thérapie (nous avons en fait réalisé cinq consultations en six mois). Nous sommes bien conscientes du challenge, et nous allons mettre un soin particulier à cette première consultation, où mère et filles activent leur SA et nous aussi... Il s'agit de les aider à s'engager dans le processus de soins et de diminuer la sensation de peur déclenchée par cette première séance organisée d'une façon peu courante. Nous présentons le dispositif de la CCAPE d'une manière claire et concise, en les encourageant à poser des questions ou à commenter. Nous décrivons l'outil théorique attachementiste le plus simplement possible en nous appuyant sur des exemples de la vie quotidienne, dans une dynamique de psychoéducation. Elles se montrent de plus en plus attentives, même si elles gardent une certaine réserve, Elena plutôt en retrait, mais très présente, et sa mère plutôt volontaire. Puis nous abordons la phobie scolaire et son lien avec l'attachement, en soulignant la souffrance qui motive la demande d'aide et leur courage de l'affronter avec nous. Elles commencent à s'ouvrir et à parler de leur quotidien (frémissement d'alliance), marqué par des désaccords fréquents, surtout en ce qui concerne la scolarisation d'Elena. Madame dit qu'au début, elle a toléré les refus d'aller à l'école répétés de sa fille, car elle la percevait en souffrance, mais maintenant, elle s'inquiète pour son avenir. Elena trouve que sa mère dramatise : elle reprend peu à peu sa scolarisation. Avec ces données, quels objectifs fixer pour la CCAPE ? Elles souhaitent toutes les deux retrouver une relation mère-fille plus sereine tout en restant proches, et qu'Elena reprenne le chemin du collège (partenariat corrigé quant au but). Nous leur proposons de noter sur un *paperboard* ce « chemin de l'école » et que Madame puis sa fille puissent y dessiner « une émoticône sourire » ou « une émoticône triste » en face de chaque étape pour Elena (exploration et aide à la mentalisation) (schéma 20).

Chemin du collège

- Quitter la maison
- Trajet entre la maison et le collège
- Arrivée au collège
- Rencontres avec d'autres jeunes
- Rencontres avec les profs
- Rester assise en classe
- Écouter le prof
- Temps de la récréation
- Évaluations
- Retour à la maison
- Devoirs le soir

C. Genet, E. Wallon

Réponse de sa mère	Réponse d'Elena
😊	😞
😞	😞
😞	😞
😞	😊
😊	😊
😞	😊
😊	😊
😞	😞
😞	😞
😊	😊
😊	😊

Schéma 20 : le chemin de l'école d'Elena

Nous explorons le monde de l'adolescence, le temps de l'exploration soutenue en balance avec la sécurité via le cercle de sécurité (*Circle of Security International*, 2020, voir chapitre 4, « Le cercle de sécurité » p. 78) : Elena doit être rassurée pour pouvoir faire face à tous les défis qu'elle rencontre au collège. La jeune fille parle de sa crainte de l'échec (anxiété de performance, baisse de l'estime de soi). Nous leur expliquons ce qu'est la peur, sa physiologie, et comment se sentir rassurée, afin de leur apporter quelques outils (psychoéducation).

Nous leur proposons de repérer ces moments à l'aide un tableau, avec pour objectif d'harmoniser leur relation. Elles se montrent réticentes, nous n'insistons pas. Nous reprenons un échange plus neutre, elles se détendent. Nous pouvons clore positivement cette première séance : elles acceptent de revenir, ce qui nous autorise à leur remettre les *guidelines* (voir Annexes, « *Guidelines* ») sur l'attachement en leur demandant de s'en imprégner et de commencer à repérer les comportements d'attachement d'Elena.

► La phase de transition : une séance

● La deuxième CCAPE

Elena et sa mère sont revenues, elles ont lu les *guidelines* et se disent motivées pour continuer : nous abordons la phase de transition, pendant laquelle elles vont s'installer dans une relation de confiance avec l'équipe. Nous revenons sur les éléments abordés lors de la première consultation et nous poursuivons sur la place d'Elena au collège puis à la maison. Nous prenons le *paperboard*. Après leur avoir expliqué le principe, Elena, Madame et les thérapeutes y inscrivent ce qu'ils voient de la place de chacun dans la famille. Elles s'en saisissent facilement et sont sensibles aux différences qui apparaissent dans les interprétations (schéma 21). Globalement, la posture en hiérarchie d'Elena est variable : de très haute à basse. Nous convenons que cela ne peut pas être confortable (inversion de rôle, Bowlby, 1973, Vulliez-Coady *et al.*, 2012).

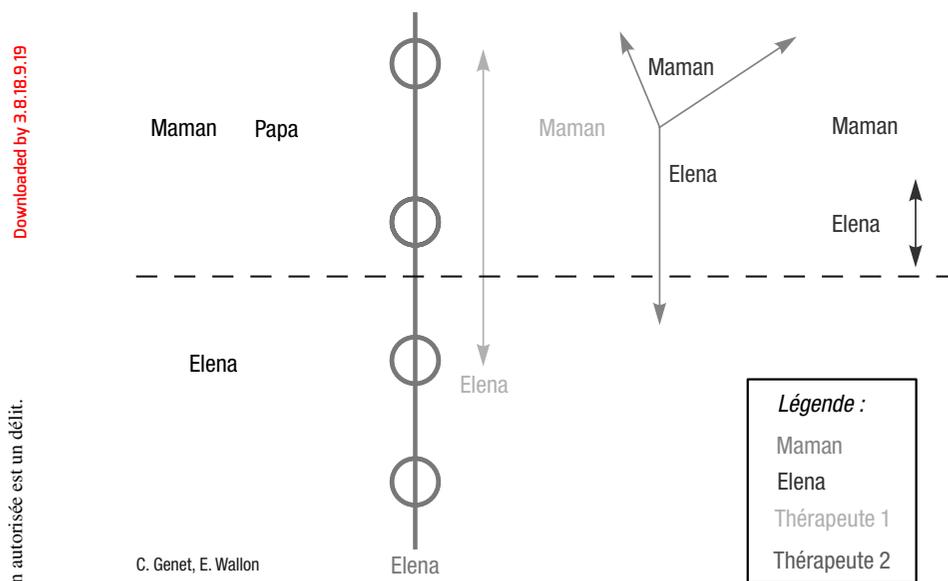
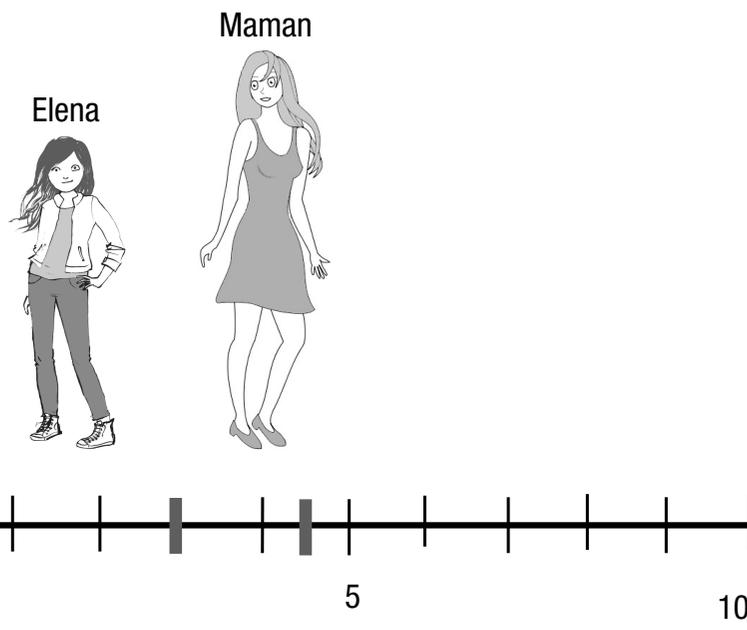


Schéma 21 : les hiérarchies familiales pour Elena

Parler de la position de l'enfant nous amène à parler de ses besoins d'attachement et du cercle de sécurité (*Circle of Security International*, 2020, voir chapitre 4, « Le cercle de sécurité » p. 78). Nous détaillons ce qui se passe dans leur quotidien lorsqu'Elena ne va pas à l'école : dans ce contexte de peur, la jeune fille active son système d'attachement (SA) en parallèle de l'activation du SA de

la mère. Elles prennent conscience de leur grande proximité, de ses avantages et des inconvénients, et il est alors possible de travailler sur la distance et le confort relationnel. Elena note que la distance relationnelle actuelle entre elle et sa mère est à 3 et sa mère à 4,5 sur une échelle de 10 (0 = très proches, 10 = très éloignées, schéma 22). Elles fixent comme un objectif une distance relationnelle qui leur paraît plus appropriée entre 5 et 6, tout en revendiquant de vouloir garder leur grande complicité.



Pour Elena et sa mère : jeune fille de 14 ans = idéal
de confort relationnel à 5/6

Schéma 22 : la distance relationnelle pour Elena et sa mère

Elles sont détendues et participent activement à la séance (base de sécurité, alliance thérapeutique). Nous terminons la consultation en réfléchissant ensemble à ce qu'est une adolescente de 14 ans (aide à la mentalisation), ses attentes et ses besoins : confronter les points de vue leur ouvre d'autres possibilités relationnelles mère/fille.

Par exemple, est-ce qu'Elena pourrait s'autoriser à aller à l'anniversaire d'une copine sans appeler sa mère trop souvent ? Est-ce que sa mère pourrait le lui permettre sans trop s'inquiéter ?

Pour la séance suivante, nous leur donnons comme consigne de repérer la dynamique du cercle de sécurité (*Circle of Security International* (2020), voir chapitre 4, « Le cercle de sécurité » p. 78 et schéma 8, p. 79) chez Elena au quotidien, son type de besoin d'attachement, de se demander comment Madame peut y répondre, et que chacune prenne conscience de leur place respective dans la hiérarchie familiale.

► La phase de travail : deux séances

● La troisième CCAPE

Nous entamons la phase de travail : Elena et sa mère se sentent suffisamment en sécurité et peuvent parler de la famille, de sa composition, et de son histoire. Tracer le génogramme émotionnel (voir chapitre 4, « Le génogramme adapté à l'attachement » p. 89) sur le *paperboard* est un exercice particulièrement éprouvant pour elles : chacune est vigilante à ce que dit et ressent l'autre, l'une et l'autre ont à plusieurs reprises les larmes aux yeux et elles ont alors un mouvement de tendresse pour se soutenir (schéma 23).

Madame nous raconte qu'elle a rencontré le père d'Elena alors qu'elle vivait en Guadeloupe, s'en est séparée quelques mois après sa naissance et elle est revenue en métropole de façon précipitée et très douloureuse. Depuis, Elena a très peu vu son père, qui réside aux Antilles, et elle ne connaît pas la nouvelle compagne de son père et leur fils, ce dont elle souffre. Elle était très proche de son grand-père maternel, qui s'est éloigné d'elle au moment de l'adolescence : « avant, on s'occupait de ses bonzaïs et on regardait des films des années 30 ensemble ; maintenant, il préfère que je le laisse tranquille. » Elena a le sentiment de revivre des abandons. « Mon point de repère, c'est ma mère », dit-elle. Madame dit qu'elle a traversé bien des épreuves ; elle redoute d'être seule et la présence de sa fille la rassure.

Madame rapporte des relations plutôt positives avec ses parents et ses deux frères. Mais au fil de l'entretien, elle peut dire qu'elle a du mal à communiquer avec son père, « un intellectuel un peu sur sa planète » et que sa mère est une femme « agréable, que tout le monde aime » (discours lisse lié au manque de disponibilité de la FA ?). Elle n'a pas revu le père d'Elena et sa famille depuis leur séparation (des soutiens en moins). Elena décrit des relations positives avec sa mère, sa grand-mère maternelle, ses oncles maternels et sa tante paternelle qu'elle voit pourtant peu. Elle décrit une relation mitigée avec son grand-père maternel et une quasi-absence de relation avec ses grands-parents paternels. Elle

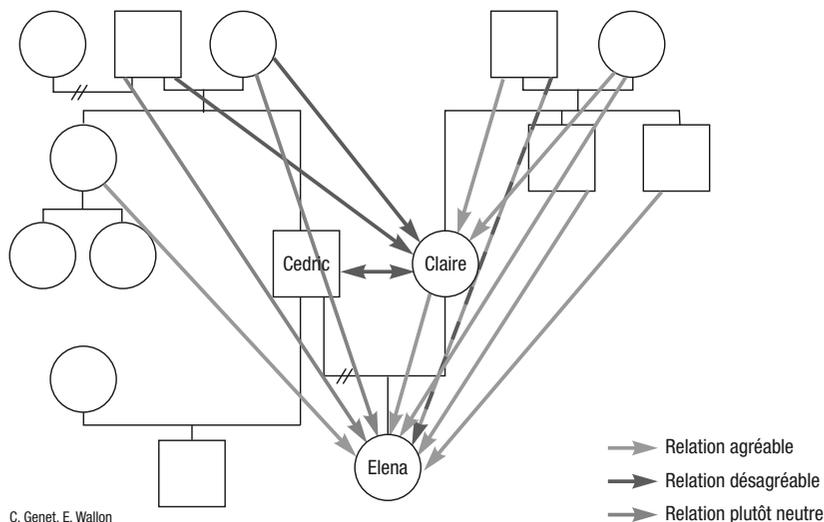


Schéma 23 : le génogramme émotionnel de la famille d'Elena

ne dessine aucun trait concernant son père, « il m'a abandonnée, c'est très dur », dit-elle. Nous validons combien c'est douloureux et que nous sommes là pour les accompagner dans leur cheminement. Elles expérimentent ensemble cette recrudescence émotionnelle dans une atmosphère de sécurité, ce qui constitue une expérience relationnelle correctrice. Nous recherchons les éléments constructifs qui émaillent leur histoire et nous les soulignons : cela fait baisser la pression émotionnelle et les engage à repérer ce qui fonctionne bien : il y a des relations familiales de bonne qualité. Nous revenons aux besoins d'attachement en lien avec l'histoire de la famille, le transgénérationnel (mentalisation). Lors de la pause, nous constatons qu'il est nécessaire de faire baisser la tension afin de renforcer l'alliance thérapeutique et de pouvoir travailler avec elles ; nous décidons de valider tout ce qui est constructif pour elles, ainsi que leurs efforts. Nous reprenons la séance et en exprimons combien le temps du génogramme émotionnel nous a semblé difficile et éprouvant, ce qu'elles confirment. Nous notons la maturité et la finesse d'Elena, leur courage pour affronter tout cela avec nous. Nous terminons sur le fait que la jeune fille a bien investi l'HDJA¹ et commence à retourner à l'école régulièrement : nous la valorisons et l'encourageons ainsi que sa mère, qui participe à ses progrès. Nous leur demandons de rester attentives

1. Hôpital De Jour pour Adolescents.

au cercle de sécurité et aux hiérarchies et de s'appuyer sur les liens positifs avec leur entourage.

● La quatrième CCAPE

Elena et sa mère reviennent volontiers, elles ont bien investi la CCAPE et continuent le travail thérapeutique dans le quotidien. Elles progressent : Elena va actuellement à mi-temps au collège et le climat relationnel mère/fille s'apaise. Elles se montrent disponibles : la phase de travail s'intensifie. Nous les félicitons (renforcement positif) et les encourageons à poursuivre le travail sur la position haute d'Elena, la difficulté pour la mère de protéger sa fille du fait de sa propre angoisse (compétition système de *caregiving*/SA). De fait, la jeune fille perçoit la détresse de sa mère et la protège au détriment de sa capacité d'explorer (balance SA/exploration). Nous pouvons aborder le SA de Madame de façon empathique : qui peut l'aider ? Nous lui proposons de dessiner son cercle de proximité (schéma 24) (voir chapitre 3, « L'apport de la Thérapie Inter-Personnelle dans la CCAPE » p. 57).

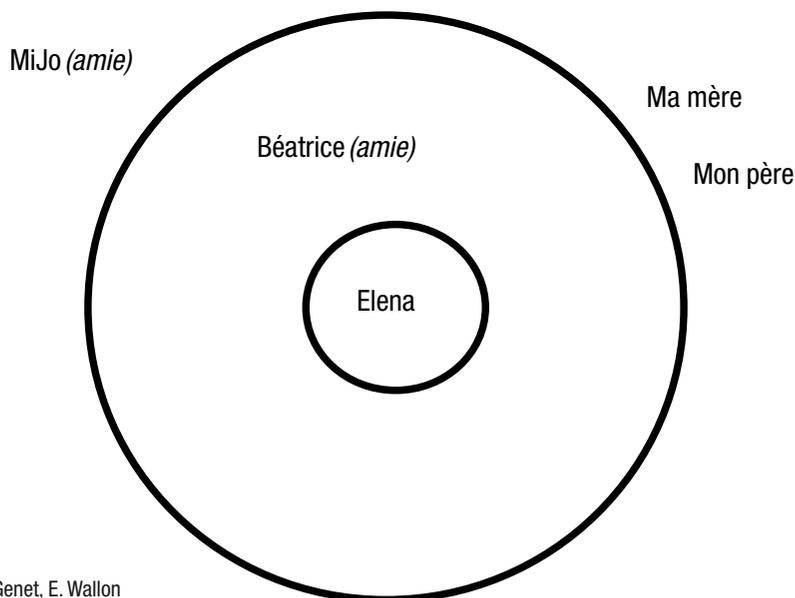


Schéma 24 : le cercle de proximité de la mère d'Elena

Ses relations avec ses propres parents sont teintées d'ambivalence, elle ne peut pas s'appuyer sur eux quand elle en a besoin. Son cercle d'amies est très restreint.

Madame prend conscience qu'elle compte beaucoup sur sa fille et se raidit un peu. Elena revient sur sa famille paternelle et nous annonce qu'elle a voulu recontacter son père et rencontrer son demi-frère, ce qui a réactivé ses angoisses d'abandon. Malgré tout, elle a tenté cette démarche éprouvante, et elle se met à pleurer. Une thérapeute donne la boîte de mouchoirs à Madame qui s'écarte de façon fugace puis revient et tend les mouchoirs à sa fille. Nous encourageons la mère à rechercher des personnes-ressources adultes dans son entourage et à faire appel à elles préférentiellement en cas de besoin. Nous lui rappelons qu'elle peut s'appuyer sur nous si besoin : nous fonctionnons comme des « passeurs de ressources ». Elena et sa mère réfléchissent ensemble avec un certain plaisir et s'approprient cet éclairage. Lors de la pause, nous remarquons que Madame s'est mise en retrait quand elle a réalisé qu'elle avait du mal à protéger sa fille. Nous formulons l'hypothèse que quand Elena a besoin de sécurité, Madame se dérobe et l'enfant devient la base de sécurité de la mère. La jeune fille monte en hiérarchie (parentification). Elle se trouve face à un conflit : elle a besoin de sa FA pour aller explorer, mais elle ne le peut pas, car il faudrait qu'elle laisse sa mère trop fragile, donc elle reste chez elle. Nous pouvons leur proposer cette hypothèse pour les aider à y réfléchir de façon constructive. Il nous paraît nécessaire d'apaiser Madame et de rassurer Elena sur ses possibilités d'exploration soutenue. Nous reprenons la séance en expliquant nos hypothèses, elles sont attentives et échantent. Madame a tendance à se dévaloriser, Elena apporte du réconfort à sa mère, elle est dans une dynamique positive qu'elle transmet à sa mère. Nous terminons la consultation en soulignant la richesse de leurs discussions et leurs capacités de changement. Nous encourageons Madame à accepter de l'aide pour elle, à essayer de se tourner vers des adultes bienveillants plutôt que vers sa fille et nous conseillons à Elena de continuer le collège et les soins.

Downloaded by 3.8.118.9.19

► La phase de fin de prise en charge : une séance

● La cinquième CCAPE

Elena et sa mère nous annoncent qu'elles viennent nous dire au revoir. Elles se présentent détendues et satisfaites : leur relation est plus harmonieuse, elles ont retrouvé confiance en elles et communiquent de façon plus ouverte, ce qui leur permet de gérer les frictions (régulation émotionnelle, partenariat corrigé quant au but). Et « surtout » précisent-elles, « elles gardent une complicité chaleureuse ». Elena a retrouvé une posture d'adolescente et accepte de demander de l'aide à sa mère. Madame est rassurée par les progrès de sa fille et se montre plus disponible pour elle. La jeune fille explore : collège, copines, sorties... Elle est

moins vigilante aux besoins émotionnels de sa mère, qui commence à se tourner vers d'autres personnes-ressources si besoin. Elles insistent à nouveau toutes les deux pour dire qu'elles gardent une grande complicité, mais qu'elles n'en souffrent plus. Nous pouvons clore la prise en charge en validant ensemble les progrès accomplis tout en soulignant que nous restons disponibles par téléphone ou pour une consultation si besoin et que nous allons en informer l'équipe de l'HDJA, avec leur accord. Puis nous proposons de les revoir une dernière fois à la CCAPE dans six mois, ce qu'elles acceptent volontiers. Quand nous revenons vers elles plus tard pour fixer une date, elles ne donnent pas suite, « tout va bien » disent-elles.

Les échelles de fin de CCAPE n'ont pas été remplies, nous n'avions pas prévu que ce serait la dernière séance, et elles n'ont pas souhaité revenir pour les remplir. Cette prise en charge n'a pas donné lieu à une supervision, nous n'étions pas en difficulté et nous avons priorisé d'autres situations cliniques. Il nous a fallu rester humbles et souples : Elena et sa mère avaient une idée très précise de ce qu'elles voulaient gagner en confort dans leur relation et nous avons vite compris que le compagnonnage serait un atout pour elles. Nous avons donc sans cesse modulé notre distance relationnelle et intensifié l'approche psychoéducative, ce qui leur a convenu. Nous avons le sentiment d'être un petit bateau-pilote qui aide le gros paquebot à se diriger.

Un an après, nous sommes conviées à une réunion autour de la prise en charge d'Elena à l'HDJA, avec l'accord de la jeune fille et de sa mère. Elle a fait des progrès, même s'il y a eu des hauts et des bas. Elle s'autonomise et poursuit sa scolarité. La relation mère/fille reste parfois problématique, mais elles arrivent à échanger et ont bien investi la structure. Elena évoque la CCAPE comme un lieu d'où elle a pu se lancer des défis...

CHLOÉ LA REBELLE

Notre dispositif étant assez original, nous cherchons à le confronter à d'autres pratiques. Nos formations complémentaires comme l'éducation thérapeutique, la TIP basée sur l'attachement et la TBM (voir chapitre 2, « Quelques approches spécifiques attachement-pertinentes chez l'adulte » p. 41) nous permettent d'adapter des outils supplémentaires à notre prise en charge, tout en restant centrées sur l'attachement. Nous structurons au mieux le cadre de la CCAPE : indications, objectifs, durée de la thérapie, déroulé des séances, pause, intervalle plus court entre deux consultations. Le fait de limiter nos soins dans le temps canalise nos ressources, nous amène à envisager la fin de la thérapie dès le début, à travailler la séparation et à passer le

relais, et donc à aborder nos propres modalités d'attachement tout en développant de nouvelles compétences d'équipe. Nous travaillons beaucoup sur la régulation des émotions, ce qui nous amène à développer notre jeu de cartes « les Frimousses » (Wallon et Genet, 2017 ; Wallon et Genet, 2022). Nous repérons de nombreuses situations où le trauma est prépondérant et bloque l'efficacité de la thérapie. Nous adressons alors ces personnes à des collègues pratiquant l'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*). Au fil du temps, nous avons acquis des réflexes qui nous donnent un certain style de thérapie, et nous facilitent le *monitoring* des consultations (charge mentale moins lourde, créativité maintenue).

C'est à cette époque qu'une psychologue nous adresse à la CCAPE Chloé, âgée de huit ans, et sa maman pour des difficultés relationnelles persistantes. L'enfant est suivie depuis quelque temps pour des « crises » au domicile. Elle bénéficie d'une prise en charge individuelle en relaxation et d'un espace psychothérapeutique avec quelques entretiens mère-enfant. Malgré ces soins, la situation évolue peu, d'où l'adressage à la CCAPE.

Chloé est l'enfant unique du couple parental. Elle vit avec sa mère et ne voit plus son père depuis la séparation de ses parents lorsqu'elle était plus petite.

Cette prise en charge est imprégnée par la TIP basée sur l'attachement, formation que nous venons de valider, évoquée dans le chapitre 2 (« Quelques approches spécifiques attachement-pertinentes chez l'adulte » p. 41).

► Les échelles avant CCAPE

Selon les résultats de la RQ et de la RSQ, la maman se reconnaît plutôt dans la description faite d'un attachement de style sécure. À la SCL-90, Madame ne présente pas d'éléments au-dessus du seuil significatif. Concernant la qualité de la relation avec ses parents comme figures d'attachement sensibles et disponibles (Kerns), Chloé présente un attachement sécure avec sa mère et insécure avec son père.

► La phase d'engagement : une séance

● La première CCAPE

Selon le protocole de la TIP, il s'agit de la phase initiale d'évaluation en plusieurs étapes : reconnaître les symptômes (ici les crises de Chloé), relier les symptômes et le contexte interpersonnel, choisir le domaine problématique (le conflit interpersonnel mère-fille), établir le contrat thérapeutique (première information sur la théorie de l'attachement et indication de la CCAPE).

Chloé, une jolie enfant aux cheveux roux et bouclés autour d'un visage un peu fermé, arrive assez boudeuse, et sa mère circonspecte. Dans un premier temps, nous nous présentons et décrivons le dispositif de la CCAPE, ce qui permet de faire baisser le stress de la nouveauté et d'amorcer une rencontre de bonne qualité (Guédenev, 2021). Madame met d'emblée en avant ses difficultés de communication (domaine problématique) avec Chloé : « Elle ne me comprend pas, je ne la comprends pas. » Elle évoque devant l'enfant son désir de la voir en internat ou même placée (menace d'abandon). Nous validons que ce doit être très dur à la maison, qu'elles sont courageuses de venir consulter, et que c'est difficile pour nous d'entendre cela devant Chloé (protection de l'enfant et soutien de la mère). Les prises en charge antérieures n'ont pas satisfait les attentes de Madame : elle n'a pas eu de réponses à ses questions, et elle espère en avoir à la CCAPE (tonalité de la relation d'aide plutôt négative). Puis elle revient sur les « crises » de sa fille. Nous commençons un travail de reconnaissance des symptômes, en explorant et clarifiant : elle nous dit que « ses crises sont parfois très violentes. Il y a au moins une crise par jour. On ne sait pas pourquoi ». Par exemple, faire les devoirs est très long et compliqué (dégager les *patterns* répétitifs). Nous leur proposons une exploration des émotions présentes dans ces moments très intenses. Madame se dit « contrariée, énervée », et Chloé « fâchée ». Nous continuons notre travail d'exploration et de clarification (restructuration représentationnelle) autour des situations problématiques : « les devoirs, l'imprévu, les remarques négatives. » Nous leur proposons de décortiquer la séquence émotionnelle autour de ce qui se passe en cas de « remarques négatives » en partant d'un événement précis : Chloé rentre de l'école avec son livre abîmé et sa mère lui dit : « Qu'est-ce que tu as fait avec ? T'as pas fait attention !!! encore une fois !!! » S'ensuit une spirale négative : Chloé tente de se justifier puis rapidement hurle et pleure, et Madame répète qu'à son âge, elle peut être plus soigneuse. L'interaction se finit quand l'enfant, « trop en colère », « va bouder sur son lit » nous dit sa mère, elle-même restant extrêmement énervée pendant de longues minutes. Nous écrivons leurs propos sur le *paperboard* et leur proposons d'y associer les cartes « Les Frimousses » (Wallon et Genet, 2022). Alors que Chloé était jusque-là recroquevillée sur sa chaise, elle se précipite sur le tableau et nous propose le narratif émotionnel de l'épisode raconté par sa mère (schéma 25). Madame est surprise de ce qu'elle voit : elle a effectivement interprété les comportements de sa fille d'une façon très différente de ce que celle-ci percevait. Comme il s'agit de la première consultation, nous n'allons pas au-delà dans l'analyse des interactions.

Et nous poursuivons en expliquant les besoins émotionnels d'un petit en enchaînant sur les bases de la théorie de l'attachement (psychoéducation, un enfant

Épisode raconté par la maman

- Retour de Chloé de l'école
- Mère voit le livre abîmé
- Mère dit : « Fais attention ! »
- Chloé explique à sa mère
- Chloé s'agite et hurle
- Mère lui demande d'être plus soigneuse
- Chloé pleure de plus en plus
- Chloé va bouder dans sa chambre

C. Genet, E. Wallon

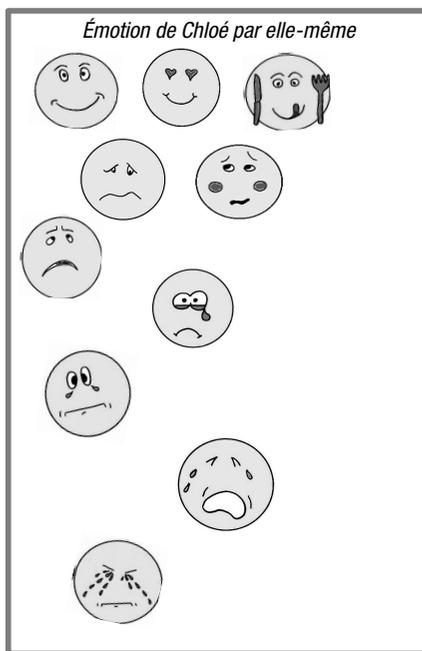


Schéma 25 : tableau comportemental et émotionnel de Chloé

a besoin que sa figure d'attachement l'aide à gérer ses émotions négatives). Chloé et Madame se montrent très sensibles à cela. Dans la continuité de ce qui vient de se passer, nous prenons comme exemple les besoins émotionnels en cas de tristesse : quand on est un enfant et qu'on est triste, on a besoin d'être consolé en « parlant avec maman qui écoute, qui dit des mots gentils et qui fait des câlins », dit Chloé. Très attentive, Madame nous répond que sa fille ne montre pas quand elle est triste, et qu'elle, en tant que mère, ne fait pas assez de câlins. En nous appuyant sur le fait que Chloé nous semble très inquiète « ici et maintenant », nous leur suggérons de profiter du moment présent pour en faire un : l'enfant se précipite sur sa mère, lui entoure le cou de ses bras, Madame semble gênée, ne la prend pas sur les genoux (accordage dissonant) et nous dit qu'elle n'arrive pas à lui faire de câlin (nous nous questionnons sur son histoire). Nous reprenons notre travail de psychoéducation autour des besoins d'attachement, en utilisant le « cercle de sécurité » (*Circle of Security International*, 2020, voir chapitre 4, « Le cercle de sécurité » p. 78 et schéma 8, p. 79) et le fait que cela participe à la régulation émotionnelle : Madame est la figure d'attachement principale de Chloé, donc son *caregiver*, nous pouvons l'aider à

mieux comprendre les besoins d'attachement de sa fille. Nous en profitons pour aborder les propres besoins d'attachement de Madame, en nous positionnant comme une base de sécurité. Nous discutons de l'objectif à atteindre pour cette prise en charge : Madame aimerait que les « crises soient moins fréquentes et moins intenses », Chloé « qu'il n'y ait plus de problèmes avec Maman ». Sur le *paperboard*, nous notons une échelle analogique de 0 (absence de crise) à 10 (nombre et intensité les plus élevés imaginables) : Madame cote les crises actuelles à « 8 » et souhaiterait qu'elles soient à « 3 », Chloé ne peut les estimer, mais imagine qu'elles pourraient être à « 1 » à l'avenir. Afin d'aménager la fin de la consultation de façon plus tranquille (moment d'activation du système d'attachement), nous nous intéressons aux choses positives qui peuvent se passer entre elles (réparation). Elles nous donnent volontiers des exemples : faire un bon gâteau, regarder un film drôle... Avant de nous séparer, nous leur donnons les *guidelines* sur la théorie de l'attachement (voir Annexes, « *Guidelines* ») et nous leur proposons de venir à la prochaine séance avec un tableau comportemental et émotionnel afin d'explorer et de clarifier les moments compliqués, ce qu'elles acceptent. La tonalité de la consultation est plus agréable à la fin ; elles se sont « prises au jeu » de la relation thérapeutique et sont d'accord pour continuer avec nous.

Après la séance, nous résumons nos observations : Chloé est une enfant qui monitorise sa mère. Cette dernière semble fragile, avec un style parental impuissant-hostile (Lyons-Ruth et Jacobvitz, 1999). Madame a du mal à faire des câlins avec sa fille (éprouvé corporel ? histoire de Madame ?). Nous émettons des hypothèses et nous nous questionnons sur de possibles violences et des traumatismes, avec des éléments de désorganisation. Nous élaborons une stratégie pour la prochaine fois : renforcer l'alliance thérapeutique, continuer de travailler les émotions, aborder les hiérarchies et aider à la mentalisation.

► La phase de transition : une séance

● La deuxième CCAPE

Nous avons fixé comme objectifs : la poursuite de l'exploration du ressenti de Madame et sa fille, le renforcement de la relation thérapeutique (alliance thérapeutique, distance thérapeutique, thérapeutes comme base de sécurité), le travail sur les relations interpersonnelles (hiérarchie familiale, MIO), sur la régulation émotionnelle interpersonnelle, l'aide à la mentalisation et à la modulation interactionnelle (difficultés de communication verbale et non verbale), le travail

autour de la genèse des conflits (attentes irréalistes et/ou non réciproques, sous-tendues par des besoins d'attachement).

Chloé et sa mère s'installent à côté l'une de l'autre et échangent des regards. Nous demandons quels changements sont survenus depuis la dernière consultation. Madame nous explique qu'« il y a des hauts et des bas, que les bas peuvent être vraiment bas, mais qu'ils durent un peu moins longtemps qu'avant ».

Nous valorisons les progrès (renforcement positif). Rapidement, il est question des « crises », que nous essayons de clarifier. Elles n'ont pas rempli le tableau. Madame dit qu'elle ne sait pas comment y faire face et qu'elle se sent impuissante. Chloé dit tout d'abord qu'elle n'a pas fait de crises puis se corrige : elle les oublie. S'ensuit un vif échange entre elles (*mirroring* et escalade, voir Annexes, « Lexique »). Madame continue : « Je les appelle toutes des crises. Par exemple hier, Chloé devait mettre la table. Elle a fait une pile avec les assiettes, les couverts, les verres, les serviettes et la carafe. Forcément, c'est tombé ! Elle m'a dit : "t'as qu'à pas me demander de mettre la table, t'es nulle". » Chloé contredit sa mère, elles se font des reproches réciproques. Nous pointons la charge émotionnelle en nous appuyant sur notre ressenti (mentalisation) et nous les aidons à la réguler (baisse de la réactivité émotionnelle). Nous validons que Chloé peut réellement oublier les crises, cela peut être un signe de défaillance de régulation émotionnelle. Elles s'apaisent, nous nous y attardons en les questionnant sur comment elles se sentent maintenant. Ce confort relationnel validé, nous proposons de les aider à moduler leurs relations interpersonnelles. Madame pense que Chloé veut toujours être plus forte qu'elle et lui montrer qu'elle est la plus intelligente des deux. Ces attributions négatives envahissent leur relation. Nous revenons sur la relation enfant-parents en abordant les hiérarchies familiales (Tereno *et al.*, 2021), nous leur demandons de tracer le schéma qui correspond à leur famille, puis chacun (patients et soignants) commente ce qu'il perçoit (schéma 26).

Nous mettons en relief ensemble la place de sa fille : elle passe d'une position d'adulte (très haute) à celle de tout petit enfant (très basse) (inversion de rôle, Bowlby, 1973, Vulliez-Coady, 2012), cela n'est pas confortable pour un enfant et cela comporte un coût psychique énorme. Cet échange favorise le changement de perspective dans une atmosphère bienveillante. Tout en continuant avec le *paperboard*, nous travaillons la place de chacun au sein de la famille en fonction de son âge et de ses capacités (ce qu'est une enfant de huit ans) et la prise de conscience de la différence entre les attentes de la mère et les possibilités de Chloé (aide à la mentalisation) (schéma 27).

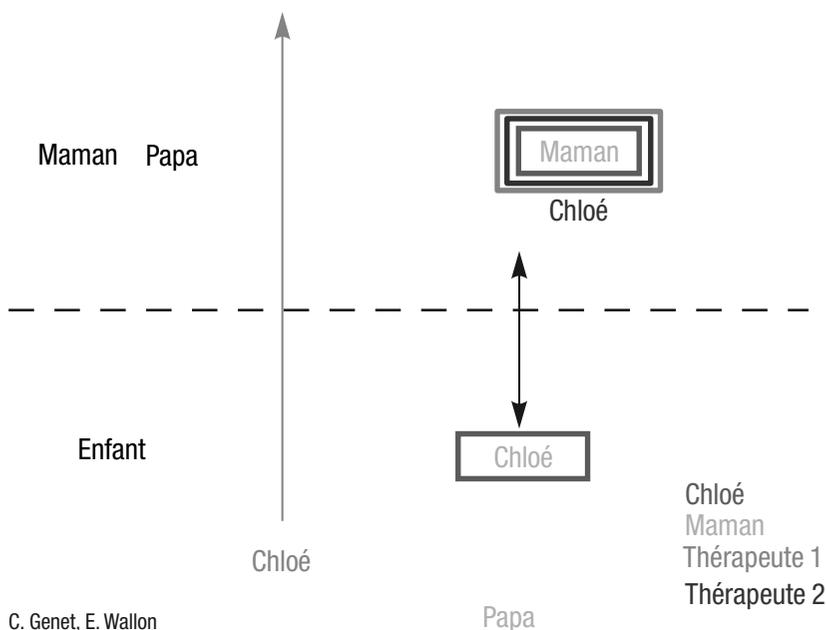


Schéma 26 : les hiérarchies familiales pour Chloé

Nous dégageons des éléments positifs en insistant sur ce que Chloé amène de constructif dans leur relation. Nous développons la question des câlins (travail de modulation interactionnelle). Chloé est très tactile et en a besoin. Madame n'apprécie pas d'avoir un contact physique avec son enfant et a du mal à répondre à ses besoins de réconfort, trouvant sa fille trop brutale dans sa façon de demander (distorsion des perceptions, histoire de Madame ?). Nous explorons l'enfant qui est en elle et abordons sa relation avec ses parents en faisant des allers-retours entre l'enfant dans l'adulte et son état d'esprit actuel quant à l'attachement (restructuration représentationnelle, et aller-retour entre le présent et le passé). Madame nous dit que son père était une FA disponible et attentive, ce que n'était pas sa mère. Elle a ainsi accès aux sensations agréables que lui ont procurées les câlins de son père. L'émotion associée à ce souvenir est visible sur le visage de Madame, qui se détend. Puis nous revenons sur sa relation actuelle avec sa fille, en cherchant ensemble des moments propices pour des interactions agréables dans leur quotidien (modulation interactionnelle). Puis elle revient sur les moments de « crises » avec Chloé et ce qu'elle a vécu avec le père de sa fille : « J'ai l'impression de revoir son père. Elle dit la même chose que lui

Une fille de 8 ans peut faire :

- Jouer avec des copines (*réponse mère et fille*)
- Aller à l'école
- Faire ses devoirs (*réponse mère*)
- Aimer les câlins (*réponse fille*)
- Faire la cuisine avec sa maman (*réponse mère et fille*)
- Faire le ménage avec sa maman (*réponse mère*)
- S'habiller et se laver seule (*réponse mère*)
- Avoir un téléphone portable (*réponse mère*)
- Faire de la musique (*réponse mère et fille*)

Une fille de 8 ans ne peut pas faire :

- Aller au cinéma avec ses copines sans adulte (*réponse mère*)
- Sortir avec ses copines (*réponse mère*)
- Avoir un ordinateur (*réponse mère*)

C. Genet, E. Wallon

Schéma 27 : une fille de 8 ans, aide à la mentalisation

pendant les crises. Le point de départ est là » (attachement et transgénérationnel : Fraiberg, 1989, MIO et trauma : Liotti, 2004, violence intraconjugale : Guédénéy et Guédénéy, 2011). Nous validons son ressenti émotionnel, mais nous lui proposons d'en reparler en dehors de la présence de Chloé (fonction de protection des thérapeutes en tant que FA auxiliaires), en réexpliquant tout cela très clairement à Chloé. Nous terminons la consultation en cherchant à nouveau comment aménager un moment agréable dans leur journée, en tenant compte des besoins de l'enfant et du ressenti de sa mère : le soir, avant le coucher, paraît le moment le plus propice. Pour la prochaine séance, nous confirmons à Madame que nous la verrons seule afin d'aborder des éléments de son histoire qui ne sont pas accessibles à sa fille (séparation des espaces : ce qu'on dit et ce qu'on ne dit pas à un enfant), elles sont toutes les deux d'accord.

Après la consultation, nous nous questionnons sur le schéma des hiérarchies familiales proposé par Chloé et sa mère, et la place très basse du père. Il nous

paraît crucial d'explorer l'histoire de Madame (attachement, transgénérationnel, trauma probable).

► La phase de travail : cinq séances

● La troisième CCAPE

Nous avons comme objectifs : l'exploration et la clarification de l'histoire de la mère (avec la recherche d'éléments traumatiques), de ses MIO et des stratégies d'attachement qui en découlent.

Lors de cette consultation sans Chloé, Madame commence par nous dire que sa fille a vu et entendu beaucoup de choses entre les parents (absence de filtre parental). Elle évoque son histoire de couple : elle décrit le père de Chloé comme violent et elle dit avoir subi beaucoup de maltraitance verbale et physique de sa part. L'enfant en a été témoin depuis son plus jeune âge, la justice a été saisie à plusieurs reprises. Elle fait le lien entre la relation qu'elle avait avec son ex-conjoint et ce à quoi la renvoient ses interactions actuelles avec Chloé : « Son père me rabaisait en disant que je ne valais rien et que je ne servais à rien. Elle reproduit cela. » Elle fait des allers-retours entre son passé et des moments plus récents d'interactions négatives avec sa fille. Elle se demande si, pour éviter leurs conflits réguliers et la dégradation de la qualité de leur relation, le placement de Chloé serait indiqué ; elle lui en a déjà parlé (réactivation des angoisses d'abandon de Chloé/style de *parenting* impuissant/hostile). Elle souhaiterait pouvoir en parler à une personne de confiance, mais elle a peu de relais sur lesquels elle peut s'appuyer en dehors de sa propre mère. Nous validons son ressenti émotionnel et travaillons avec elle autour de cela en y associant les cartes « Les Frimousses » (Wallon et Genet, 2022). Nous abordons une séquence de psychoéducation autour du triangle de Liotti (voir schéma 28) et du trauma, et, après avoir convenu de la nécessité d'un soin spécifique, nous l'orientons vers un thérapeute EMDR.

Nous finissons la séance en lui proposant de rassurer Chloé sur ce qui s'est passé aujourd'hui, et de revenir avec elle lors de la prochaine séance.

● La quatrième CCAPE

Nous avons les objectifs suivants : la poursuite du travail entamé lors des précédentes consultations et l'inventaire interpersonnel avec les cercles de proximité.

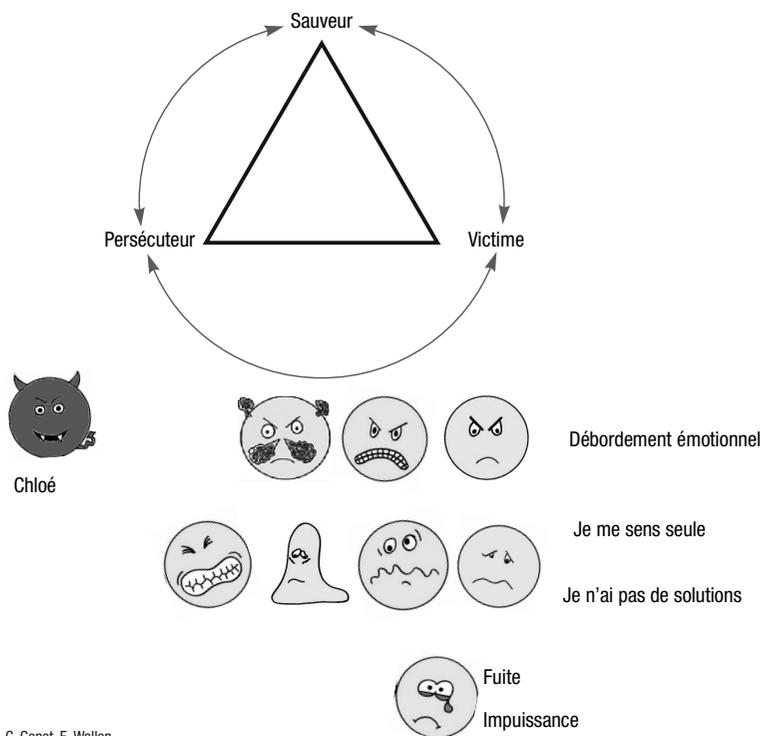


Schéma 28 : le triangle de Liotti et les ressentis émotionnels de la mère de Chloé

Chloé revient avec sa mère, nous lui rapportons de façon concise et adaptée ce que nous avons abordé lors de la dernière consultation avec sa mère seule. Madame dit qu'après une période plus calme pendant les vacances, les conflits interpersonnels sont à nouveau importants, puis elle revient sur les difficultés scolaires de Chloé, son manque d'envie de travailler et son peu d'autonomie. En nous appuyant sur un exemple précis, nous clarifions et inscrivons sur le *paperboard* ce qu'elles nous rapportent (schéma 29).

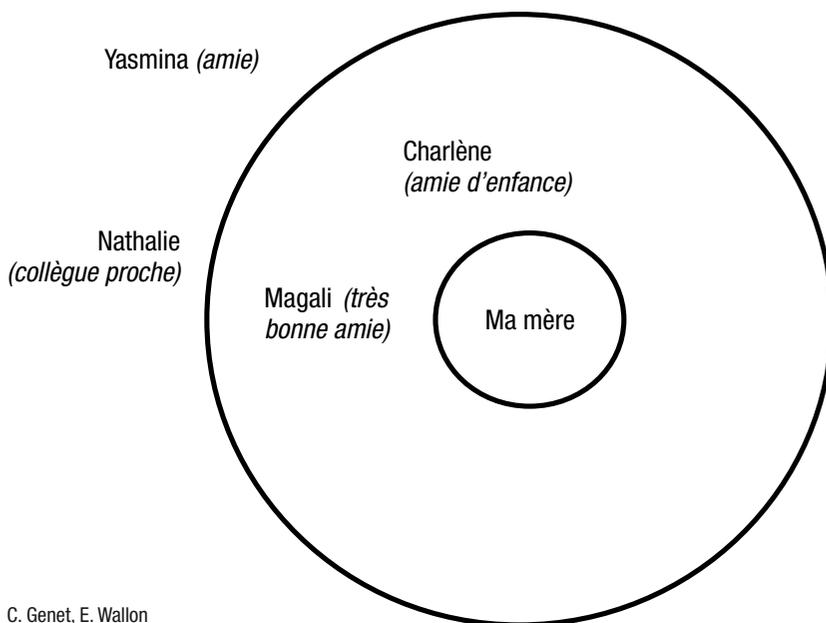
Madame nous raconte que Chloé refuse de faire ses devoirs si elle n'est pas à côté d'elle, mais qu'elle ne supporte pas ses conseils : « Il faut faire exactement comme elle veut. Donc les conflits reviennent » (contrôle négatif/abdication parentale). Nous expliquons l'escalade symétrique qui nourrit cette dynamique conflictuelle, et ce qui se passe pendant cette consultation nous permet d'illustrer en direct notre propos. Madame parle très fort, mais précise qu'elle ne crie pas, Chloé contredit sa mère en utilisant le même ton (*mirroring* et escalade émotionnelle). Nous relevons avec un peu d'humour qu'elles ont vraiment du mal

Faire ses devoirs	Comment ?	
Chloé	Je fais mes devoirs dans le salon ou la cuisine Cartable dans le couloir Maman l'apporte, l'ouvre, parfois c'est moi Regarde l'agenda Sort mes cahiers	Ensemble Maman lit le journal
Maman	Plus autonome Ouvrir son cartable Regarder son agenda Décider l'ordre des devoirs Plus de temps pour faire ses devoirs Qu'elle accepte qu'on travaille ensemble même si cela n'est pas noté dans l'agenda « La corvée du soir »	

Schéma 29 : faire ses devoirs

à communiquer ! Nous analysons ensemble les sentiments véhiculés à travers la communication non verbale (travail de modulation interactionnelle). L'enfant peut dire que les leçons sont trop longues et les exercices trop difficiles, qu'elle n'y arrive pas seule et qu'elle a besoin que sa mère l'aide, mais qu'elle n'aime pas quand sa maman lit son magazine pendant ses devoirs. Nous nous revenons sur le cercle de sécurité (*Circle of Security International* (2020), voir chapitre 4, « Le cercle de sécurité » p. 78) et les besoins d'attachement de Chloé (régulation émotionnelle interpersonnelle) : l'enfant a besoin de toute la disponibilité de sa mère pour être rassurée et soutenue pour explorer le monde des devoirs. Madame dit ne pas comprendre, elle appréhende ce moment du fait de la répétition des expériences négatives, elle est stressée (elle priorise ses propres besoins émotionnels et ne peut pas être dans le *caregiving*). Sur qui peut-elle s'appuyer ? Nous profitons de ce moment pour réaliser les « cercles de proximité » de la maman et de la fille (inventaire interpersonnel). Madame a des

personnes-ressources adaptées en cas d'alarme : sa mère (sa FA principale) et des amies (schéma 30).

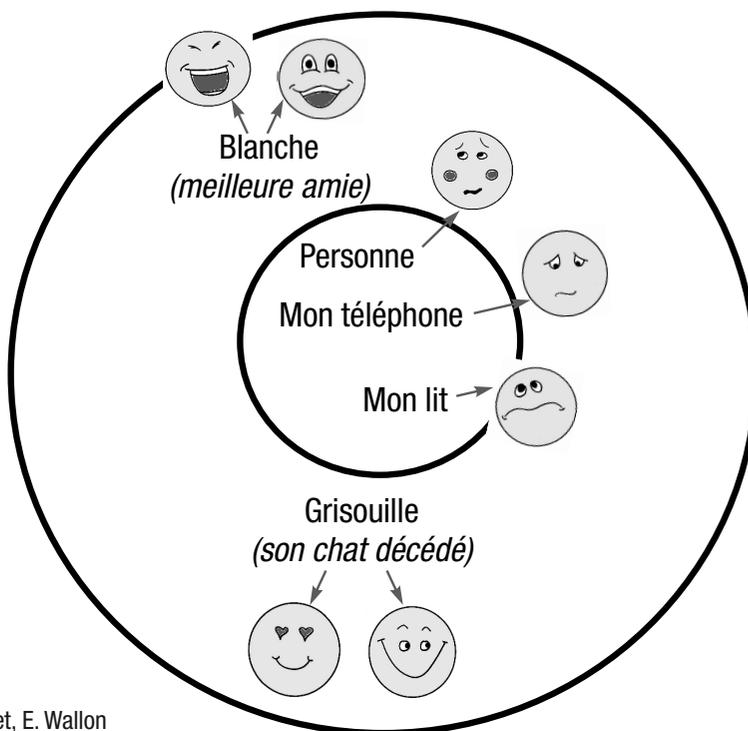


C. Genet, E. Wallon

Schéma 30 : le cercle de proximité de la mère de Chloé

Le cercle de proximité de Chloé est plus intrigant (schéma 31) : ni sa mère ni sa grand-mère maternelle, que Madame décrit comme très présente dans son quotidien, n'y sont mentionnées. L'enfant inscrit « personne » et des objets inanimés au centre, puis son chat décédé il y a quelques années et une amie de son âge. Nous lui proposons d'y associer des cartes « Les Frimousses » (Wallon et Genet, 2022) afin de nous décrire le soulagement qu'elle ressent avec ces ressources et nous pointons le fait qu'elle se sent tout de même mieux quand il s'agit d'une personne vivante.

Madame est bouleversée de ne pas y voir son nom. Nous validons les ressentis de la mère et la fille. Dans les moments d'alarme, Chloé se sent tellement seule qu'elle ne peut pas faire appel à une figure d'attachement proche, elle a donc mis en place des stratégies particulières pour réguler ses émotions négatives. En termes d'attachement, Chloé pourrait être soulagée par sa mère. Nous disons à Madame qu'elle doit se sentir bien démunie de ne pas apparaître sur le *paper-board* comme une ressource pour sa fille et qu'elle pourrait avoir la possibilité de trouver du soutien pour se rendre disponible pour sa fille. Après une petite pause



C. Genet, E. Wallon

Schéma 31 : le cercle de proximité de Chloé

dans la consultation, nous validons à nouveau combien l'expérience des cercles de proximité a été difficile pour elles et que de fait, il nous semble important de revoir Madame sans sa fille pour l'aider à renforcer son *caregiving* en consolidant son propre cercle de proximité. Nous proposons à Chloé d'essayer de s'appuyer un peu plus sur sa maman en cas de besoin.

● La cinquième CCAPE

Elle a pour objectifs : la reprise du travail de la précédente consultation (inventaire interpersonnel, le cercle de sécurité), la poursuite de la restructuration représentationnelle (avec la relation thérapeutique comme base de sécurité), du travail autour des MIO et des stratégies d'attachement, de la modulation interactionnelle, de l'aide à la mentalisation, et de la mise en place de stratégies d'intervention ciblant les symptômes.

En l'absence de Chloé, nous proposons à Madame de revenir sur la dernière consultation et le cercle de proximité de sa fille. Nous validons les émotions très fortes qu'elle a ressenties à ce moment-là et elle se montre sensible à cette connexion émotionnelle avec les thérapeutes. Elle peut alors parler des émotions de son enfant : Chloé a formalisé par écrit ce qu'elle ressentait. Elle ajoute qu'elle ne doute pas de son amour, mais elle se sent triste de ne pas être dans le cercle et elle partage avec nous à quel point c'est douloureux de ne pas pouvoir l'aider. Elle a les larmes aux yeux : une des thérapeutes la soutient en se rapprochant d'elle et en lui proposant un mouchoir (prendre soin du *caregiver*). Nous reprenons des éléments déjà abordés sur les attentes et les besoins émotionnels de son enfant, la FA qui est à la fois une base de sécurité et un havre de sécurité. Nous ajoutons qu'elles peuvent s'exprimer à la CCAPE toutes les deux et Madame dit que pour elle, cette consultation est une « base de sécurité ». Nous continuons sur la « chaîne de sécurité » qui se forme entre sa fille, elle et l'équipe : la maman se sent en sécurité, elle peut alors répondre aux besoins de Chloé qui peut aller explorer (restructuration représentationnelle à travers la relation thérapeutique). Madame exprime son sentiment d'impuissance devant la répétition des interactions difficiles avec son enfant. Nous validons ses efforts pour que la situation évolue (renforcement positif). Elle nous dit qu'elle a repéré que les crises de sa fille sont moins fortes et qu'elle arrive maintenant à s'opposer à elle de façon plus stable. Puis elle nous parle de sa culpabilité par rapport à sa situation familiale et ce qu'a pu vivre sa fille (amélioration de la sensibilité parentale). Nous nous questionnons ensemble : comment l'aider à mieux différencier et gérer les « crises » de Chloé ? Cela nous amène à travailler sur les hiérarchies par une séquence de psychoéducation : l'enfant parentifié avec inversion de rôle oscille entre une posture tour à tour adultomorphe et immature. Puis nous parlons des effets de la violence vécue ou vue par les enfants et ce que les études scientifiques nous apprennent à ce sujet. Madame a repéré que sa fille est très protectrice envers elle et sa grand-mère, ce qui nous permet d'aborder le fait que Chloé a très peur de perdre ses figures d'attachement (focus sur les émotions de l'enfant et aide à la mentalisation). Elle peut dire qu'elle se sent dépassée par le comportement de sa fille (style de *parenting* : impuissant/hostile). Au fil de l'entretien, Madame se détend, elle est plus posée, beaucoup plus interactive. Pendant la pause, nous notons que Madame peut réfléchir plus facilement en l'absence de sa fille (désactivation de son système d'attachement). Nous finissons la consultation en soulignant les progrès accomplis et nous invitons Madame à renforcer son rôle de FA en aidant Chloé à mieux réguler ses colères. L'objectif défini est d'entrer dans un cercle relationnel plus favorable.

● La première supervision

Notre superviseuse pointe le bon cheminement de la dyade. Il ressort que Madame a probablement un multitrauma (relation conjugale, trauma familial ?) avec un style de *parenting* impuissant/hostile. Cela nous incite à nous donner du temps dans la thérapie pour permettre d'ouvrir à la prise de conscience et à la mentalisation. Il nous est proposé de revoir Madame seule et d'explorer les relations aux parents *versus* AAI (voir chapitre 1, « L'attachement à l'âge adulte » p. 15) puis la relation conjugale. Il s'agit de l'aider à faire des liens entre son histoire et sa relation avec sa fille et de donner cohérence au psychisme. Il est question de la désorganisation du style d'attachement, du couple effrayant/effrayé, du triangle de Liotti (persécuteur/victime/sauveur) et du contrôle punitif et compulsif de Chloé. La superviseuse conseille de se concentrer sur la peur et de marquer la différence entre le monde de l'enfant et celui l'adulte. Chloé est une enfant tactile ; mais Madame ne supporte pas son contact physique. Madame se montre rejetante quand sa fille veut des câlins. Elle nous dit avoir subi de la maltraitance de la part de son ex-conjoint. D'un côté, le contact physique apaise psychiquement, et de l'autre, il renvoie à l'agression physique et donc au danger. Il est nécessaire d'aider Madame à établir ce lien et à trouver une manière de faire agréable avec sa fille.

● La sixième CCAPE

Après la supervision, les objectifs de la sixième CCAPE sont : la poursuite du travail débuté lors des précédentes consultations (restructuration représentationnelle à travers la relation thérapeutique, modulation interactionnelle, aide à la mentalisation, exploration des émotions, mise en place de stratégies d'intervention ciblant les symptômes) et la valorisation des efforts faits et des résultats.

Chloé vient avec sa mère et nous lui rapportons de façon adaptée ce que nous avons travaillé la dernière fois avec sa maman seule. Madame commence par nous annoncer que dernièrement, sa fille a été félicitée plusieurs fois par la maîtresse pour son attitude et la qualité de ses relations. Nous reformulons le fait que les félicitations de la maîtresse sont aussi liées au fait qu'elle va bien en ce moment (bravo Chloé !), ce que sa mère confirme : « Elle est contente de tout, elle se ferme moins quand on lui fait des réflexions. ». Nous valorisons ses progrès (renforcement positif). Immédiatement, Madame revient sur des moments toujours difficiles que sont les devoirs : « Elle se met par terre les jambes en l'air et elle se balance. » Chloé nous montre comment : elle se met en position fœtale, le dos contre le sol. Nous répétons que l'enfant montre

beaucoup de choses au niveau corporel et suggérons qu'à ce moment, elle a besoin d'être contenue. Nous réfléchissons ensemble à des stratégies afin qu'elle puisse l'être de façon non intrusive pour sa mère et nous nous mettons d'accord sur l'acquisition d'un gros coussin-poire à billes dans lequel l'enfant pourrait se lover, en y étant accompagnée par sa mère. Chloé approuve avec enthousiasme. Elles continuent ensemble à chercher d'autres façons de faire sans trouver la possibilité du contact physique. Nous leur montrons comment s'ajuster sur le plan corporel pour que cela soit plus confortable pour les deux : sa mère est assise sur un siège confortable, Chloé s'assoit sur ses genoux en se tenant bien droite puis nous lui proposons de devenir complètement hypotonique comme « un spaghetti tout mou » (guidance pratique, voir chapitre 4 « L'approche corporelle et la "boîte sensorielle" » p. 91). Chloé s'exécute avec joie, sa mère a un petit mouvement de recul puis s'ajuste au mieux à sa fille, sans toutefois pouvoir l'accueillir dans ses bras. La présence des deux thérapeutes permet d'offrir à cette mère un cadre contenant et sécurisant (soignants = base de sécurité) : elle fait des hypothèses, cherche des solutions qu'elle essaie de mettre en place. Elle nous parle de son nouveau conjoint : sa fille a une relation sympathique et rassurante avec lui, il pourrait être un soutien pour elle et sa fille.

Lors de la pause, nous constatons que les résultats semblent fragiles, et que Madame ne met jamais en avant son éventuelle participation aux progrès, ce qui nous amène à accentuer le renforcement positif et la prise de conscience des améliorations (MIO).

Nous clôturons cette consultation en les félicitant. Nous proposons à Madame de la revoir une nouvelle fois sans Chloé (elles ont maintenant l'habitude !) et prescrivons des câlins sans modération, ce que l'enfant apprécie.

● *La septième CCAPE*

Nous avons comme objectifs de soutenir Madame et l'orienter vers des soins pour elle, de valoriser les possibilités d'autonomie de Chloé, de continuer l'aide à la mentalisation, de travailler la fin de la CCAPE (Madame a les outils attachementnistes), d'encourager la pratique des acquis en dehors de nos entretiens.

Comme nous lui avons indiqué lors de la troisième consultation, Madame nous informe qu'elle a essayé à deux reprises de prendre rendez-vous auprès d'un confrère pour de l'EMDR, sans succès. Elle nous dit que ces soins lui semblent intéressants, mais que cela est trop compliqué à mettre en place (réactivation des stratégies d'attachement insécure). Nous réfléchissons autour de cette prise de rendez-vous infructueuse avec comme objectif qu'elle reprenne contact avec

le thérapeute malgré ses premières démarches infructueuses (MIO, aide à la mentalisation). Puis nous questionnons sur la qualité du soutien de son compagnon (recherche de stratégies d'intervention ciblant les symptômes) : sa fille s'apaise plus facilement en sa présence. Et elle nous rapporte l'épisode suivant : elle conduisait Chloé à un rendez-vous chez son médecin pour faire un vaccin, sa fille lui répétait : « Je veux pas !!! Maman, je veux pas !!! » (Madame précise que sa fille a une « phobie des piqûres »), puis tout à coup, Chloé lui a donné un gros coup de poing sur son bras qui tenait le volant. La voiture a fait une embardée, ce qui aurait pu être dangereux. Elle se dit très gênée par la « méchanceté » de sa fille envers elle (attribution négative). Nous réfléchissons ensemble aux hypothèses attachement-pertinentes : Chloé avait très peur de la piqûre, elle a activé son système d'attachement et a recherché de la proximité de sa FA principale pour s'apaiser, mais elle l'a fait d'une façon négative, en étant sûre d'obtenir l'attention de sa FA (désorganisation de l'attachement et contrôle négatif). Nous lui proposons de repérer les moments de désorganisation chez sa fille : cela la met en difficulté et elle reprend les choses sur un plan éducatif (« elle me manque de respect »), ou sur un plan cognitif (« j'aimerais qu'elle comprenne »). Face à cette réaction, nous proposons une pause.

Pendant ce moment, les thérapeutes et l'observateur s'interrogent sur la prise en charge à prioriser. En effet, il semble essentiel que Madame puisse bénéficier d'EMDR : les comportements de Chloé résonnent avec des éléments post-traumatiques chez elle, et les deux peuvent alors se désorganiser. Nous nous interrogeons sur le fait que ces éléments post-traumatiques pourraient entraver le travail attachementiste en cours.

Après la pause, Madame est plus sereine et nous pouvons revenir sur ce qu'est la désorganisation. Nous validons qu'elle fait beaucoup d'efforts, qu'elle a des connaissances maintenant de ce qu'est l'attachement, qu'elle a modifié des comportements et que la situation a évolué plutôt favorablement. Toutefois, la présence d'éléments traumatiques freine son évolution, et nous l'encourageons à reprendre contact avec la thérapeute EMDR, afin d'optimiser les efforts entrepris. Nous abordons la fin prochaine de la prise en charge « CCAPE » et le fait que nous allons continuer à les accompagner dans la dynamique de changement amorcée en nous mettant en lien avec leurs thérapeutes. Madame est d'accord.

► La phase de fin de prise en charge : une séance

● La huitième CCAPE

Nous avons comme objectifs : la conclusion de la thérapie comme transition de rôle, le recueil du *feedback* du patient, l'appréciation des symptômes, la reconnaissance des compétences interpersonnelles, l'anticipation des problèmes interpersonnels à venir, l'évaluation de la nécessité de séances supplémentaires et d'un traitement de maintien, la nécessité d'accompagner vers des soins pour chacune.

Lors de cette dernière consultation, Chloé vient avec sa mère. Nous leur demandons de nous faire un retour de leur perception de la prise en charge (recueil du *feedback* du patient). Chloé dit qu'elle a trouvé cela « bien, vous êtes marquantes ! » Madame a aimé la communication avec les cartes « Les Frimousses » (Wallon et Genet, 2022, vendues par Uméo), elle dit avoir été ravie de ne plus se sentir seule, d'avoir eu une écoute, des conseils, et que nous ne soyons pas dans le jugement. Nous leur demandons leur appréciation des symptômes actuels : elles trouvent que leur relation est plus agréable et Madame ajoute : « Je me suis aperçue qu'il fallait que je prenne les choses autrement. On arrive plus à gérer les crises. Il y en a moins et ça dure moins longtemps » (reconnaissance des compétences interpersonnelles). Nous reprenons dans le dossier l'échelle analogique des crises faites lors de la première consultation et constatons les progrès : les crises sont maintenant identifiées en fonction du contexte et des émotions, et de « 8 », Madame les cote actuellement à « 4 », « ce n'est pas très loin du « 3 » souhaité » nous dit-elle avec un sourire. Quant à l'état actuel de sa fille, elle estime qu'elle va mieux. Elle nous donne un exemple : aux dernières vacances, elle l'avait inscrite à une colonie de vacances, ce qui était une première expérience que l'enfant refusait : « J'étais inquiète, mais je n'avais pas le choix, car je devais travailler et n'avais personne pour la garder, et puis à son âge... »... « Là-bas, rien ne s'est bien passé, elle n'avait pas le bon lit, elle a fait une chute à cheval et trois crises d'angoisse ». Madame nous dit avoir appris ces épisodes par un des animateurs, très mécontent de l'attitude qualifiée d'« immature et coléreuse » de sa fille, ce à quoi Madame n'adhère pas (changement des représentations concernant les comportements de sa fille, protection). Elle dit à sa fille qu'elle a conscience qu'elle a fait beaucoup d'efforts pour rester là-bas et que, malgré les circonstances, elle a su gérer ses angoisses. Madame était inquiète du retour au domicile, mais en fait, l'enfant lui a raconté gaiement son séjour avec moult détails (restructuration représentationnelle, MIO, réaménagement relationnel mère-fille, expérience relationnelle correctrice).

Nous faisons des allers et retours entre le discours de Chloé et la perception de Madame de ses émotions. Nous revenons sur ce qu'est l'attachement, sur le fait que Chloé ressent très facilement les inquiétudes de sa mère, mais qu'elle nous montre qu'elle va mieux actuellement.

Lors de la pause, les thérapeutes notent que l'atmosphère relationnelle est meilleure et qu'il y a de nettes améliorations dans leurs interactions. Madame est plus présente en tant que FA et Chloé arrive, de fait, à mieux réguler ses émotions négatives. Il nous faut donc finir la CCAPE en insistant sur les acquis et comment faire face en cas de nouvelles crises.

Lorsque nous revenons dans le bureau, nous trouvons Madame et sa fille en train de réaliser des saynètes de leur vie quotidienne en utilisant les cartes « Les Frimousses » (Wallon et Genet, 2022) comme des masques devant leurs visages dans une ambiance très ludique et complice. Chloé nous explique qu'elles rejouent les disputes « d'avant ». Nous les félicitons toutes les deux pour les progrès accomplis (reconnaissance des compétences interpersonnelles). Madame ajoute que maintenant, elle est soutenue par son nouveau compagnon et que « c'est un nouveau cadre rassurant ». Nous clôturons la prise en charge en insistant sur le positif et nous vérifions ensemble qu'elles ont bien identifié vers qui se tourner en cas de besoin (anticipation des problèmes interpersonnels à venir). Nous rappelons notre disponibilité et nous proposons un rendez-vous dans six mois qu'elles acceptent volontiers (traitement de maintien).

● *La deuxième supervision*

Nous relatons combien la dernière séance était harmonieuse : cela a nous a paru inattendu étant donné l'intensité et la charge émotionnelle du dysfonctionnement relationnel (modalités d'attachement des thérapeutes !). Notre superviseure nous rappelle l'intérêt de la métacommunication que nous avons réalisée autour de la guidance interactionnelle. Madame a pu s'appuyer sur son nouveau compagnon, bien investi par Chloé. Elles ont pu faire une expérience émotionnelle correctrice (Mallinckrodt *et al.*, 2009) malgré le trauma. L'inventaire interpersonnel, représenté par le cercle de proximité, a permis une prise de conscience en trois phases : en premier, prise de conscience, en second : « Je ne veux plus fonctionner comme cela », et enfin : « Je vais trouver une solution ». Madame a généralisé le fait que la relation d'aide peut être bienfaisante.

► Les échelles après CCAPE

La mère s'inscrit à la RQ et à la RSQ dans un style insécuré détaché. À la SCL-90, on retrouve des éléments dépressifs et de l'anxiété. Les résultats de cette deuxième passation correspondent mieux à notre évaluation clinique que ceux de la première. Nous émettons l'hypothèse que Madame y a répondu de façon plus authentique et a pu s'ouvrir au changement.

Chloé ressort à la Kerns dans un profil un peu plus sécurée avec sa mère et toujours insécurée avec son père.

► Phase de maintien : deux séances à six mois

● La neuvième CCAPE

Nous accueillons chaleureusement Chloé et sa mère. L'enfant nous raconte sa rentrée scolaire. Cela se passe beaucoup mieux que l'année précédente : son enseignante est plus attentive, elle a de bonnes copines, et elle en profite pleinement. Madame valide ce que dit sa fille, et ajoute qu'en conséquence, elle a gagné en autonomie. Nous soulignons combien cela doit être valorisant (renforcement positif). Puis elle revient sur les moments compliqués au domicile et les résultats scolaires très moyens de sa fille, en précisant bien qu'il s'agit de « sa vision de mère ». Nous demandons à Chloé comment cela se passe à la maison actuellement. Elle nous répond « ça va » d'un air enjoué. Sa mère s'en étonne : « Depuis des mois, tu me fais vivre un enfer, avec les devoirs jusqu'à 22 heures ! » Nous discutons de l'heure des devoirs en fonction de son âge. Madame explique à quel point c'est difficile pour elle, qu'elle est épuisée, qu'elle a l'impression de se retrouver plusieurs années en arrière et qu'elle pense sérieusement à « placer » sa fille (menaces d'abandon). Nous validons combien Madame souffre de cette situation relationnelle, et nous lui assurons que nous sommes là pour les aider à trouver des solutions. Chloé réagit vivement en disant : « Elle dit tout le temps qu'elle est fatiguée ! » Et Madame enchaîne : « Oui, mais c'est toi !!! Je dois tout te répéter » puis elle revient sur les insultes de sa fille et la position haute qu'elle prend. Nous réfléchissons ensemble sur l'organisation optimale du temps après l'école, que nous écrivons sur le *paperboard*, ce qui permet de faire baisser la tension relationnelle rapidement (guidance pratique). Dans une ambiance calme qui tranche avec la qualité des échanges précédents, Madame souligne que sa fille apprend très bien en écoutant l'enseignante ; nous la complimentons. En reprenant l'emploi du temps, la durée du goûter devient une source de tension, la mère reprochant à la fille de prendre trop de

temps pour cela. Chloé a alors un visage boudeur, nous le remarquons (aide à la mentalisation). Elle ajoute : « C'est pas vrai, je prends pas une heure. T'es nulle !!! » Avec l'accord de Chloé et sa mère, nous jouons ce qui vient de se passer autour de la durée du goûter. L'une des thérapeutes prend le rôle de la mère et l'autre celui de l'enfant. Nous nous arrêtons à plusieurs reprises pour leur faire préciser leurs ressentis et leurs attitudes afin d'être au plus proche de ce qu'elles viennent de vivre. Ce jeu de rôle, fait dans une ambiance bienveillante, les interpelle beaucoup : « Je parle pas comme ça », dit Chloé, « j'ai l'impression qu'on ne parle pas la même langue », dit sa mère. Nous leur proposons qu'elles rejouent cette scène de la façon dont elles auraient souhaité que cela se passe. La tonalité des échanges est bien différente et plus apaisée. Madame s'excuse de son attitude précédente en regardant sa fille, qui lui répond avec un sourire timide. Elle continue sur le fait que Chloé s'inquiète quand elle est en retard à la sortie de l'accueil périscolaire. L'enfant ajoute : « Ma mère travaille toujours, et j'ai personne » (réactivation des MIO). Ensemble, nous cherchons des personnes-ressources actuelles : la mère d'une copine pourrait la prendre en même temps que sa propre fille de temps en temps (modulation interrelationnelle). Nous revenons sur la dernière consultation de la CCAPE où nous étions tous d'accord sur les progrès. Madame dit qu'effectivement, elle était très contente de l'évolution de sa fille et de leur relation, mais que Chloé étant une enfant très facilement angoissée (lecture ajustée et reconnaissance des émotions de sa fille). Elle reconnaît que, maintenant, quand elles ne sont pas d'accord, Chloé peut se calmer plus facilement. Nous proposons de faire une pause et leur offrons un goûter.

Lors de cette pause, les thérapeutes et l'observateur se questionnent. Madame continue à se plaindre du comportement de Chloé au domicile, mais ce que nous observons en consultation est de bien meilleure qualité : les échanges peuvent être vifs, mais elles restent en relation et les tensions disparaissent très rapidement avec ou sans notre intervention, ce qui n'était pas le cas lors de la première consultation CCAPE. Nous formulons l'hypothèse que les comportements ont changé ainsi que la tonalité relationnelle, mais que les MIO ont la vie dure ! Nous nous interrogeons sur l'état de santé physique et psychique de Madame : elle semble très fatiguée et elle a beaucoup grossi. Chloé semble aller mieux : c'est une enfant au visage détendu, avec un regard direct et souvent rieur, ce qui tranche avec sa présentation lors des premières consultations. Nous nous demandons si Madame se sent toujours soutenue, car elle ne parle plus de sa propre mère et de son compagnon. Travailler le lien d'attachement à la CCAPE ne nous paraît plus pertinent actuellement ; par contre, s'assurer que Madame

et Chloé ont le soutien affectif, médical et paramédical adapté nous paraît prioritaire. Nous décidons de conclure cette consultation en proposant à Madame de la revoir une dernière fois seule afin de vérifier nos hypothèses.

Nous les retrouvons dans le bureau. Nous constatons ensemble qu'une période d'accalmie assez longue a été possible, avec donc une amélioration durable. Nous proposons de revoir Madame seule pour une dernière consultation afin de refaire le point avec elle, ce qu'elles acceptent. Nous concluons en félicitant Chloé des progrès accomplis depuis le début de la prise en charge.

● La dixième CCAPE

Lorsque nous revoyons Madame seule, elle se dit toujours contente de ce que propose l'enseignante cette année : les résultats scolaires sont de plus en plus satisfaisants, Chloé ne s'effondre plus quand elle est en échec, les devoirs se passent un peu mieux. Nous pointons combien les changements continuent à être constructifs depuis notre dernière rencontre (renforcement positif). Madame revient alors sur l'attitude négative de sa fille envers elle (propos grossiers et attitude d'opposition), mais note que Chloé crie moins fort. Nous en profitons pour lui demander si des événements ont modifié la dynamique familiale depuis ces six derniers mois. Dans un premier temps, elle nous rapporte que Chloé n'a pas vu son père depuis longtemps, ce qui tranquillise l'enfant d'après elle, puis lorsque nous lui répétons la question, elle ajoute : « Avant, les crises étaient liées à la séparation d'avec son père et aux difficultés que nous avons eues après. Mais maintenant que c'est loin, je pense que c'est autre chose et j'ai moins de scrupules à dire non. » Nous relevons que Madame nous semble rassurée. Elle nous raconte qu'elle est soulagée que sa fille ait une attitude positive en présence de son compagnon, plus cadrant (nouveau compagnon en train de devenir une FA pour Madame et Chloé). Puis elle revient sur ses craintes que Chloé lui reproche ses décisions, même si elles sont bonnes (attributions négatives) ce qu'elle associe avec le fait que l'enfant lui attribue souvent ses propres erreurs. Elle ajoute que cette impression d'être en faute est majorée par sa situation de mère isolée et le discours d'autres mamans : elle exprime un très fort besoin d'aide et de soutien de la part de femmes de son âge, ce qu'elle n'arrive pas à demander (MIO). Nous partons des exemples concrets amenés par Madame (choix du lieu de vie, des activités extrascolaires et d'une colonie de vacances) pour travailler à renforcer son estime d'elle-même. Nous faisons un rappel psychoéducatif autour de la fonction de protection et de *caregiver* d'une mère, et aussi son rôle dans l'autonomisation progressive de son enfant (base de sécurité/havre de sécurité). Elle nous apprend alors que sa mère lui a annoncé qu'elle déménageait dans le

sud de la France et qu'elles ont eu une discussion houleuse à ce sujet. Depuis, sa mère (« mon premier soutien » nous rappelle-t-elle) ne l'aide plus (absence de soutien de la FA principale). Nous reconnaissons que cela doit être dur pour elle, puis nous l'interrogeons sur leur relation dans son enfance (aller-retour entre passé et présent) et recherchons ensemble ce qui a pu renforcer cette mauvaise image d'elle-même (MIO). Madame nous décrit une relation très ambivalente : sa mère était très attentive à l'image qu'elle donnait et ne la soutenait pas de façon constante. Madame ajoute que son frère et elle ont toujours été « le bouclier » de leur mère lors de conflit avec leur père (enfants parentifiés, inversion des rôles). Nous lui demandons si elle a pu recevoir des coups d'un de ses parents ; elle élude la question pour elle-même, mais répond par l'affirmative pour son frère (question du trauma). Madame nous dit qu'elle est actuellement épuisée et qu'elle a l'impression d'être seule à tout assumer. Nous l'interrogeons sur son état de santé : elle a arrêté de fumer, a pris beaucoup de poids et se sent stressée, elle doit avoir un rendez-vous avec son médecin, mais sa secrétaire ne la rappelle pas (activation du SA, MIO, relation d'aide vécue comme inefficace). Elle convient que son compagnon peut l'aider, mais qu'elle ne le lui demande pas (style d'attachement évitant). Nous proposons à Madame de faire une synthèse de cette consultation ainsi que de la dernière : « Finalement les choses évoluent. » Elle nous dit qu'elle aimerait reprendre rendez-vous avec son « psy » qu'elle n'a pas vu depuis plusieurs mois, nous l'encourageons à le faire. De même, nous lui rappelons qu'elle peut contacter notre collègue spécialiste en EMDR. De son côté, Chloé continue ses prises en charge perçues comme des aides utiles et efficaces (expériences émotionnelles correctrices). Et Madame conclut en disant : « je voudrais tellement qu'un jour, Chloé soit une femme bien... mais elle n'a que 10 ans ! »

NOÉ DANS LA TEMPÊTE

Au CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce), la pédiatre demande au docteur Wallon, pédopsychiatre, de recevoir le jeune Noé, âgé de 3 ans et demi, accompagné de ses deux parents pour une prise en charge attachementiste.

Avant qu'elle commence sa consultation, elle lui transmet les éléments suivants.

Noé est le deuxième et dernier de la fratrie. Les deux parents et son frère, Romain, âgé de 10 ans, vivent ensemble dans un pavillon d'une banlieue parisienne tranquille. Le père, ingénieur en informatique et chef d'équipe, se décrit comme plutôt solitaire. La maman, assistante de direction, dit d'elle qu'avant d'avoir des enfants, elle était une femme dynamique et avec un fort besoin de lien social. Après un congé parental,

aux 2 ans et demi de son deuxième, elle reprend le travail quelque temps, jusqu'à son licenciement économique ; actuellement, elle ne travaille pas. Romain, l'aîné de la fratrie, n'a « jamais eu de problème », « en bonne santé », un caractère plutôt doux, et une scolarité honorable. Noé est né à terme et n'a pas d'antécédent médical ou chirurgical notable, en dehors de plusieurs bronchiolites.

Le suivi au CAMSP débute alors que Noé a presque 3 ans. Il vient de rentrer en petite section de maternelle et son comportement inquiète d'emblée l'enseignante : il n'a quasiment pas de langage (mais il connaît quelques belles insultes !), crie beaucoup, ne cherche pas à être en interaction avec ses camarades ou les adultes, tape et fait des « doigts d'honneur » lorsqu'ils sont à proximité de lui, ne s'assied pas à une chaise, ne suit pas les consignes, n'accepte pas les activités proposées. Il refuse de toucher les textures un peu gluantes (peinture, pâte à modeler), ne finit pas ce qu'il a débuté, se déshabille souvent et ne s'habille pas seul. Le temps de cantine est très compliqué : il refuse de s'asseoir, mange difficilement son repas (la maman dit qu'il n'aime pas les textures « humides ») et uniquement avec les doigts.

Une orientation est faite rapidement vers un ORL pour s'assurer de la bonne audition (ce qui est le cas), vers une orthophoniste et une psychomotricienne en libéral, ce qui se met en place dans un délai raisonnable. Un dossier MDPH (Maison Départementale pour les Personnes Handicapées) est constitué pour une AESH (Accompagnant d'Élève en Situation de Handicap), qui n'arrivera qu'un an plus tard. Au CAMSP, un groupe thérapeutique est proposé, mais les parents le refusent, mettant en avant des difficultés d'organisation familiale. Devant ces éléments de trouble du neurodéveloppement, une orientation est faite pour un bilan au Centre expert « Autisme » de notre secteur (toujours en attente à ce jour).

Lors de sa deuxième consultation de suivi pédiatrique, la pédiatre est interpellée par le discours de la mère : elle dit qu'elle « n'a jamais pu être en lien avec cet enfant » et elle n'arrive pas à « être mère de Noé ». Le D^r Wallon les reçoit donc pour ce motif.

► La phase d'engagement : une séance

● Première séance

La maman arrive avec Noé, alors que le secrétaire avait précisé que je souhaitais la présence des deux parents avec l'enfant.

À peine arrivés dans mon bureau, Madame s'assied sur la chaise et son fils se met sur le tapis à environ deux mètres d'elle (grande distance entre l'enfant et sa mère dans un moment d'activation du système d'attachement pour l'enfant et sa mère, en début d'entretien). Le petit garçon est plutôt grand pour son âge, avec un beau visage rond, il se tient bien droit (doute sur une hypertonie axiale ?). Les deux ont un visage peu expressif (désorganisation ? trauma ?) : lui avec des traits un peu hypotoniques et elle, au contraire, avec des traits tendus

et un regard direct presque froid. La tenue vestimentaire de la maman laisse penser qu'elle avait l'habitude de prendre soin d'elle, mais qu'aujourd'hui, elle est peu soignée, presque débraillée (fatigue passagère ou présence d'éléments psychopathologiques ?). Elle semble hypervigilante, attentive à l'environnement de la pièce, aux réactions de son garçon et aux miennes (activation du système d'attachement au début de l'entretien/ *quid* de son *caregiving* ?).

Après avoir expliqué ma fonction et mon rôle au sein du CAMSP en général, je résume ce que je sais des difficultés de Noé c'est-à-dire un retard de développement avec des particularités développementales, et sur le motif de notre consultation (être transparent sur ce qu'on sait ou pas pour favoriser l'alliance thérapeutique). Madame a bien compris qu'il s'agit d'une prise en charge axée sur la parentalité dans l'idée de les aider, elle et son mari. D'emblée, elle me dit que je ne pourrai pas voir le père du fait de sa charge de travail importante et de mes horaires. Je lui explique que je m'adapterai à leurs contraintes professionnelles et familiales dans la limite de mon temps de présence au CAMSP et que je les considère tous les deux comme des partenaires de soin pour leur enfant (engagement de l'alliance thérapeutique, valorisation de l'équipe parentale). Puis elle m'explique ses inquiétudes actuelles pour son fils, axées sur « le langage ». Elle se décrit comme « très préoccupée par le développement de ses deux garçons » : elle est à présent rassurée pour le premier, mais « Noé est très bébé dans son comportement, il ne finit rien, il a du mal à se concentrer, il crie dès le matin, il a du mal à combler le vide, il refuse tous les jeux que je lui propose et il ne veut pas jouer avec moi, il manque de force, il a du mal à s'endormir » ; en résumé : « il a toujours été en retard pour tout : la marche, le langage... tout est vague avec lui, il n'est pas structuré. Il évolue très lentement ». Pendant ce temps, il joue silencieusement sur le tapis, avec le garage et les petites voitures : son jeu est pauvre et répétitif (retard de développement ou style d'attachement évitant ?). Elle continue : « Il pleure beaucoup. Et puis, il dit deux gros mots quand il est énervé. À l'école, il n'a pas de copains : il leur fait des doigts d'honneur. Je me suis rendu compte que c'était son grand frère qui le lui avait appris ! Je lui ai dit d'arrêter, mais c'est comme un TOC, il n'arrive pas à s'arrêter » (recherche d'attention négative de la part de l'enfant envers les adultes ? stéréotypie ?). Puis elle continue : « Après la naissance de Noé, je me sentais fatiguée. Nous sommes allés voir ma famille en Pologne pendant l'été, quand il avait 6 mois. Mais j'ai été très malade là-bas, j'ai perdu connaissance et on m'a hospitalisée en urgence puis en réanimation pendant quelques jours. Je suis restée à l'hôpital pendant quinze jours-trois semaines, j'avais fait un choc septique. J'ai du mal à me rappeler cette période, j'étais tellement mal. Je n'ai

pas vu mon fils pendant quinze jours... C'est mon mari et ma famille qui ont tout géré : les enfants et le reste. Ça a duré deux ans. »

Elle décrit plus longuement ce qu'elle appelle le « relâchement psychologique » qui a suivi cette hospitalisation, sa très grande difficulté à s'occuper du bébé jusqu'à il y a un peu moins d'un an (soit entre l'âge de 6 mois et celui de 2 ans et demi). Je valide combien cela a dû être douloureux pour elle (reconnaissance du vécu) et la questionne sur une possible dépression du post-partum (d'autres hypothèses psychopathologiques peuvent évidemment être faites), indépendante de sa septicémie. Elle me répond qu'elle y a effectivement pensé, mais n'a pas vu de médecin à cette époque. Je la questionne sur son entourage : Monsieur était à cette époque au chômage et il s'occupait bien de leurs garçons, « mais cela ne remplace pas une mère pour un bébé », ajoute-t-elle (discours plaqué ou sentiment d'impuissance ?). Elle revient sur son inquiétude par rapport au présent, mais surtout à sa future vie d'adulte s'il reste « dans sa bulle », et elle continue : « L'orthophoniste pense qu'il est autiste. Pour moi, dire qu'il est autiste aujourd'hui, c'est hâtif. Il sait reconnaître les émotions. La preuve : il vient vers moi quand je suis triste » (inversion de rôle de type contrôlant-protecteur ? voir chapitre 1 « Point sur l'attachement désorganisé » p. 12). À côté de nous, son fils continue son jeu de voiture sans bruit, il n'a pas un regard vers sa mère ou moi. Madame, logorrhéique, le regarde de façon très furtive, et privilégie de façon nette nos échanges (priorisation de ses besoins d'adulte, activation de son système d'attachement et désactivation de son système de *caregiving*) : « Quand il était bébé, il avait un visage très expressif, il me regardait. Maintenant, vous voyez bien, il ne regarde plus », « après l'hospitalisation, j'avais besoin que son père s'occupe de lui. Maintenant, on a des problèmes de couple, on n'est d'accord sur rien, je crie beaucoup à cause de ça. J'ai besoin de rester avec le père, car j'ai encore besoin qu'il s'occupe de Noé. Je sais qu'il ne faut pas que je crie, Noé est sensible au calme. Mais le père ne fait pas ce qu'il faut » (conflit conjugal important, possible violence verbale et exposition de l'enfant à cette violence verbale, tentative de maintenir une équipe parentale pour l'enfant, confusion entre le couple conjugal et le couple parental, non prise en compte des besoins de l'enfant). Dans le bureau, Noé fait quelques roulades sur le tapis. Il se lève et vient vers sa mère, il la regarde, elle ne réagit pas et reste figée (existence de très probables éléments traumatiques). Il grimpe sur ses genoux un peu difficilement, il met ses mains autour de son cou comme pour le lui serrer, puis il essaie de façon maladroite et peu ajustée de lui faire un câlin. Elle bouge un peu sur sa chaise et elle est visiblement mal à l'aise (pour la mère : sortie de l'état de sidération ; pour l'enfant : inversion de rôle de type contrôlant-protecteur,

voir chapitre 1 « Point sur l'attachement désorganisé » p. 12). Rapidement, il redescend de ses genoux et il retourne jouer avec les petites voitures, dos tourné à sa mère et moi, sans explorer le reste des jeux mis à disposition sur le tapis (traits autistiques et/ou style d'attachement évitant ?). Je l'interpelle : « Noé, c'est chouette, tu joues bien avec les voitures. Mais j'ai l'impression que tu es venu voir ta maman parce que tu avais besoin d'un câlin et que cela ne s'est pas passé comme tu l'espérais » (prise en compte de l'« ici et maintenant », aide à la mentalisation). Il ne se retourne pas et continue son jeu. Elle me regarde avec une expression un peu étonnée puis reprend : « Il joue bien aux petites voitures, mais il ne sait pas faire un puzzle ou un dessin » (faillite de mentalisation, non-prise en compte des besoins de son enfant et pensées tournées sur ses préoccupations d'adulte). Je l'arrête et, après l'avoir valorisée sur l'attention qu'elle porte à ses acquisitions, je lui demande si elle peut partager un câlin avec son fils de temps en temps (nouvelle tentative du thérapeute pour que la mère prenne en compte l'« ici et maintenant » de la consultation et de l'aider à mentaliser). Elle me répond de façon assez sèche : « Oui. Mais en ce moment, avec le père, c'est très compliqué, je m'énerve beaucoup, et lui, il ne bouge pas » (système d'attachement activé, système de *caregiving* désactivé). Je poursuis en appuyant sur combien elle est préoccupée par son conflit de couple, et je lui propose de prendre un rendez-vous avec elle et le papa, sans Noé pour en parler sans que son fils entende leurs désaccords (protection de l'enfant du conflit de couple) et pour travailler l'équipe parentale. Elle réagit : « D'accord, mais le père ne viendra pas, il n'a pas le temps. Et en plus, il ne veut pas de thérapie de couple ! » J'insiste en précisant que ma proposition est axée sur le couple parental principalement, et que je peux écrire au père pour le lui expliquer (thérapeute = base de sécurité pour la mère, recherche de « partenariat corrigé quant au but »). Elle est d'accord, nous convenons d'une consultation trois semaines plus tard à un horaire plus facile pour lui, j'envoie rapidement un courrier dans ce sens.

► Phase de transition : une séance

● Deuxième séance

Les deux parents arrivent, sans Noé, mais ils gardent une distance assez importante. Madame se présente de la même façon qu'à la première consultation. Monsieur est un homme plus petit qu'elle, avec un léger surpoids et habillé de façon très classique, avec une chemise claire et un pantalon gris. Je me présente et j'explique le motif de ma consultation à Monsieur. Je le remercie d'avoir

accepté mon invitation (renforcement positif). Il me demande d'emblée quel sera le rythme de mes consultations et leurs horaires (système d'attachement activé, tentative de diminuer l'inconnu). Je lui donne quelques informations sur mes temps de présence au CAMSP et je lui propose de rediscuter de cela à la fin de la consultation.

Puis je l'interroge sur comment il voit son fils en ce moment. Monsieur me répond en me donnant l'un après l'autre les items du développement d'un enfant : « il a un retard graphique, en motricité fine, un retard de langage, du mal à penser, le relationnel est compliqué », etc. (mise à distance de ses affects). Il conclut : « je pense comme sa mère : il est en retard de façon homogène » (mise en avant de l'équipe parentale). Madame ajoute : « il est trop bébé, il se développe trop lentement. Pourtant, je sais qu'il est malin. Il met des stratégies en place pour y arriver. Par exemple, quand il veut quelque chose, il se débrouille pour que je cède : il devient tout gentil, tout câlin et il obtient ce qu'il veut. Son frère a aussi ce type de stratégies maintenant, mais il a commencé quand il avait 8-9 ans » (inversion de rôle de type contrôlant protecteur, voir chapitre 1 « Point sur l'attachement désorganisé » p. 12). Il continue avec des exemples quant au retard développemental de leur garçon. Elle l'interrompt sans le regarder (système d'attachement activé, non-prise en compte des besoins de son conjoint) : « depuis quinze jours, il a des lunettes, l'orthophoniste et la maîtresse le trouvent plus posé et plus participant. Il a commencé la psychomotricité. Mais je suis sûre que c'est votre consultation qui a posé le cadre ! » (recherche d'alliance thérapeutique, idéalisation du professionnel = style d'attachement insécuré préoccupé). Monsieur poursuit : « Il a aussi fait un bilan sensoriel : rien de particulier » (à titre indicatif, conclusion du bilan sensoriel « quelques difficultés au niveau de l'oralité nécessitant une surveillance », et une « problématique de distance relationnelle et de cadre »). Elle l'arrête : « Mais je ne sais pas ce qu'il s'est passé : après votre première consultation, on a noté des progrès. Ça lui a fait du bien. Dommage qu'il ne soit pas là aujourd'hui. » Je les remercie d'être venus sans lui malgré leur souhait qu'il soit présent (reconnaissance de leurs besoins) et je leur suggère que nous commençons par parler des règles de la maison. Les deux parents « sont d'accord sur les règles de vie pour les deux enfants » (équipe parentale validée par les deux). Elle commence par leurs styles parentaux : « Normalement, c'est le père qui a l'autorité et la mère est plus souple. J'ai été élevée comme ça. Mais chez nous, ça ne va pas. C'est le contraire : il ne veut pas être autoritaire. Pourtant, à son travail, il sait très bien être autoritaire ! » Il répond : « Quand la maman est là, Noé en fait qu'à sa tête. Mais quand elle n'est pas là, il ne fait pas de caprice, il est beaucoup plus calme. » Elle, un peu sthénique et le

torse droit, l'interrompt à nouveau : « J'ai besoin de m'appuyer sur quelqu'un. Et ce quelqu'un ça doit être toi, son père ! Quand je t'ai dit qu'il avait un problème il y a un an, j'ai fait les démarches seule, tu disais que tout allait bien, qu'il fallait lui laisser le temps. Et tu vois où on en est aujourd'hui : il a 3 ans et la maîtresse vient de lui coller sur le dos un dossier pour handicapé [auprès de la MDPH] !!! » (Demande d'aide avec agressivité et expression de ses besoins de façon bruyante envers sa figure d'attachement = style d'attachement insécure préoccupé.) Je me rapproche un peu d'elle (ajustement de la distance à l'état émotionnel et au style d'attachement de Madame) et je lui dis doucement : « j'ai l'impression que vous êtes très en colère et très triste. Est-ce bien cela ? » (Connexion émotionnelle, aide à la mentalisation.) Elle me regarde, visiblement très surprise et, sans répondre à ma question, elle continue d'un ton plus calme : « Après mon hospitalisation, j'étais là, mais sans être là avec Noé. Je m'occupais de lui, mais je ne me sentais pas sa mère. Il a besoin de sa famille pour se développer. » J'explique la différence entre l'amour et le *caregiving*, la probable présence d'un émoussement affectif liée à la dépression, tout en validant son vécu émotionnel. Puis je leur propose de revenir sur la place de chacun dans la famille, grâce au schéma des hiérarchies familiales de systémie, que je leur explique (consultation informée, voir chapitre 4 « Une consultation informée » p. 69). Tout en dessinant, j'appuie sur la position de Noé parfois « parent de ses parents » et parfois « tout petit bébé » (flèches grises sur le *paperboard* ci-après, schéma 32). Madame s'exclame que c'est exactement cela, mais que pour elle, le papa est sur la frontière entre le monde des adultes et celui des enfants, ce qu'elle dessine sur ma proposition (Papa, en blanc sur fond gris clair sur la limite en pointillés, sur le *paperboard*). Puis je demande au père de venir dessiner ce qu'il pense et il répond : « J'aurais mis comme vous » (style d'attachement probable du père : évitant).

Je leur explique le coût psychique d'une telle place de l'enfant et les conséquences sur son développement. Après m'être assurée que les parents comprenaient, je leur suggère que nous cherchions comment aider chacun à trouver une place plus favorable et comment poser l'autorité parentale de façon « sensible, efficace, favorable au développement de l'enfant » (Omer, 2017, voir chapitre 4 « La fonction d'ancrage » p. 93). Elle ajoute : « Je voudrais que Monsieur ait une autorité linéaire », puis elle précise : « sans gros mot de la part des parents et une autorité sereine ». Je continue en travaillant avec eux sur la façon de poser l'autorité actuellement : auparavant, le parent voulait obtenir de son enfant une obéissance rapide et sans critique, et il gardait une distance avec lui pour appuyer cette autorité ; maintenant, le parent veut rester accessible et

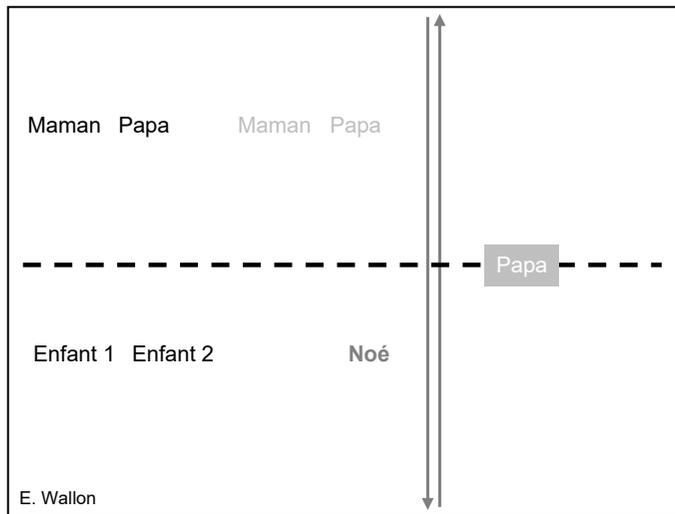


Schéma 32 : Les hiérarchies de la famille de Noé

disponible pour son enfant, il cherche à adapter son autorité en fonction de ce que vit sa progéniture (H. Omer, 2017, voir chapitre 4 « La fonction d'ancrage » p. 93). Puis je questionne Madame : « Vous avez décrit rapidement votre famille : un père autoritaire et une mère plus souple. Est-ce que vous pourriez m'expliquer quels sont vos modèles en matière d'autorité ? » Elle répond : « J'ai perdu ma mère très jeune, j'ai été élevée par mon grand-père, j'avais une sœur plus âgée. Mon père travaillait beaucoup et il n'avait pas le temps de s'occuper de nous. Mon grand-père avait une autorité naturelle : on vivait dans un petit village, il était respecté de tous. Quand j'ai eu Romain, j'avais peur de ne pas réussir à être mère, car j'avais très peu connu ma mère, mais finalement, ça a été simple : c'était un bébé tranquille, jamais malade. Alors je n'étais pas trop inquiète lorsque j'ai eu Noé. Mais je n'ai jamais réussi à me sentir mère de cet enfant. Pourtant, je l'aime... » (expérience de perte précoce de la figure d'attachement principale = trauma => risque de développer un attachement craintif et une maladie psychiatrique, difficulté dans le *caregiving* avec Noé). Je valide sa douleur d'avoir perdu sa maman si jeune, de devoir grandir sans elle, et d'actuellement ne pas se sentir mère (aller-retour entre le monde des enfants et le monde des adultes). Je donne à Monsieur la boîte de mouchoirs afin qu'il puisse en proposer un à sa femme si besoin (renforcer le conjoint dans sa position de figure d'attachement de sa femme). Il la lui tend brusquement, elle ne s'en sert pas, il la garde sur ses

genoux. J'interroge le père sur sa famille : « C'était une famille classique pour cette génération : un père qui travaille beaucoup et une mère qui s'occupe des enfants. Mon père, il était dur. J'avais une jumelle, ça m'a protégé. Je ne veux pas être un père comme le mien » (probable violence du père sur lui, mise à distance des affects). Je lui renvoie que ses dires me font penser que cela a été difficile pour lui et que se construire en tant que parent de façon différente de ses propres parents est une tâche ardue (aller-retour entre le monde des enfants et le monde des adultes, validation des émotions de Monsieur par le thérapeute, plus prudente du fait de son probable style d'attachement évitant). Puis je reviens sur l'autorité et demande à Madame des exemples de ce qu'elle attend de son conjoint dans leur vie quotidienne. Elle répond : « Je veux qu'il fasse plus d'activités avec ses fils, qu'il change les couches de Noé. » Il réagit, sans la regarder : « Mais je change les couches ! Et je les sors au parc ! ». Je recadre : ces deux exemples ne font pas référence à l'autorité, mais au « prendre soin » de ses enfants en tenant compte de leurs besoins physiologiques et d'exploration (*caregiving*, système d'exploration). Elle continue : « À la maison, c'est moi qui pose l'autorité, c'est moi qui répète sans arrêt aux enfants qu'ils doivent obéir. Je n'ai plus envie de jouer à ça, ça me pèse. Je veux que le père prenne le relais. » Je souligne qu'en réalité, elle souhaite avant tout le soutien de son conjoint lorsque cela est compliqué avec les enfants (partenaire dans le couple parental = figure d'attachement, renforcement de l'équipe parentale). J'ajoute que, de façon générale, deux parents peuvent avoir deux styles parentaux différents (image d'un parent « carré » et d'un « rond »), qu'en France, on attend souvent un père plus autoritaire et une mère plus souple, mais que l'inverse ne pose pas de problème pour le développement de l'enfant. Les deux parents acquiescent de la tête. Elle poursuit : « Je veux que le père sépare Noé de moi. Quand il se colle à moi, je lui dis d'aller ailleurs, que je suis occupée, mais il reste là et il insiste pour venir sur mes genoux, que je le prenne dans les bras. Mais je ne peux pas, j'ai des choses à faire dans la maison » (système d'attachement de l'enfant activé, recherche de proximité de l'enfant aggravé par la non-réponse à ses besoins de sa mère, mère elle-même avec un système d'attachement activé et donc un système de *caregiving* désactivé). Je prends alors le temps d'expliquer le système d'attachement, le besoin pour l'enfant que son parent réponde à ses besoins en situation d'alarme, la compétition entre le système d'attachement et le système de *caregiving* chez le parent, les boucles interactionnelles observables, la recherche d'attention soit négative soit positive de la part de l'enfant (consultation informée, voir chapitre 4 « Une consultation informée » p. 69). Puis je suggère aux parents d'y être attentifs la prochaine fois et d'expérimenter ce qui se passe si Madame met de côté ses tâches domestiques pour répondre

à la demande de l'enfant rapidement lorsqu'une situation similaire se produira (guidance). Et je conclus en rappelant qu'il est indispensable que les parents puissent se soutenir et se passer le relais lorsqu'ils en ont besoin. J'interroge les parents sur leur *feedback*, ils disent « oui » sans conviction (*feedback* pauvre ! nécessité que le thérapeute reprenne ces éléments plus tard en fonction de la pertinence). Madame reprend son idée : « Il faut que son père fasse en sorte que Noé ne dise plus de gros mots. C'est tout de même extraordinaire : il a très peu de vocabulaire, mais il connaît trois insultes ! Il va être viré de l'école si ça continue comme ça » (probable recherche d'attention négative de la part de Noé). Je valide sa crainte d'une possible exclusion de son fils et je lui propose de venir à l'ESS (Équipe de Suivi de Scolarisation) lorsque la date sera définie. Avant de finir la séance, je résume nos échanges d'aujourd'hui et je leur demande de noter pour la prochaine séance quelques situations où ils auront eu un souci par rapport à l'autorité, pour que nous puissions travailler lors de la prochaine consultation à partir de cela. Ils acquiescent et nous trouvons facilement une autre date de rendez-vous trois semaines plus tard.

► Phase de travail : trois séances

● Troisième séance

Je remercie Noé et ses parents d'être venus, et je prends de leurs nouvelles. Madame répond : « Il a fait des progrès depuis notre dernière consultation. Vous nous aviez demandé de venir sans lui, mais on voulait que vous puissiez le voir : il est plus calme et il dit de plus en plus de mots, par contre, il fait des phrases un peu n'importe comment. Je ne pense pas qu'il soit autiste, mais je me demande s'il est dysphasique et dyspraxique. » Je les félicite chaleureusement pour ces progrès (renforcement positif) et j'accompagne l'enfant pour qu'il choisisse des jeux dans l'armoire. Il s'installe de la même façon qu'à la première consultation, sur le tapis avec le garage et quelques voitures. Elle continue : « Il se concentre plus facilement, il accepte maintenant de faire des jeux de ballon et de la trottinette. Avant, il dansait seul et de façon très désordonnée ; maintenant, on a l'impression qu'il danse pour s'amuser. Pour le sommeil aussi, c'est plus facile : c'est encore un peu un bras de fer mais il dort maintenant dans son lit dans sa chambre. » Le père regarde son épouse et il raconte longuement les rituels du soir. Pendant ce temps, leur garçon joue avec les petites voitures : son jeu est moins répétitif et il s'intéresse aux animaux ; il vocalise plus, il chantonne un peu, il dit quelques mots. Il se rapproche de son papa pour lui montrer une voiture, celui-ci le regarde en lui souriant, puis l'enfant repart sur le tapis pour

jouer. Je valorise leurs interactions (prise en compte de l'« ici et maintenant »). Je leur demande s'ils ont fait la tâche proposée. Madame répond : « On ne l'a pas écrit. Je pense que maintenant, il est moins en position haute : il a moins le dessus avec moi. Je ne peux pas dire qu'il m'obéit, mais il ne cherche plus à ce que je lui obéisse » (diminution voire disparition des comportements avec inversion de rôle), « il faut être ferme avec lui, mais sans être trop carré. J'ai du mal avec l'encadrement », elle précise « l'encadrement : ce vers quoi il faut qu'il aille. Mes objectifs sont qu'il apprenne à parler correctement et qu'il ait un bon comportement. » Monsieur continue : « Noé et sa mère n'ont pas la même logique. Notre fils accepte tout quand on se débrouille pour qu'il pense que c'est un jeu. Mais sa maman, elle n'arrive pas à jouer avec lui. Elle veut sans arrêt qu'il fasse des jeux éducatifs, qu'il apprenne. Elle est obnubilée par son retard. La seule chose où ils ont la même logique sont les livres : Noé adore les histoires. » Elle décrit la lecture du soir comme « notre moment à tous les deux », « mais j'ai toujours l'impression que je n'ai pas un lien instinctif avec lui, c'est comme si je l'avais adopté. » Je reformule ce qui vient d'être dit : la question de l'autorité est moins prégnante (ils savent qu'ils sont « grands, plus forts et plus sages » que leur garçon), le couple communique plus tranquillement autour de cela, et ils mettent en avant aujourd'hui les difficultés dans le lien entre Noé et sa maman. Elle réagit : « J'ai l'impression que j'en suis au même point qu'après mon hospitalisation, j'allais tellement mal, je culpabilise de ne pas m'être suffisamment occupée de lui. Et quand je le vois aujourd'hui... Et puis, à la même époque, j'ai poussé Monsieur à quitter son travail, car il s'en plaignait tout le temps. Je n'aurais pas dû. Il disait qu'il n'aurait aucune difficulté à trouver un nouveau poste, mais il est resté au chômage pendant un an. Il me mentait ! » À ce moment-là, Monsieur semble plus petit assis sur sa chaise, le torse courbé et les yeux baissés ; Madame au contraire se tient droite, légèrement penchée vers l'avant et elle me regarde fixement. Leur fils joue toujours avec les voitures sur le tapis (diminution de son exploration avec l'activation de son système d'attachement). Je valide la souffrance de la famille, et le fait que cela a laissé des traces dans leurs relations actuelles. Puis, après leur avoir rappelé quelques éléments de la théorie de l'attachement (consultation informée, voir chapitre 4 « Une consultation informée » p. 69), je propose une lecture de leur situation de l'époque par ce prisme : « Quand on est en alarme, on ne peut pas donner de soins, que ce soit à son enfant ou à son conjoint. À l'époque, Madame allait très mal, elle était donc en alarme en permanence et dans l'impossibilité de s'occuper du nourrisson, elle voulait que Monsieur s'occupe d'elle et du bébé. Mais pour Monsieur, son travail se passait mal, puis il a été au chômage, donc il était en situation d'alarme, il était aussi en difficulté pour donner des soins à sa

femme et son fils. Vous étiez tous les deux dans une situation similaire, même si les motifs en étaient différents – Madame à cause de votre santé, et Monsieur : votre travail – : vous aviez besoin du soutien de votre conjoint, qui ne pouvait pas vous apporter ce soutien, et vous deviez prendre soin de votre bébé, ce qui était très difficile » (système d'attachement, compétition entre le système d'attachement et le système de *caregiving*). Ils sont attentifs et restent silencieux. Leur garçon se lève, vient vers sa mère, la tire par la main pour l'amener vers le placard à jeu, elle se lève, elle l'accompagne et lui donne le camion qu'il semble vouloir, puis il retourne avec ce nouveau jouet sur le tapis et elle s'assied. Je résume ce que j'observe dans l'« ici et maintenant » de la consultation et la réponse ajustée de la maman à son fils (mettre en avant le « confetti » positif). Nous échangeons sur les progrès de l'enfant, nos observations croisées et nous fixons un nouveau rendez-vous avec les deux parents et Noé, quatre semaines plus tard.

● Quatrième séance

Les deux parents, accompagnés de Noé, me donnent des nouvelles. L'équipe de suivi de scolarisation a été déplacée à une date ultérieure non fixée, cela se passe beaucoup mieux à l'école : il accepte maintenant les temps de regroupement, ne tape plus ses camarades, cherche par moments à jouer avec eux, même si cela reste rare, dit moins souvent des insultes. Madame fait le lien entre cette bonne évolution et quinze jours de confinement pour l'ensemble de la famille malade de la Covid-19 : « Ça lui a fait du bien. Il a besoin de sa famille pour bien se développer. Par contre, on en a entendu de gros mots en quinze jours !!! C'est Romain qui les lui a appris. Donc maintenant, c'est interdiction de gros mots à la maison pour tout le monde ! » Et l'autorité ? Elle continue : « Il a compris qu'il n'aurait pas le dernier mot. Mais j'ai toujours du mal avec le cadre à poser pour le canaliser. Par exemple, ce matin, il ne voulait pas mettre son slip, il courait dans toute la maison, les fesses à l'air ! Ça avait l'air de l'amuser. Mais moi, ça ne m'amusait pas du tout, on était pressés ! » Je questionne Monsieur : est-ce qu'il a des idées pour aider sa femme ? Il n'en a pas (manque de flexibilité mentale ? évitement des conflits ?) et ajoute qu'étant déjà parti pour son travail, il ne s'occupe que très rarement des enfants le matin. Je continue en leur proposant de la guidance pratique autour de cette situation : nous échangeons sur l'attitude à avoir et les aménagements possibles (rythme de la journée affiché, pictogramme, *timer*, transformer les moments un peu pénibles en jeu en chantant, etc.). Les parents sont très actifs dans nos discussions. Pendant ce temps, Noé est assis sur une petite chaise à une table et dessine (gribouillage). Puis Madame

m'interroge : « Je voudrais votre avis sur la dysphasie et la dyspraxie. Il sort les mots dans n'importe quel ordre et il a vraiment des difficultés en motricité fine. » Monsieur se pose les mêmes questions que sa femme (équipe parentale en accord sur cette préoccupation). Après avoir vérifié qu'ils savent ce que sont la dysphasie et la dyspraxie (ils en ont des représentations assez justes), je leur suggère d'échanger sur ces hypothèses avec son pédiatre, l'orthophoniste pour la dysphasie et la psychomotricienne pour la dyspraxie ; je complète en indiquant que le fait que le diagnostic de trouble du spectre autistique ne soit plus au premier plan est aussi la marque des progrès réalisés. Comme ces propositions leur conviennent, je reprends le fil de notre consultation précédente et demande à Madame comment elle se sent en ce moment dans son rôle de mère. C'est Monsieur qui répond : « Maintenant, Noé peut jouer à côté d'elle, sans être collé à elle. C'est nouveau », Madame poursuit : « Il s'est détaché de moi !!! Il est autonome dans ses jeux. » Je précise qu'il s'agit plutôt de sa capacité à explorer, qui n'est pas l'autonomie d'un adulte, et je reviens quelques minutes sur la balance exploration/attachement en leur montrant où se situe leur fils sur le cercle de sécurité (voir chapitre 4 « Le cercle de sécurité » p. 78, *Circle of Security International* (2020) schéma 8 p. 79) : l'enfant est capable de jouer à distance relative de son parent lorsqu'il n'est pas en alerte. Elle parle ensuite de l'école : « Je suis restée pour l'observer de loin dans la cour de récré, il y a quelques jours. Il a toujours du mal à interagir avec les autres, mais cela est possible. » À ce moment-là, Noé se lève et me fait un magnifique « doigt d'honneur » ! Une fois la surprise passée, je le regarde : « Je me rends compte qu'on n'a pas fait attention à toi depuis le début de cette consultation, alors que tu avais besoin qu'on te regarde et qu'on s'intéresse à ton dessin. Excuse-nous, tes parents et moi allons être plus attentifs par la suite. Ton dessin est magnifique, est-ce que tes parents et moi pouvons le voir de plus près, s'il te plaît ? » L'enfant nous l'apporte et chacun commente ce beau gribouillage (échange entre adultes suspendu pour prendre en compte l'« ici et maintenant » et répondre au besoin d'attention de l'enfant). Puis il repart, cette fois-ci intéressé par les Duplos (système d'attachement désactivé, système d'exploration activé). J'explique aux parents, assez surpris, la séquence interactionnelle (guidance interactive) : l'absence d'attention des adultes, la recherche d'attention avec un comportement à très forte connotation négative socialement (doigt d'honneur), le choix de ma réponse (répondre rapidement à sa demande d'attention), la possibilité d'un autre choix de réponse (ignorer le comportement-problème). J'explique à partir de la balance de recherche d'attention les stratégies pour diminuer la recherche d'attention négative et favoriser celle qui est positive (voir chapitre 4 « La recherche d'attention » p. 94). Madame continue : « Je me

sens nulle dans l'éducation de Noé », et Monsieur dit : « En ce moment, je fais du télétravail, donc je suis tout le temps à la maison. La maman me reproche d'être trop présent, les enfants viennent me voir plutôt que d'aller la voir quand ils ont besoin de quelque chose. Pourtant je leur dis que je travaille et que leur maman est plus disponible. » Je fais le lien entre ce qu'ils viennent de dire et les styles d'attachement (un style d'attachement par figure d'attachement, les styles d'attachement sont adaptatifs à une situation relationnelle réellement vécue et répétée, les comportements observables de l'enfant en situation d'alarme dépendent de son style d'attachement). À ce moment-là, le petit garçon manifeste son envie d'aller aux toilettes, et son père l'accompagne. Je profite de leur absence pour échanger avec Madame sur la nécessité d'un suivi « psy » pour elle, indépendamment de mon espace ; elle m'apprend alors qu'elle vient de débiter un suivi avec une psychologue, je la félicite pour cette démarche courageuse. Noé et son père reviennent. Je propose qu'on arrête la séance et que, pour la prochaine fois, la mère fasse une liste de ce qu'elle considère comme faisant partie du rôle de maman, et que le père puisse faire une liste de ce qu'est un papa. Rendez-vous pris pour trois semaines plus tard.

Entre la 4^e et la 5^e séance, ma collègue pédiatre a des échanges avec l'orthophoniste et la psychomotricienne. Toutes les deux font des observations similaires : les parents ne semblent pas investir ces suivis, Noé progresse régulièrement et il a des compétences. Elles ne se positionnent pas quant au diagnostic. Ma collègue prévoit une consultation neurogénétique devant quelques éléments dysmorphiques et une hypotonie buccale persistante.

Downloaded by 3.18.9.19

● Cinquième séance

J'accueille les deux parents et Noé. À peine arrivés, la maman revient sur l'Équipe de Suivi de Scolarisation récente, à laquelle j'ai assisté : « L'enseignante est calme et cadrante. C'est ce qu'il faut avec Noé. Il n'est plus agité ; par contre, le décalage avec les autres est toujours important. » Je lui rappelle ma présence à cette réunion, je lui renvoie que je n'ai entendu que des progrès dans tous les domaines (comportement, langage, motricité, interaction, apprentissage) et que le décalage avec les autres diminue progressivement. Puis je l'interroge sur la tâche proposée à la fin de notre dernière consultation sur son « rôle de maman ». Elle me répond qu'elle ne l'a pas faite : « En vous en parlant maintenant, je me rends compte que je ne me suis pas posé cette question depuis notre dernière consultation ! Pour moi, être maman, c'est savoir les besoins de son enfant, psychologiques et physiques, et savoir y répondre. » Je lui demande des exemples ; elle dit : « Le matin, il veut choisir quelles chaussures mettre. Avant,

je négociais, mais ça n'avancait pas. Depuis un ou deux mois, je hausse le ton et je l'attrape pour lui mettre ses chaussures. » Monsieur valide ce qu'elle dit et ajoute : « Maintenant, les crises sont légères : il s'oppose, mais c'est de son âge » (équipe parentale cohérente, prise en compte de la maturité de l'enfant). Elle continue : « J'ai les idées floues. C'est compliqué pour moi. Regardez, il s'agite aujourd'hui. » Depuis quelques minutes, Noé déambule dans le bureau sans être agité. Je propose aux parents d'imaginer à quoi ce comportement peut être lié. Elle répond : « Il a faim (il est presque 16 h), est-ce que je peux lui donner son goûter ? » J'accepte évidemment (prise en compte prioritaire des besoins physiologiques de l'enfant). Une fois le petit garçon en train de manger son goûter sagement, elle reprend : « Être maman c'est se concentrer 100 % pour ses enfants. J'ai une cousine comme ça. » Monsieur interrompt sa femme : « Tu parles de L... ? personnellement, je ne la trouve pas attentive aux besoins de ses enfants. C'est plutôt leur père qui s'occupe d'eux ! » Elle continue sans tenir compte de la remarque de son conjoint : « Actuellement, je trouve que je suis à 60 % concentrée sur mes enfants, j'aimerais atteindre 80 % », puis à ma demande, elle complète : « Être mieux organisée, jouer avec Noé plus souvent, prendre plus de temps pour leur préparer de bons petits plats... être posée... mais ça, j'y arrive mieux. » J'explique l'intérêt d'un temps de jeu à deux quotidien de dix minutes et le lien avec les stratégies pour favoriser la recherche d'attention positive dont nous avons parlé à la consultation précédente. Elle répond que le seul moment possible dans la journée est le soir, avant le « dodo », ce que je valorise tout en l'engageant à trouver un autre moment en journée pour que son fils soit en forme pour jouer. Je l'interroge sur le type de jeu qu'elle apprécie : elle n'est à l'aise qu'avec des jeux éducatifs et elle me donne quelques exemples. Je lui conseille fortement des jeux plus ludiques sans enjeux de réussite, mais elle dit ne pas savoir jouer comme cela. Je m'appuie sur Monsieur, plus à l'aise dans ce domaine : « Avec les petites voitures, je suis mon fils. Parfois, on fait des cascades, des circuits. Ça ne dure jamais très longtemps, mais il a l'air content. » Nous échangeons sur le plaisir partagé dans cette activité. Comme Madame dit à nouveau ne pas savoir faire, je lui propose de regarder son conjoint jouer avec leur garçon et de commencer en l'imitant même si cela lui semble artificiel au début. Elle conclut : « Avant, je fuyais ces moments-là, maintenant, je ne les fuis plus, mais je ne sais pas comment faire. » Noé a fini son goûter et il me demande un jeu dans le placard : il prend de la pâte à modeler avec des emporte-pièces (pour rappel, il refusait de toucher la pâte à modeler à l'école). Elle continue : « Le sommeil, c'est difficile en ce moment », puis elle précise : « Il dort dans son lit, ça c'est acquis. Mais par contre, lui et son frère pleurent au moment de l'endormissement. Je ne peux pas les laisser pleurer, j'ai l'impression

que je les abandonne. Je reviens dans leur chambre, mais après, ils ne veulent plus dormir », « je sais que je ne les abandonne pas vraiment, mais je pense qu'ils le pensent. » Monsieur répond : « Je vais gérer ça et tu resteras dans le couloir » (relais pris par la figure d'attachement, soutien ?). Sa femme ne semble pas satisfaite, mais elle accepte. Pendant ce temps, Noé joue à la dînette de façon adaptée à son âge, en proposant de temps en temps un légume ou un fruit à l'un de nous. Je le félicite pour ses progrès et nous concluons posément cette consultation en prenant un nouveau rendez-vous un mois et demi après.

► Phase de fin de prise en charge : deux séances

● Sixième séance

Dès son arrivée dans mon bureau, la famille semble tranquille : Madame est souriante, elle est plus apprêtée que d'habitude et maquillée, Monsieur est à côté d'elle, ils se regardent et regardent leur fils ; la tonalité de ce début de consultation est plus détendue que lors des autres consultations. Ils m'expliquent qu'ils viennent de passer quinze jours de vacances ensemble, de « bonnes vacances en famille ». Puis sans me donner plus de détails sur ce temps privilégié, Monsieur prend la parole : « Noé a vraiment fait beaucoup de progrès, il parle beaucoup et de mieux en mieux, il fait des petites phrases, il pose des questions, les gros mots sont devenus rares, il est beaucoup plus calme à la maison et à l'école, il n'y a quasiment plus d'accident de propreté, la maîtresse nous a dit qu'il a des copains maintenant, qu'ils jouent ensemble ! » Pendant ce temps, l'enfant retrouve avec bonheur le garage et les voitures et me raconte ses vacances avec entrain tout en me regardant de façon adaptée. Je comprends globalement ce qu'il me raconte, malgré un défaut articulatoire manifeste et un léger bégaiement : il était au bord de la mer, il s'est baigné, il a eu peur de la vague, son frère lui a lancé le ballon sur la figure. Je le félicite ainsi que les parents pour son langage et sa volonté de communiquer (renforcement positif). Madame continue : « Tout va mieux, il a plus confiance en lui. De mon côté, je fais un travail sur moi et j'ai retrouvé mon instinct maternel ! », « avant j'avais l'impression d'avoir un enfant adopté et je suis sûre que cela a eu un impact sur Noé. J'ai revu ma grand-tante : ça faisait longtemps qu'elle ne l'avait pas vu, c'est une femme importante dans ma vie, elle m'a en partie élevée. Nous avons beaucoup discuté de Noé, sur ce que j'avais vécu quand j'étais petite et maintenant... Elle m'a rassurée... Ça m'a permis d'être plus tranquille dans ma fonction maternelle. » Monsieur confirme ce que dit sa femme et poursuit : « Maintenant, elle aussi est confiante dans l'avenir. Il va continuer à bien grandir. » À ce moment-là, il

fait un gribouillage sur une feuille et elle s'exclame : « Regardez, maintenant il dessine ! », puis en s'adressant à lui : « C'est bien, Noé, il est beau, ton dessin » (prise en compte du besoin d'attention de son fils, assimilation des éléments apportés lors de précédentes consultations). Je fais écho à ces propos : « Il est beau, ton dessin. » Elle continue : « Maintenant, il s'endort facilement, et pleure moins souvent. Et le matin, il n'y a plus de crise. Vous savez, ma grand-tante m'a dit : "Il va vous étonner avec le temps", elle a raison. » Je n'ose questionner en quoi son garçon va les étonner... (prudence excessive du thérapeute !) Nous continuons sur les habitudes de Noé : il a plus d'appétit, son alimentation s'est diversifiée même s'il continue à manger peu de fruits. Puis nous faisons le point sur les prises en charge en cours : les parents ne sont pas satisfaits de l'orthophoniste avec qui ils ont un mauvais contact ; ils sont d'accord pour le groupe thérapeutique proposé par ma collègue au CAMSP. Je fais une rapide évaluation du développement de Noé pour constater les progrès : il persiste quelques éléments de retard, notamment au niveau du langage (expression) et de la motricité fine, mais ses capacités cognitives semblent bonnes, son jeu de bonne qualité pour son âge et les particularités relationnelles ont complètement disparu. Je propose de les revoir dans trois mois, mais ils souhaitent qu'on se revoie dans un mois, nous espacerons les séances après.

● Septième séance

Les parents n'honorent pas le rendez-vous suivant, je leur envoie un courrier pour avoir de leurs nouvelles et leur dire ma disponibilité. Ils rappellent rapidement la secrétaire : ils avaient oublié notre séance, « tout va bien », et ils souhaitent une autre consultation.

Ils viennent tous les trois environ deux mois après la dernière consultation : la mère « se sent maman de Noé », elle peut partager avec ses deux enfants des moments agréables et n'appréhende plus de s'en occuper sans le père. Noé continue à progresser au niveau du langage et des interactions : il pose beaucoup de questions (dont le fameux « pourquoi » pour toute chose), il raconte facilement sa journée d'école (en disant les moments plutôt positifs à son père et ceux plutôt négatifs à sa mère). L'enseignante souhaite un bilan en ergothérapie pour des difficultés au niveau des activités de découpage et du coloriage. À ce moment-là, l'enfant me raconte ses jeux avec ses camarades, je le comprends mieux qu'à notre dernière consultation même si la « traduction » des parents m'est encore un peu utile. Madame se dit fatiguée de devoir dire à Monsieur de sortir en famille le week-end, et il répond avec énergie qu'il le fait à chaque fois qu'elle le lui demande ! Le petit garçon me regarde franchement et me raconte ses disputes

avec son frère, je lui donne mon attention et échange un peu avec lui (recherche d'attention de l'enfant, réponse immédiate de l'adulte). Nous échangeons sur les différences de tempéraments des deux parents : lorsque je compare Monsieur à une voiture « diesel » et Madame à une « essence », les deux rient et s'accordent sur le fait qu'ils pourraient avoir une voiture familiale « hybride » ! (partenariat corrigé quant au but efficace). L'enfant se love dans les bras de sa mère et ils font un gros câlin (recherche de proximité et de réconfort, mère y répond immédiatement). Je reprends quelques éléments attachement-pertinents et je fais le lien avec ce que j'observe aujourd'hui. Nous convenons que le suivi axé sur la relation parents-enfant, et de façon plus spécifique mère-enfant, peut s'arrêter, qu'une thérapie de couple pourrait être intéressante pour consolider le travail débuté, et que ma collègue pédiatre, qui continue à le recevoir au CAMSP, m'interpellerà à nouveau si besoin pour Noé.

LILOU LA PETITE PRINCESSE (PRISE EN CHARGE « SOMMEIL »)

Downloaded by 3.8.18.9.19

Le docteur Genet, spécialiste du sommeil, rencontre Lilou, âgée de 10 mois et sa maman, adressées par la psychiatre de l'unité parents-bébé (UPB) du service, pour troubles du sommeil dans un contexte d'angoisse de séparation et de dépression du post-partum de Madame.

Lilou est leur premier enfant, très désirée, la prune de leurs yeux ! La grossesse et l'accouchement se sont bien passés, le bébé est né à terme. Lilou vit avec ses parents, mariés, originaires de Roumanie et arrivés en France il y a huit ans. Monsieur travaille dans le bâtiment et Madame est employée de maison, actuellement sans emploi. Leurs propres parents sont restés en Roumanie. Madame a un oncle, une tante et des cousins en France qu'elle voit de temps à autre. Quelques semaines après la naissance, Madame commence à se sentir triste, fatiguée et de plus en plus découragée. Elle se perçoit incapable d'être une « bonne mère ». La protection maternelle et infantile (PMI) l'adresse à l'UPB quand sa fille a 8 mois. Elle est prise en charge avec sa fille en hôpital de jour pendant plus d'un mois. Elle y bénéficie d'un soutien psychothérapeutique ainsi que d'un traitement antidépresseur, en parallèle avec un travail sur le lien mère-enfant, l'évolution est favorable.

Lilou est en bonne santé, hormis quelques infections hivernales (rhinopharyngites, otites). Elle se développe bien et commence à dire des mots. Elle va à la crèche quatre jours par semaine, et cela se passe bien. Toutefois, elle a des problèmes de sommeil qui perdurent et motivent l'orientation vers ma prise en charge spécialisée, d'autant que Madame ne souhaite pas de relais classique au centre médico-psychologique enfant (CMPE) ce qui témoigne de la fragilité de l'alliance thérapeutique avec l'équipe de l'UPB. Le docteur Genet leur propose donc une prise en charge axée sur le sommeil

avec une approche attachementiste. Elle bénéficie de la recommandation de l'équipe, ce qui est positif (chaîne de sécurité).

► La phase d'engagement : une séance

● Première séance

Lors de cette première séance, Madame apparaît fatiguée, un peu triste, mais revigorée par la présence lumineuse de sa fille. Lilou est une petite fille menue, vive, aux grands yeux pétillants de curiosité.

En début d'entretien, Madame rapporte : « Quand Lilou est née, on l'a gardée deux mois dans notre chambre, je l'allaitais, à trois mois, elle faisait ses nuits ». Les difficultés de sommeil ont débuté à la rentrée, après les vacances en Roumanie, Lilou avait six mois. « Elle a commencé à se réveiller et impossible de la faire dormir dans son lit, elle criait, elle hurlait, on avait peur qu'elle tombe, on cédait et on la prenait dans notre lit. » Depuis, elle dort dans le lit des parents, elle se réveille deux fois dans la nuit, elle veut des têtes, des câlins, « c'est fatigant, mais les câlins, c'est agréable », dit Madame. Cette semaine, elle a dormi de 2 heures à 6 heures du matin. Petite, Madame pleurait beaucoup dit-elle (aller-retour enfant-adulte). Actuellement, les troubles du sommeil persistent, Lilou dort toujours avec ses parents et elle se réveille maintenant plusieurs fois dans la nuit. Les parents sont fatigués (activation SA). En début d'entretien, Lilou se blottit contre sa mère, puis peu à peu, elle commence à explorer activement l'environnement (activation à son arrivée puis désactivation de son SA) et elle interagit facilement avec moi tout en surveillant sa mère (hypervigilance), en quête d'attention constante. Madame évoque le *cosleeping* et les éveils de Lilou « qui ne les dérangent pas trop » (besoin de sécurité de Monsieur et Madame ? Équipe parentale ? Équipe conjugale ? Inversion des rôles ?). À la crèche, elle dort peu, elle sursaute, elle n'est pas tranquille (base de sécurité ? Attachement anxieux ?). À l'entretien, je ne retrouve pas d'éléments en faveur d'une organisation. Du fait de la demande mitigée, se pose alors la question de la motivation des parents à changer, ce que nous abordons de façon ouverte et interactive : Madame souhaite que sa fille dorme bien, car elle craint les conséquences d'un mauvais sommeil sur sa santé (activation du *caregiving*). En expliquant ce qu'est le sommeil, son fonctionnement, son organisation, les rythmes et l'environnement, notamment familial (psychoéducation), j'aborde les hiérarchies familiales en reprenant le schéma classique des places des parents et des enfants (voir chapitre 4 « Les hiérarchies familiales adaptées à l'attachement » p. 78)

et j'informe que le temps de la consultation inclut la famille, papa y compris : il s'agit de s'entraider en famille autour de Lilou (équipe parentale). Madame est d'accord. Puis elle revient sur la journée en crèche. Lilou a commencé la halte-garderie à la rentrée puis la crèche quatre jours par semaine. Le moment de la séparation est difficile : elle pleure, elle s'accroche à sa maman (activation du SA, recherche de proximité de sa FA). Madame se sent triste, mais elle relativise, car la journée se passe bien, sauf pour les siestes (amélioration de son syndrome dépressif, avec possibilité de réfléchir sur ce qui se passe avec sa fille). Elle dit qu'elle est suivie à l'UPB, elle a tendance à oublier son traitement. Elle apparaît craintive, méfiante, l'alliance thérapeutique semble fragile et conditionnelle avec l'équipe de l'UPB. Il s'agit d'une première consultation, je prends donc le temps d'amorcer et de garder le lien en modulant la distance thérapeutique et en partant de ce qui la motive : le sommeil de Lilou. Je valide ses efforts de prise en charge (renforcement positif) et je lui conseille de prendre soin d'elle (base de sécurité). Puis nous détaillons la journée de sa fille pour repérer les rythmes et évaluer son hygiène de sommeil (guidance interactive et psychoéducation sur le sommeil). Elle raconte : Lilou a des heures de sommeil régulières, elle a du mal à faire la sieste à la crèche. Elle s'endort à son arrivée à la maison vers 17 heures. Une fois réveillée, elle joue avec sa mère, prend son bain et dîne seule puis reste à table avec ses parents. Si elle est fatiguée, Madame la couche, lui donne une tétée ou un biberon. Lilou s'endort en sa présence. Elle se réveille à 1 h 30-2 h du matin, elle pleure, sa mère lui donne le doudou qu'il lui arrive de jeter. Elle veut parfois le sein puis joue avec, ce que Madame ne laisse plus faire. Elle finit par se rendormir, rassurée par la présence de ses parents. Lorsque j'interroge la maman sur sa perception des différents pleurs de sa fille, elle repère bien ceux qui sont liés à une douleur, par exemple une poussée dentaire (bonne sensibilité parentale dans ce domaine). Elle continue : la nuit, Lilou ne veut pas que son papa s'occupe d'elle, elle veut le sein et/ou sa mère. Afin de mieux comprendre le contexte environnemental, je lui propose de me décrire l'organisation des chambres dans la maison : la chambre des parents et celle de Lilou sont contiguës, sa chambre a été aménagée pour elle : repeinte, avec son nom dessus, un lit à barreaux, une armoire et des jouets. Mais elle ne joue jamais dans sa chambre. Pendant la séance, Lilou joue à la dinette, elle vient nous donner à manger, sa mère se prête au jeu timidement, puis elle se détend et nous rions ensemble à se régaler de ses plats (plaisir partagé, détente et connexion émotionnelle). Elle est très entraînante, enjouée, véritable moteur des échanges, très centrée sur l'état émotionnel de sa mère (moments dépressifs de la maman ? Qualité de la présence de la FA ?). Puis elle prend le poupon et s'amuse à le mettre au lit : elle lui donne le biberon, elle le couche et le couvre. Je la félicite :

« Bravo, Lilou, tu sais bien comment faire dormir le bébé ! ». Madame est fière de sa fille. Nous échangeons alors autour du sommeil en général, du sommeil de l'enfant, de la dynamique familiale, des habitudes de vie et de leur influence sur le sommeil, de l'angoisse de séparation *versus* attachement, du *mirroring* maman/bébé. Madame est intéressée, tout en surveillant très activement sa fille (hypervigilance/*caregiving* hyperactivé). J'explique le diagnostic de sommeil de Lilou : une insomnie comportementale avec résistance au coucher, *cosleeping* et angoisse de séparation (information claire). Je reviens sur les éléments rassurants : son développement psychomoteur et langagier est satisfaisant, on ne repère pas de signes évocateurs d'organicité. Tout en validant le ressenti et les compétences parentales de la mère, je propose que nous aidions ensemble Lilou à retrouver un bon sommeil (partenariat et aide à la résolution de problèmes) : après une phase d'observation et de lecture de documents informatifs, nous pourrions coconstruire un programme de réhabilitation du sommeil, d'inspiration TCC et attachementiste (voir chapitre 4 « L'approche cognitivo-comportementale et émotionnelle et la pratique attachementiste » p. 87), que j'explique. Madame est d'accord. J'insiste sur l'aspect familial de ce programme et je propose un rendez-vous avec les deux parents et Lilou en soirée afin de permettre à Monsieur de venir après son travail (mes rendez-vous « attrape-papa » !). En attendant la prochaine consultation, je suggère qu'ils apprennent sur le sommeil et l'attachement, qu'ils observent et se préparent à réussir à aider Lilou à dormir seule dans son lit (phase de recul, d'observation, d'assimilation/accommodation et d'appropriation de la consultation). Dans ce but, je lui remets des livrets sur le sommeil de l'enfant, sur l'attachement, un agenda de sommeil en expliquant son usage et une échelle d'évaluation. Madame est d'accord pour que j'écrive à la psychiatre de l'UPB et au médecin traitant (continuité de la prise en charge). Nous convenons de nous revoir dans un mois.

► Phase de transition : deux séances

● Deuxième séance

Lilou vient accompagnée de ses parents. Je reprends les grandes lignes de la dernière consultation pour Monsieur, qui n'était pas là. Nous faisons le point sur leurs objectifs communs en ce qui concerne le sommeil de leur enfant. Madame souhaite que Lilou dorme seule, Monsieur est plus réticent : il souhaite qu'elle dorme avec eux tant qu'elle pleure, car il ne le supporte pas : « Ça me fait mal au cœur », dit-il. Je lui demande comment il dormait quand il était bébé. Il se ferme : il ne sait pas (style détaché ? expériences traumatiques dans l'enfance ?) Sans insister, je continue avec la maman : elle a dormi avec sa

tante et sa grand-mère maternelle par manque de place jusqu'à l'âge de 7-8 ans, « c'était comme ça, à l'époque en Roumanie » (introspection, aller-retour entre le monde de l'enfant et celui de l'adulte). Puis ils poursuivent : actuellement, « Lilou bouge, ça commence à nous déranger. » Nous échangeons autour du monde du sommeil, de l'influence de son propre vécu de sommeil sur la façon dont on perçoit celui de son enfant et du rôle de chaque parent dans la triade parents-enfant. Monsieur se détend progressivement au fil de l'entretien, tout en restant réservé. Il se décrit comme un « papa rond » qui console, et Madame se perçoit comme une « maman carrée » qui essaie de poser un cadre. Je valorise les rôles parentaux en abordant la notion d'équipe parentale et de cellule familiale avec guidance relationnelle (schéma 33) et travail sur la motivation : ils ont à cœur que Lilou dorme bien (*caregiving*), ils sont fatigués (balance *SA/caregiving*), d'où l'importance de pouvoir se soutenir et d'être soutenus pour pouvoir affronter le challenge du changement à venir, et persévérer. Pendant ce temps, Lilou passe de l'un à l'autre dans les bras, puis sur les genoux, et elle commence à se déplacer dans le bureau à la découverte des jouets, ce qui me permet d'illustrer le cercle de sécurité (*Circle of Security International* (2020), voir chapitre 4, « Le cercle de sécurité » p. 78 et schéma 8 p. 79) en abordant le lien d'attachement et les besoins d'attachement. Nous pouvons reprendre que la nuit, Lilou se tourne de préférence en cas de besoin vers sa mère, car elle est sa FA principale « numéro 1 » et qu'elle sollicite son père, sa FA principale « numéro 2 », quand sa mère n'est pas là. Pour autant, Lilou aime ses deux parents. Dans un moment calme, je joue avec Lilou et le poupon : après lui avoir donné son biberon, nous l'installons dans son lit pour « bien dormir », puis je commente : les parents peuvent être très fiers du poupon qui dort si bien ! Ils sont tous trois très intéressés (attention conjointe, mentalisation) et nous jouons tous à bien dormir, Monsieur un peu à l'écart, mais attiré (sensibilisation au monde de l'enfant). Ensuite, je reviens vers eux. Nous nous aidons de l'agenda du sommeil qu'ils ont bien rempli pour évaluer le sommeil de l'enfant puis nous coconstruisons le programme de réhabilitation du sommeil (PRS, cf. ci-dessous) en insistant sur les rythmes de la journée, l'investissement de la chambre dans la journée, les rituels du soir, comment aborder ses pleurs et sa demande de tétée ou de biberon la nuit. Les parents le valident (partenariat). Je leur conseille de prendre leur temps avant de le mettre en place, mais, une fois décidés, ils doivent aller à son terme. Nous convenons de nous voir chaque mois pendant cette période de changement. Monsieur dit qu'il ne pourra pas se libérer, il reste le bienvenu et je le recrute officiellement pour aider la famille (équipe parentale, valorisation de son rôle paternel, dynamique familiale).

➤ Programme de sommeil de Lilou, 10 mois, établi entre le médecin, Lilou, et ses parents

Phase de préparation

1. Préparer Lilou au changement concernant son sommeil en le lui expliquant ensemble, avec papa et maman, lors d'un moment tranquille en famille.
2. Renforcer le rythme des journées (horloge biologique).
3. Passer des journées actives avec des promenades et des expositions à la lumière.
4. Horaires réguliers de vie : de repas, de siestes et surtout de coucher.
5. **Le lit n'est jamais une punition.**

Phase de thérapie

- ➔ Papa et maman sont d'accord sur ce projet éducatif.
- ➔ Établir avec le papa un programme de sommeil auquel vous vous tenez avec l'objectif de permettre à Lilou de dormir seule dans son lit, dans sa chambre.
- ➔ Lilou ne va plus dormir avec ses parents.
- ➔ Expliquer à Lilou ce qui va se passer en en faisant un moment officiel et positif : vous êtes les parents de Lilou et vous êtes légitimes et compétents pour l'aider à apprendre à dormir toute seule.
- ➔ Commencer le programme dans un moment calme et agréable pour la famille.
- ➔ Journées positives et actives.
- ➔ Accentuer les routines du soir : allonger le moment calme et surtout les bons moments avec Lilou.
- ➔ Investir la chambre de Lilou pendant la journée : Lilou apprend à jouer dans sa jolie chambre préparée par ses parents.
- ➔ Lilou grandit, mais elle a encore peur de la nuit, il y a peut-être des bêtes, des monstres, des bruits dans la nuit, alors, il faut la rassurer en accentuant les rituels de coucher : en plus du rituel habituel, imaginer en famille ce qui peut rassurer Lilou dans sa chambre (« chasser les monstres qui font peur ») ; aller dans sa chambre, l'aider à la trouver agréable et sans danger ; vous êtes ses parents, vous êtes grands et forts, vous pouvez la protéger des peurs de la nuit.
- ➔ Instaurer un rythme du soir : coucher Lilou à son heure habituelle.
- ➔ *Dans un premier temps*, Lilou est encore dans votre lit, et si Lilou pleure, vous répondez à ses pleurs en la rassurant (câlins réconfortants à volonté) et lui expliquant que bientôt elle va aller dans son lit à côté de vous, parce que vous avez confiance en elle et que vous êtes là pour la rassurer.
- ➔ *Dans un deuxième temps*, vous mettez le lit dans votre chambre, vous lui expliquez joyeusement qu'elle commence la grande aventure et vous la posez dans le lit en instaurant un rituel du soir rassurant, si possible les deux parents, ou en alternance : c'est une aventure familiale, on est sur le même bateau et on y croit !
- ➔ Vous allez la voir si besoin et vous l'endormez dans les bras (besoin de proximité et de réconfort) vous lui parlez doucement, vous la rassurez pendant quelques instants, et progressivement, en lui expliquant, puis vous partez en la prévenant, puis vous retardez de plus en plus le moment où vous allez la voir en début de soirée, si cela est possible.



- Favoriser les doudous, un vêtement avec l'odeur des parents, plutôt que la tétée ou le biberon, car à son âge, elle n'a plus besoin de cela.
- Lilou a besoin d'explorer un sentiment de sécurité la nuit, sentiment que vous pouvez lui transmettre en étant vous-même rassurés sur ses capacités à bien dormir seule. Surtout, allez à votre rythme, comme vous le sentez.
- *Dans un troisième temps*, vous mettez le lit dans sa chambre : c'est un moment joyeux et important que vous fêtez avec Lilou.
- Vous prenez bien soin de bien d'inspecter la chambre avant qu'elle se couche pour chasser le vilain monstre qui lui fait peur, vous accentuez le rituel du soir et les provisions de câlins et vous allez la voir quand elle pleure en la cajolant, vous pouvez la prendre dans les bras, en lui expliquant que bientôt, elle n'ira plus dans les bras, etc.
- Si vous ressentez qu'elle a mal, vous la consolez en lui parlant doucement, en la prenant dans vos bras si besoin et vous lui donnez un antidouleur bien sûr.
- Il s'agit d'étapes à franchir avec Lilou, au rythme qui vous convient à vous trois, quelque chose que vous faites ensemble, papa compris !
- En cas de besoin, privilégier progressivement la présence, et de plus en plus des câlins à travers le lit, et surtout la parole et la rassurance.
- *Cela peut durer quelques nuits* : tenir l'objectif, vous en êtes tous capables.
- Pas de boisson la nuit si possible, en l'expliquant à Lilou et en le remplaçant par les doudous, un vêtement des parents (odeur rassurante).
- Féliciter Lilou des progrès réalisés et la récompenser.
- Remplir l'agenda de sommeil pour noter l'évolution.

Phase de consolidation à maintenir plusieurs semaines

Downloaded by 3.8.18.9.19

● Troisième séance

Madame vient avec Lilou, bien enrhumée, mais très active et souriante : « Tout le monde a été malade le jour de son anniversaire » (Lilou a un an). « Cette semaine, elle a enchaîné conjonctivite, otite, rhinopharyngite, et on n'a pas trop avancé. Les week-ends ont été chargés, nous étions trop occupés », dit-elle. Je valide la charge parentale (garder le lien, coconstruire le partenariat). Madame est plus ouverte, plus détendue, plus animée, elle interagit de façon plus adaptée et chaleureuse avec sa fille. Elle dit que son mari a souffert dans son enfance et qu'il ne supporte pas que Lilou pleure. Elle-même a besoin que sa fille ait besoin d'elle (inversion des rôles), alors, ce n'est pas facile de tout changer (challenge d'exploration). Je la rassure et l'encourage à aller à leur rythme (gentil défi), en tenant compte de ce qu'ils ressentent et du contenu du programme de réhabilitation du sommeil. Je souligne les compétences de Lilou et leurs compétences parentales. Elle ajoute qu'ils ont essayé de la familiariser avec sa chambre, mais qu'« elle ne supporte pas d'être toute seule dans une pièce, elle veut les bras ».

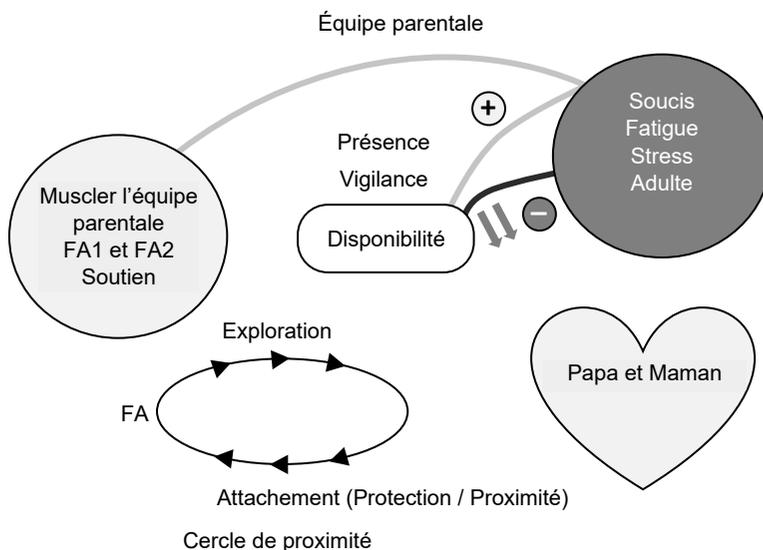


Schéma 33 : L'équipe parentale

Nous revenons sur le cercle de sécurité (*Circle of security International* (2020), voir chapitre 4, « Le cercle de sécurité » p. 78) et sur ce qu'est le monde d'un enfant d'un an (aide à la mentalisation) : Lilou est trop jeune pour rester seule dans une pièce, peut-être que Madame pourrait jouer avec elle dans sa chambre ? Je pointe le comportement d'attachement de Lilou « ici et maintenant » : au début de l'entretien, elle était bien confortable sur les genoux de sa mère, elle tétait son doudou (proximité, apaisement physique et émotionnel), puis elle a communiqué joyeusement avec moi sur les genoux de sa mère. Plus tard, elle a investi la pièce et elle a découvert des jouets, elle nous a sollicitées pour jouer avec elle. À chaque contrariété ou quand elle est fatiguée, elle se rapproche de sa mère et elle demande un câlin. À partir de ces observations, je souligne que ses FA principales et irremplaçables sont ses parents, ce qui rassure Madame, sensible à ce discours (ouverture au changement). Nous convenons donc de continuer le programme de réhabilitation du sommeil à leur rythme, en mettant l'accent sur le déroulement de la journée, les rythmes, la routine du soir, tout en nous appuyant sur le cercle de sécurité pour bien repérer les besoins de Lilou et améliorer la sensibilité parentale (*Circle of security International* (2020), voir chapitre 4, « Le cercle de sécurité ») ainsi que sur l'agenda de sommeil comme outil d'évaluation. Un calendrier comportemental à fabriquer ensemble, avec

des récompenses, serait intéressant pour aider Lilou à grandir à son rythme (susciter la coopération, pointer les bonnes nuits, les progrès de Lilou, les bons moments). J'encourage les parents à continuer à s'informer sur le sommeil en donnant quelques conseils de livres (psychoéducation). Nous convenons d'un prochain rendez-vous un mois après.

► Phase de travail : deux séances

● Quatrième séance

Madame apparaît détendue avec Lilou (alliance thérapeutique installée, thérapeute comme base de sécurité). Je demande des nouvelles : depuis que sa fille a été malade la semaine dernière, elle est fatiguée et elle « n'en fait qu'à sa tête ». Elle me rapporte les derniers échanges avec la psychiatre de l'UPB : elles ont évoqué comment poser les limites pour que l'enfant obéisse, et elle n'était pas d'accord avec ses propositions. Madame ajoute que poser des limites n'est pas facile quand le père et la mère ne sont pas d'accord. Elle dit qu'elle essaie de mettre un cadre, elle n'y arrive pas, Lilou n'obéit pas malgré ses efforts (sentiment d'impuissance). Elle ajoute que son mari ne l'aide pas, il n'aime pas que Lilou soit contrariée (priorisation de ses besoins d'attachement au détriment de ceux de sa fille). Nous faisons le lien avec les hiérarchies familiales (voir chapitre 4 « Les hiérarchies familiales adaptées à l'attachement » p. 78) déjà abordées lors d'une consultation précédente (communication ouverte, aide à la mentalisation, recherche d'alternatives, maintien de la continuité de la prise en charge), la négociation (partenariat corrigé quant au but), sur ce que signifie pour elle mettre des limites à sa fille. Madame explique qu'elle attend de Lilou qu'elle suive ses consignes, sans tenir compte de l'âge de sa fille (biais de perception et d'interprétation). Dans une dynamique psychoéducative, nous échangeons autour de ce qu'est une enfant de treize mois (mentalisation) et comment poser un cadre ferme et sensible, en tenant compte des besoins d'attachement de l'enfant et en développant le partenariat corrigé quant au but. Madame se questionne sur les pleurs de Lilou que les deux parents ne supportent pas, et elle revient sur son enfance (introspection positive et constructive) : elle a dormi avec sa tante et sa grand-mère, alors pourquoi cela ne serait pas possible pour Lilou ? Mais en même temps, il y a quelque chose qui gêne les parents (demande ambivalente, peur du changement ? En lien avec leur histoire d'attachement ? Place de Lilou ?). Madame est tiraillée par son envie de faire au mieux pour sa fille, les dissensions parentales (absence de soutien), son vécu d'impuissance face à la situation (abdication du *caregiving*) et son besoin

que sa fille la soutienne (inversion des rôles). Comme le suivi à l'UPB continue sous forme de consultations et de visites à domicile que Madame investit plutôt positivement, je propose de contacter l'équipe de l'UPB et de leur suggérer de venir au moment de la sieste pour repérer « ce qui marche et ce qui ne marche pas » et les aider à trouver des solutions (expérience émotionnelle d'attachement correctrice). Je valide leur besoin d'être compris et soutenus (base de sécurité, havre de sécurité). Je reviens sur une des tâches proposées à la dernière séance : les parents n'ont pas rempli le calendrier comportemental « car Lilou a été malade plusieurs fois ». Je suppose que cet outil n'est peut-être pas adapté pour l'instant (modulation de la distance relationnelle, position basse) et je conseille que Monsieur fabrique avec Lilou un semainier qu'ils pourront illustrer avec des images pour l'aider à se repérer dans le temps et prendre conscience des rythmes de la journée (ajustement des objectifs thérapeutiques, pas de commentaires négatifs sur ce qui n'est pas fait). Nous regardons ensemble l'agenda de sommeil : elle a pu dormir deux fois dans son lit une grande partie de la nuit, je les félicite chaleureusement (focus sur le positif). Nous revenons sur le cercle de sécurité (*Circle of Security International* (2020), voir chapitre 4, « Le cercle de sécurité » p. 78) et les capacités de Lilou à explorer lorsqu'elle est tranquille. Elle commence à investir sa chambre et y jouer. Les parents ont installé un matelas dans la chambre parentale pour qu'elle puisse y dormir. Je valide ces belles initiatives (renforcement positif dans une dynamique de guidance parentale et d'aide à la mentalisation). Pendant ce temps, Lilou a bien investi l'espace de la consultation : elle aime qu'on parle de son dodo et qu'on joue à « bien dormir dans son lit en chantant ». Nous revenons sur le PRS et sur les objectifs à tenir avec plusieurs propositions : renforcer l'équipe parentale (parler ouvertement de leurs désaccords et négocier un compromis, hors présence de Lilou – séparer l'espace de l'enfant et l'espace des adultes –, passer de bons moments ensemble, partager leurs soucis avec la famille et/ou les amis si besoin – réseau de proximité –, continuité avec l'équipe de soins, même si Madame n'est pas toujours d'accord (lien maintenu malgré les désaccords = expérience émotionnelle d'attachement correctrice, chaîne de continuité), continuer de permettre à Lilou d'investir sa chambre pendant la journée et d'y faire ses siestes, maintenir le matelas dans la chambre des parents pour le moment, et mettre en place un calendrier comportemental avec récompenses afin de valoriser ces progrès d'autonomisation (efforts pour dormir dans sa chambre, progrès dans l'habillage, la tenue des couverts, les petites missions données par les parents, etc.).

● Cinquième séance

Il s'agit d'une séance de travail intense, autour de la base de sécurité, du havre de sécurité, de l'exploration et de l'augmentation de la sensibilité parentale (*caregiving*). Madame et Lilou, qui a maintenant 14 mois, se présentent de la même façon qu'à la consultation précédente. L'atmosphère relationnelle est confortable (alliance thérapeutique installée et sécurisée). Lilou est d'abord assise sur les genoux de sa mère et très rapidement, elle explore la pièce, les jouets, et elle vient jouer avec nous de façon interactive et joyeuse, ce que je souligne (désactivation du SA, « ici et maintenant »). Madame peut initier des jeux avec sa fille et les enrichir avec son imagination (réflexivité et *caregiving* plus ajusté). Elle est très satisfaite de la prise en charge de l'UPB, elle va mieux (syndrome dépressif en rémission, amélioration thymique), elle n'exprime ni crainte ni désaccord (base et havre de sécurité, alliance thérapeutique plus solide avec les soignants). Et Lilou dort dans sa chambre ! Je les félicite et elles en sont très fières (renforcement positif, plaisir partagé). Madame m'explique les changements de ces dernières semaines : les parents avaient d'abord installé le matelas de Lilou par terre dans leur chambre, puis ils l'ont éloigné progressivement vers sa chambre, nuit après nuit, ce que Madame a matérialisé sur l'agenda, qui objective les progrès accomplis :

- ➔ Le matelas a traversé le couloir de la chambre des parents à la chambre de Lilou en quelques nuits.
- ➔ Lilou dort maintenant sur le matelas par terre dans sa chambre, à côté de son propre lit, sa mère et/ou son père reste(nt) près d'elle environ un quart d'heure (câlins, chansons, Monsieur « aurait tendance à jouer et à exciter Lilou », dit Madame en souriant).
- ➔ Plus de biberon ni de tétées la nuit
- ➔ Encore quelques moments dans le lit des parents, pour des câlins, ce n'est plus systématique.
- ➔ Nuits et siestes correctes.

Lilou a été récompensée, elle a eu une piscine à balles (renforcement du comportement positif). Nous évoquons à nouveau l'intérêt d'un calendrier pour noter les bonnes nuits et pourquoi pas, les bonnes journées. Puis nous jouons à nouveau toutes les trois à bien dormir dans son lit. Madame participe volontiers et de façon très ajustée, nous avons maintenant l'habitude de partager de bons moments ensemble (petit rituel familial d'interactions positives, cercle de gratitude). Madame peut se concentrer sur la séance et veiller sur sa fille de façon plus adaptée, ce qui témoigne d'une sensibilité parentale plus fine et

d'un *caregiving* plus harmonieux. Madame est un peu inquiète, ils vont partir en Roumanie pour des petites vacances, ils vont dormir dans la même chambre et elle appréhende les conséquences sur le sommeil de sa fille au retour. Je conseille de bien expliquer à Lilou qu'en vacances, on dort ensemble et qu'à la maison, on dort chacun dans sa chambre. Lilou est très attentive à nos échanges et n'en perd pas une miette. Nous expérimentons comment dormir ensemble à la maison et dormir en voyage en jouant dans une ambiance joyeuse : ce n'est pas pareil et c'est rigolo... (expérimentation avec le thérapeute comme base de sécurité, expérience émotionnelle correctrice, possibilité de généralisation en dehors de la séance). J'en profite pour valider le plaisir qu'ils vont avoir à revoir leur famille, combien c'est positif pour chacun, ce qui est agréable. Nous discutons d'un « plan de crise » en cas de problème au retour : les parents peuvent recommencer le processus d'éloignement du matelas de Lilou, qui a prouvé son efficacité, et remplir un agenda du sommeil pour visualiser les étapes (aide à la résolution de problèmes, sentiment de pouvoir agir sur le problème).

Nous fixons la prochaine étape du PRS :

- ➔ Lilou dort dans sa chambre dans son lit.
- ➔ Calendrier comportemental pour valoriser les acquis et les nouvelles réussites.
- ➔ Continuer la prise en charge à l'UPB pour aider Madame à se sentir mieux.

Et j'annonce à Lilou que lorsqu'elle dormira bien dans sa chambre, elle aura droit à son diplôme de « bonne dormeuse » (récompense, préparation de la fin de prise en charge), elle est très attentive à ce que je dis !

► Phase de fin de prise en charge : deux séances

● Sixième séance (amorce de fin de prise en charge)

Madame vient avec sa fille qui s'endormait dans ses bras. Lilou se réveille tranquillement puis elle se déplace très vite dans le bureau : elle commence à jouer avec le poupon, elle gribouille, puis elle revient au poupon et utilise le lit, la dinette, elle adore nous faire à manger et nous voir nous régaler. Elle échange volontiers avec sa mère, souriante et disponible, puis avec moi.

Je prends des nouvelles du voyage en Roumanie et du retour : tout s'est bien passé, Lilou dort dans sa chambre, mais elle a du mal à s'endormir seule dans son lit. Elle fait des cauchemars, et quand elle pleure trop, sa mère va la chercher et la prend dans leur lit. En ce moment, elle a du mal à se calmer, ce que Madame relie à leur grande tristesse liée à la perte de la tante paternelle (mentalisation) :

« On avait besoin de câlins nous aussi, Lilou n'a pas voulu rester dans son lit et elle a beaucoup pleuré cette nuit-là. » Je présente mes condoléances et je m'enquiers de qui les aide en cette période douloureuse (situation de deuil, activation SA et compétition avec le *caregiving*). Madame soutient Monsieur, ils appellent leurs amis et leur famille en Roumanie. Lilou est bien au courant, même si elle connaissait peu sa grand-tante.

Nous revenons sur son sommeil : Madame dit qu'elle s'endort maintenant dans son lit. Elle peut retourner occasionnellement dans le lit de ces parents. Je valide les progrès accomplis par l'enfant et ses parents, tout en reprenant le cercle de sécurité (*Circle of Security International* (2020), voir chapitre 4, « Le cercle de sécurité » p. 78) : en cas d'alarme, Lilou a toujours besoin de la proximité et de la protection de ses parents. Madame et Monsieur savent lui proposer un cadre sécurisant pour qu'elle puisse réguler ses émotions et retourner dans son lit, malgré le deuil en cours. Je confirme combien l'aide des proches est importante dans cette période (équipe parentale, chaîne de sécurité).

Nous poursuivons en coconstruisant la suite du PRS : accent sur les rythmes de la journée, les routines, le rituel de coucher, la confiance dans les capacités de leur fille à dormir seule et dans leurs capacités à l'aider. Nous pouvons maintenant fixer l'objectif que Lilou s'endorme seule dans son lit, la maman assure que le papa est d'accord pour cela. Je les encourage à continuer dans cette direction et, pour Lilou, à bien grandir, c'est tellement intéressant ! Nous envisageons la fin de la prise en charge, car, je n'en doute pas, Lilou va bien dormir dans son lit (confiance, espoir raisonnable).

Downloaded by 3.8.18.9.19

Programme de sommeil de Lilou, 16 mois (établi entre le médecin, Lilou et ses parents)

- Lilou a fait des progrès, bravo !
- L'objectif est maintenant qu'elle s'endorme seule dans sa chambre et dans son lit. Elle ne dort plus dans le lit des parents, sauf exception.
- Préparer Lilou à cela en le lui expliquant ensemble, avec papa et maman, lors d'un moment tranquille en famille.
- Renforcer le rythme des journées (horloge biologique).
- Passer des journées actives avec des promenades et des expositions à la lumière.
- Horaires réguliers de vie : repas, siestes et surtout de coucher.
- Accentuer les routines du soir : allonger le moment calme et surtout les bons moments avec Lilou.
- Importance des rythmes et des routines qui l'aident à réguler ses horaires et à dormir plus facilement.
- Des exceptions sont possibles, bien sûr.





- Lilou joue maintenant dans sa jolie chambre préparée par ses parents.
- Lilou grandit, mais elle a encore peur de la nuit, il y a peut-être des bêtes, des monstres, des bruits dans la nuit, alors, il faut la rassurer et accentuer les rituels de coucher : en plus du rituel habituel, imaginer en famille ce qui peut rassurer Lilou dans sa chambre (« chasser les monstres qui font peur »), aller dans sa chambre, l'aider à la trouver agréable et sans danger : vous êtes ses parents, vous êtes grands et forts, vous pouvez la protéger des peurs de la nuit.
- Décorer son lit avec Lilou de façon attrayante : lit de princesse par exemple (Lilou aime les jolies princesses).
- Instaurer un rythme du soir : coucher Lilou à son heure habituelle.
- Vous prenez bien soin de bien inspecter la chambre avant qu'elle se couche pour chasser ce qui lui fait peur.
- Vous lui expliquez que vous allez rester à côté d'elle pour qu'elle s'endorme et puis vous la laisserez dormir seule comme une grande. Vous la rassurez, vous êtes là près d'elle. Vous allez la voir quand elle pleure en la rassurant par des paroles et des câlins, vous pouvez la prendre dans les bras en évitant si possible de l'emmener dans votre lit.
- Continuer le calendrier et encourager Lilou dans ses progrès.
- Remplir l'agenda de sommeil pour noter l'évolution.

En route vers un bon sommeil !

● Septième séance (fin de prise en charge) :

Lilou et sa mère entrent dans le bureau à grands pas, prêtes pour cette nouvelle séance. Madame me donne des nouvelles : Lilou s'endort seule dans son lit ! Je les complimente, quelle réussite ! Et je dessine sur une feuille un « bravo Lilou » qu'elle emportera en fin d'entretien. Madame continue : ils ont reçu pendant quelques jours la visite de l'oncle maternel : ils étaient heureux de se retrouver, mais il jouait le soir tard avec Lilou et cela retardait son heure de coucher. Nous revenons sur l'hygiène de vie (répétition des consignes qui ne sont pas faciles à tenir, encouragement à la persévérance), qui n'empêche pas les exceptions comme pendant les vacances, les visites de la famille, les sorties. Pendant ce temps, Lilou dessine, joue à nous téléphoner... Elle sollicite sa mère qui répond en jouant (disponibilité psychique et physique, *caregiving* ajusté). Toutes les trois, nous couchons les parents dans un lit. Lilou veut les coucher dans le lit du bébé, je lui explique que les parents dorment dans leur lit, c'est comme ça dans toutes les familles. Elle accepte assez facilement et continue les rituels de coucher. Le jeu se déroule, fluide et plaisant. Quand tout le monde est couché et bien endormi, nous félicitons Lilou pour cette réussite et nous lui annonçons une belle nuit à venir (partenariat, augmentation du sentiment de compétence de l'enfant et de ses parents, *modeling*). Nous officialisons la fin de la prise en

charge : sa maman, en tant que spécialiste de son sommeil, et moi-même, en tant que spécialiste du sommeil, nous lui remettons officiellement le diplôme de la « Bonne Dormeuse » (cf. ci-dessous) et une pièce en chocolat (qu'elle mange avec l'autorisation de Madame). En conclusion, avec l'accord de Madame, j'écrirai un courrier résumant le chemin parcouru aux médecins traitants. Je rappelle que je reste disponible si besoin (continuité des soins). Elles partent posément, Lilou tenant fièrement son dessin et son diplôme à la main.



Downloaded by 3.8.18.9.19

Diplôme de la Bonne Dormeuse : sur papier cartonné, avec des illustrations...

► Phase de maintien : une rencontre

Deux ans après, je les croise par hasard dans un magasin. C'est Madame qui m'appelle, très contente de me voir (moi aussi !). Elle est enceinte et Lilou a bien grandi. Elle est maintenant en maternelle, elle se débrouille à merveille, elle dort bien et dans sa chambre. Mère et fille ont une relation chaleureuse et constructive. Lilou est très fière d'avoir bientôt un petit frère ou une petite sœur. Quelques mois plus tard, je reçois le faire-part de naissance, ce qui me touche beaucoup : la boucle est bouclée, Lilou et sa famille continuent leur chemin et moi le mien, la fin de prise en charge et le maintien du lien sont actés très positivement.



Pour conclure ce chapitre

Dans cette partie, nous vous avons présenté plusieurs prises en charge, à des temps différents de notre processus et nous remercions encore les familles qui nous ont permis de grandir avec elles.

Tout au long des consultations, le cheminement reste le même. Quand les familles arrivent, les tensions relationnelles entre l'enfant et ses parents sont en général très vives et envahissantes. Nous cherchons peu à peu à ce que l'atmosphère relationnelle se détende et que la famille puisse échanger de façon plus harmonieuse. Au cours des séances, les parents peuvent aborder leurs expériences d'attachement d'enfant et d'adulte et prendre conscience du fonctionnement de leur fils ou leur fille et de ses besoins d'attachement ; cela permet à l'enfant d'apprendre à mieux gérer ses émotions négatives. Ces modifications entraînent une boucle relationnelle interactive plus positive. Pour cela, nous pouvons nous appuyer sur un travail d'aide à la mentalisation, dans une dynamique psychoéducative très participative. La supervision nous permet d'élargir nos perspectives d'action et de rester positifs et créatifs.

Nous avons souhaité vous transmettre notre cheminement, nos techniques et nos outils en espérant que vous aurez envie, à votre tour de vous lancer des défis constructifs dans votre pratique, et de vous questionner en équipe.

Conclusion

LA THÉORIE DE L'ATTACHEMENT, centrale dans le développement de l'enfant et très pertinente dans l'approche de l'adulte, est relativement nouvelle en France. Dans la première partie de cet ouvrage, nous avons développé les aspects les plus significatifs de la théorie : les liens d'attachement, centrés sur le besoin de protection et de proximité du tout-petit en cas d'alarme, interviennent dans le développement physiologique, neurobiologique et psychologique de l'enfant puis continuent d'évoluer tout au long de la vie de l'adulte. Ils permettent la mise en place de stratégies comportementales et représentationnelles de l'attachement et influencent le vécu de la relation d'aide, la gestion du stress, la régulation émotionnelle, la mentalisation, la santé physique et mentale. Ils ont un impact sur la socialisation, la vie maritale et parentale, la vieillesse. Ces liens, ancrés avec nos « figures d'attachement » dans notre petite enfance, s'inscrivent dans notre fonctionnement et notre personnalité, tout en évoluant au fil des relations nouées et dénouées, et des aléas de la vie.

Nous avons ensuite exposé comment la théorie de l'attachement pouvait être adaptée aux techniques thérapeutiques en présentant ses points spécifiques : le thérapeute comme « figure d'attachement » auxiliaire (base de sécurité qui favorise l'exploration, et havre de sécurité qui offre du réconfort) et la relation thérapeutique comme levier du changement. Les réaménagements sont amenés à travers les différentes phases de la thérapie grâce à l'expérience relationnelle correctrice vécue avec le thérapeute, la distance émotionnelle comme régulateur interrelationnel et la mentalisation comme vecteur de prise de

conscience et d'harmonisation interpersonnelle. Plusieurs items sont communs aux interventions attachementnistes :

- d'une part : focus sur la qualité du lien d'attachement et des interactions, sur les besoins émotionnels et le niveau de stress, sur le poids de la réalité avec l'observation éthologique de ce qui se passe pendant la thérapie,
- d'autre part : attention particulière à la dynamique de la relation d'aide (modèles internes opérants), au partenariat et à l'alliance thérapeutique.

Nous avons décrit différents modèles proposés par d'autres équipes, sans être exhaustifs, mais en dégagant leurs points forts, notamment leur durée brève et leurs techniques spécifiques : la Thérapie Basée sur la Mentalisation (TBM) et le travail sur les processus de mentalisation, la Thérapie Inter-Personnelle (TIP) et le travail sur le cercle de proximité, le CAVEAT et la guidance vidéo interactive, la CAPEDP et le soutien du *caregiving* de mamans isolées, etc.

Enfin, nous avons présenté notre dispositif, la Co-Consultation Attachement Parents-Enfant (CCAPE), qui permet de travailler le lien spécifique entre un enfant et ses parents. Nous l'avons créé à la frontière entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte, en nous appuyant sur la théorie de l'attachement, son corpus scientifique robuste, ses applications cliniques modélisées et son aspect intégratif. La collaboration entre différentes équipes et pratiques est particulièrement bénéfique dans les prises en charge complexes, mais aussi dans des situations familiales à problèmes multiples, et facilite l'adhésion aux soins.

Au début, nous avons presque tout à créer : la structure, la dynamique et la progression des consultations centrées sur le lien d'attachement, les outils. Au fur et à mesure, nous avons affiné notre guidance avec les familles et nos interventions sont devenues plus précises et plus modulées. Nous avons repéré nos moments de sidération, de rejet, voire d'échec en pouvant compter sur l'observateur pour nous aider à en sortir pendant la consultation, et en sachant que nous pourrions les évoquer lors des supervisions. Nous appliquons les enseignements de la théorie de l'attachement à l'ensemble de notre pratique : accueil chaleureux et prise en charge bienveillante des familles, organisation et fonctionnement de l'équipe avec le principe de la « base de sécurité » et de la « chaîne de sécurité » (avec la supervision comme pivot). Au cours de cette aventure CCAPE, nous avons acquis une pratique ouverte à d'autres théories, qui élargissent nos perspectives de soins (notamment la TBM, la TIP et l'éducation thérapeutique), entretiennent notre motivation et notre mentalisation ; notre pratique est nourrie par une collaboration d'équipe où confiance, partage, créativité, humilité et humour sont importants. La CCAPE a fermé, mais son esprit perdure !

Nous avons exporté notre pratique attachementiste de la CCAPE dans nos différents espaces de consultation. Nous continuons à utiliser la même façon d'accueillir les familles et de mener une thérapie (avec des jeux de rôle, le *paperboard* et les supports visuels, les plans d'action), les outils adaptés d'autres courants théoriques (notamment systémiques, comportementaux et émotionnels, approche corporelle) et nos propres supports (*guidelines*, cartes « Les Frimousses » (Wallon et Genet, 2022), cartes sur les styles parentaux, « boîte à désorganisation », « boîte sensorielle », etc.) et cela s'avère pertinent et très efficace. En ayant comme focus la relation parents-enfant et l'articulation entre le monde des adultes et celui des enfants, nous aidons les parents à mieux comprendre et à soutenir le développement psychoaffectif de leur enfant, et nous aidons les enfants à se sentir reconnus dans leurs besoins d'attachement et à améliorer leurs relations avec leurs parents. Proposer un espace de soin axé sur la relation d'attachement est un véritable levier thérapeutique face aux difficultés rencontrées par des parents avec leur enfant, et pour une reprise d'un développement de l'enfant plus harmonieux.

In fine, nous continuons notre voyage attachementiste et souhaitons contribuer à faire connaître cette théorie et ses applications pratiques. Dans cette optique, nous avons raconté quelques prises en charge afin que le lecteur puisse mieux percevoir sa spécificité et son intérêt, en espérant que chacun puisse s'en saisir selon sa clinique et sa formation initiale. Nous vous souhaitons bonne route sur le chemin du soin... et du lien d'attachement !

Bibliographie

CHAPITRE 1

- AINSWORTH, M. D. S. (1967). *Infancy in Uganda : Infant Care and the Growth of Love*. Baltimore, The Johns Hopkins Press.
- AINSWORTH, M. D. S. (1969). Object relations, dependency and attachment : a theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40, 969-1025.
- AINSWORTH, M. D. S., & BELL, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation : Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41, 49-67.
- AINSWORTH, M. D. S. et al. (1978). *Patterns of Attachment, A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum, réédition 2015, New York, Routledge.
- AINSWORTH, M. D. S. (1991). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. In PARKES, C. M., STEVENSON-HINDE, J. & MARRIS, P. (éd.), *Attachment across the life cycle*, (p. 33-51). London, Routledge.
- ATGER, F. et al. (2021). Prise en charge attachement informée en santé mentale de l'adulte. In GUÉDENEY, N., GUÉDENEY, A. ET TERENO, S. (dir.), *L'attachement : approche clinique et thérapeutique*, tome 2, 5^e éd. (p. 241-258). Paris, Elsevier Masson, coll. « Les âges de la vie ».
- ATGER, F. et LAMAS, C. (2021). Attachement et adolescence. In GUÉDENEY, N., GUÉDENEY, A. ET TERENO, S. (dir.), *L'attachement : approche théorique et évaluation*, tome 1, 4^e éd., (p. 169-178). Paris, Elsevier Masson, coll. « Les âges de la vie ».
- ATTALE, C. et CONSOLI, S. M. (2005). Intérêt du concept d'attachement en médecine somatique. *La Presse Médicale*, 3(4), 42-48.
- BARTHOLOMEW, K. et HOROWITZ, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.

- BARTHOLOMEW, K. (1997). Adult attachment processes: individual and couple perspectives. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 249-263.
- BEKHECHI, V. *et al.* (2016). Le système des soins parentaux pour les jeunes enfants, le *care-giving*. In GUÉDENEY, N. ET GUÉDENEY, A. (dir.), *L'attachement, approche théorique*, tome 1, 4^e éd., (p. 17-29). Paris, Elsevier Masson, coll. « Les âges de la vie ».
- BIFULCO A. et THOMAS G. (2013). *Understanding Adult Attachment in Family Relationships. Research, Assessment and Interventions*. New York, Routledge.
- BRISCH, K. H. (2007). Sleep and attachment disorders in children. In S. R. PANDI-PERUMAL *et al.* (éd.), *Sleep and psychosomatic Medicine* (p. 219-229). Oxon, UK, Informa Healthcare.
- BRITO DA SILVA DIAS, P. *et al.* (2021). L'attachement et la psychiatrie de l'enfant. In GUÉDENEY, N., GUÉDENEY, A. ET TERENO, S. (dir.), *L'attachement : approche clinique et thérapeutique*, tome 2, 5^e éd. (p. 134-135). Paris, Elsevier Masson, coll. « Les âges de la vie ».
- BOWLBY, J. (1951). *Maternal care and mental health*. Geneva, World Health Organization; London: Her Majesty's Stationary Office; New York, Colombian University Press.
- BOWLBY, J. (1969). *Attachement et perte : l'attachement* (t. I). 5^e éd. (2006). Paris, PUF, « Le fil rouge ».
- BOWLBY, J. (1973). *La séparation, angoisse et colère* (t. II). 4^e éd. (2007). Paris, PUF, « Le fil rouge ».
- BOWLBY, J. (1980). *La perte, tristesse et dépression* (t. III). 3^e éd. (2006). Paris, PUF, « Le fil rouge ».
- BOWLBY, J. (1988a). *À Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. Tavistock professional book Hove, England, Routledge.
- BOWLBY, J. (1988b). *A secure base : clinical applications of attachment theory*. Réédition française, (2011) : *Le lien, la psychanalyse et l'art d'être parent*. Paris, Albin Michel.
- CASSIDY, D. J. *et al.* (2005). Revisiting the Two Faces of Child Care Quality: Structure and Process, *Early Education and Development*, 16(4), 505-520.
- CASSIDY, J. (2016). The nature of the child's ties. In CASSIDY, J. AND SHAVER, P. R. (éd.), *Handbook of Attachment, Theory, Research and Clinical Applications* 3^e éd. (p. 3-24). New York-London, Guilford Press.
- CHALLAMEL, M. J. *et al.* (2009). *Le sommeil de l'enfant*. Paris, Masson.
- COAN, J. A. *et al.* (2006). Lending a Hand, Social Regulation of the Neural Response to Threat. *Psychological Science*, 17(12), 1032-1039.
- COAN, J. A. (2008). Toward a Neuroscience of Attachment. In CASSIDY, J. ET SHAVER, P.R (éd.), *Handbook of Attachment Theory, Research, and Clinical Applications* (p. 241-265), 2e éd. New York, Guilford Press.
- CIRCLE OF SECURITY INTERNATIONAL (2020). <https://www.circleofsecurityinternational.com/circle-of-security-model/research/>
- CYRULNIK, B. (1998). *Sous le signe du lien, une histoire naturelle de l'attachement*. Paris, Pluriel.
- CYRULNIK, B. (2003). *Le murmure des fantômes*. Paris, Odile Jacob.
- CYRULNIK, B. (2009). *Mémoire de singe et paroles d'homme*, réédition (1983), Paris, Hachette Littératures.
- DAMASIO, A. R. (2003). *Spinoza avait raison. Joie et tristesse, le cerveau des émotions*. Odile Jacob, Paris.
- DARWIN, C. (1872). *L'expression des émotions chez l'homme et les animaux*, réédition 2001, Paris, Rivages Poche/Petite Bibliothèque.
- DAUVILLIERS, Y. (2019). *Les troubles du sommeil*, 3^e éd. Paris, Elsevier Masson.
- DELAGE, M. (2008). *La résilience familiale*. Paris, Odile Jacob.

- DELAGE, M. (2013). *La vie des émotions et l'attachement dans la famille*. Paris, Odile Jacob.
- DELAGE, M. (2015). Le père et le système d'attachement dans la famille contemporaine. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 54, 13-33.
- EIN-DOR, T. et DORON, G. (2015). Psychopathology and Attachment. In SIMPSON, J. A. ET RHOLES, W. S. (éd.), *Attachment Theory and Research. New Directions and Emerging Themes* (p. 346-373). New York, Guilford Press.
- FRAIBERG, S. (1989). *Fantômes dans la chambre d'enfants*, (réédité en 1999 et 2007), Paris, PUF.
- FONAGY, P. (1991). Thinking about thinking. *International Journal of Psychoanalysis*, 72, 639-656.
- GAUTIER, Y., FORTIN, G. et JELIU, G. (2009). *L'attachement, un départ pour la vie*. Montréal, Collection du CHU de Sainte-Justine pour les parents.
- GAZON, R. (2021). Attachement et psychiatrie de l'adulte. In GUÉDENEY, N., GUÉDENEY, A. ET TERENO, S. (dir.), *L'attachement : approche clinique et thérapeutique*, tome 2, (p. 159-178), 5^e éd. Paris, Elsevier Masson, coll. « Les âges de la vie ».
- GENET, C. et WALLON, E. (2015). *Ça sert à quoi des parents ?* Paris, Éditions Le Pommier, coll. « Les plus Grandes Petites Pommes du savoir ».
- GENET, C. et GUÉDENEY, N. (2021). Attachement et personnalité chez l'adulte : les styles d'attachement et le fonctionnement psychologique. In GUÉDENEY, N., GUÉDENEY, A. ET TERENO, S. (dir.), *L'attachement : approche théorique et évaluation*, tome 1, (p. 221-230), 5^e éd. Paris, Elsevier Masson, coll. « Les âges de la vie ».
- GENET, C. et al. (2016). Psychopathologie de l'adulte et attachement. In GUÉDENEY, N. ET GUÉDENEY, A. (dir.), *L'attachement : ap-proche clinique et thérapeutique*, tome 2, (p. 237-252), 2^e éd. Paris, Elsevier Masson, coll. « Les âges de la vie ».
- GEORGE, C. et SOLOMON, J. (1999). Attachment and caregiving. The Caregiving Behavioural System. In GEORGE, C. ET SHAVER, P. R. (dir.), *Handbook of Attachment, Theory, Research and Clinical Applications* (p. 649-670). New York-London, Guilford Press.
- GOODWIN, I. (2003). The relevance of attachment theory to the philosophy, organization, and practice of adult mental health care. *Clinical Psychology Review*, 23, 35-56.
- GROSSMAN, K. E. et al. (1999). A wider view of attachment and exploration: Stability and change during the years of immaturity. In J. CASSIDY & P. R. SHAVER (éd.), *Handbook of Attachment, Theory, Research, and Clinical Applications* (p. 760-786). Guilford Press.
- GROTBERG, E. (1995). *A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening, the Human Spirit*. The International Resilience Project, Bernard van Leer Foundation, <https://bibalex.org/baifa/attachment/documents/115519.pdf>
- GUÉDENEY, N. et al. (2013). Violences conjugales et attachement des jeunes enfants, une revue de la littérature. *Perspectives Psy*, (52), 222-230.
- GUÉDENEY, N., et LEBLANC, S. (2016). Attachement désorganisé chez l'enfant. In GUÉDENEY, N. ET GUÉDENEY, A. (dir.), *L'attachement : approche théorique*, tome 1, (p. 299-310), 4^e éd. Paris, Elsevier Masson, coll. « Les âges de la vie ».
- GUÉDENEY, N. et TERENO, S. (2016). Attachement chez l'adulte : le phénomène de base de sécurité et les modèles internes opérants. In GUÉDENEY, N. ET GUÉDENEY, A. (dir.), *L'attachement : approche théorique*, tome 1, (p. 169-180), 4^e éd. Paris, Elsevier Masson, coll. « Les âges de la vie ».
- GUÉDENEY, N. (2021). Le système du caregiving dans les relations parents-enfant : approche éthologique et normative. In GUÉDENEY, N.,

- GUÉDENEY, A. ET TERENO, S. (dir.), *L'attachement : approche théorique et évaluation*, tome 2, (p. 31-42), 5^e éd. Paris, Elsevier Masson, coll. « Les âges de la vie ».
- HARLOW, H. F. (1958). The Nature of Love. *American Psychologist*, 13, 673-685.
- HAZAN, C. et SHAVER, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- HERMANN, I. (1943). Zum Triebleben des Primaten. *Imago*, 19, 113.
- HOLMES, J. (2001). *The Search for a Secure Base, Attachment Theory and Psychotherapy*. New York, Routledge.
- HOLMES, J. (2012). Exploring in Security: Towards An Attachment-Informed Psychoanalytic Psychotherapy. *British Journal of Psychotherapy*, 28(1), 143-146.
- HOWE, D. (2011). *Attachment across the life course, a brief introduction*. New York, Palgrave Mac Millan.
- KARPMAN, S. (1968). Fairy tales and script drama analysis. *Transactional Analysis Bulletin*, <https://karpmandramatriangle.com/pdf/DramaTriangle.pdf>
- LEGER, D. et al. (2016). *Retrouver le sommeil, une affaire publique* (chap. 3), Rapport Terra Nova, <https://tnova.fr/economie-social/entreprises-travail-emploi/retrouver-le-sommeil-une-affaire-publique/>.
- LEIPER, R ET CASARES, P. (2000). An Investigation of the Attachment Organisation of Clinical Psychologists and its Relationship to Clinical Practice. *British Journal of Medical Psychology*, 7, 449-464.
- LIOTTI, G. (2004). Trauma, Dissociation, and Disorganized Attachment: Three Strands of a Single Braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, (41), 472-486.
- LIOTTI, G. et GUMLEY, A. (2008). An attachment perspective on schizophrenia: The role of disorganized attachment, dissociation and mentalization. In A. MOSKOWITZ, I. SCHÄFER, M. J. DORAHY (éd.), *Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology* (p. 117-133). Wiley-Blackwell.
- LORENZ, K. (1984). *Les fondements de l'éthologie*. Paris, Flammarion.
- LYONS-RUTH, K., & JACOBVITZ, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In CASSIDY, J. & SHAVER, P.R. (éd.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (p. 520-554). New York, Guilford Press.
- MAIN, M. et al. (1985). Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move to the Level of Representation. Monographs of the Society for Research. *Child Development*, 50(1-2), 66-104.
- MAIN, M., & SOLOMON, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In BRAZELTON, T. B. & YOGMAN, M. W. (éd.), *Affective development in infancy* (p. 95-124). Ablex Publishing.
- MAIN, M. (1990). Cross-culturel studies of attachment organization : recent studies ; changing methodologies and the concept of the conditional strategies. *Human Development*, 33(1), 48-61.
- MAIN, M., & HESSE, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In GREENBERG, M.T, CICCHETTI, D. & CUMMINGS, E.M (éd.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (p. 161-182). The University of Chicago Press.
- MILJKOVITCH, R. (2001). *L'attachement au cours de la vie*. Paris, PUF, « Le fil rouge ».
- MILJKOVITCH, R. (2009). *Les fondations du lien amoureux*. Paris, PUF, « Le lien social ».
- MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ (2020). Rapport de la commission des 1000 premiers jours, sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/>

- MINTZ, A. S. et GUÉDENEY, N. (2021). Attachement entre 0 et 4 ans, concepts généraux et ontogénèse. In GUÉDENEY, N., GUÉDENEY, A. ET TERENO, S. (dir.), *L'attachement : approche théorique et évaluation*, tome 1, (p. 105-116), 5^e éd. Paris, Elsevier Masson, coll. « Les âges de la vie ».
- MINTZ, A. S. et al. (2016). Relations d'attachement chez l'adulte. In GUÉDENEY, N. ET GUÉDENEY, A. (dir.), *L'attachement, approche théorique*, tome 1, (p. 191-199), 4^e éd. Paris, Elsevier Masson, coll. « Les âges de la vie ».
- MOSKOWITZ, A., SCHÄFER, I. et DORAHY, M. J. (2008). *Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology* (p. 117-133). Wiley-Blackwell.
- PIERREHUMBERT, B. (2003). *Le premier lien, théorie de l'attachement*. Paris, Odile Jacob.
- PIONNIÉ, N., & ATGER, F. (2003). Attachement et psychopathologie. *Perspectives Psy*, 42(2), 129-133.
- POSTEL, J. et QUETEL, C. (1983). *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, (p. 499-516). Toulouse, Privat.
- RAJKUMA, R. P. (2014). Childhood attachment and schizophrenia : The « attachment-developmental-cognitive » (ADC) hypothesis. *Medical Hypotheses*, 83, 276-281.
- SCHUDER, M. R., & LYONS-RUTH, K. (2004). « Hidden Trauma » in Infancy: Attachment, Fearful Arousal, and Early Dysfunction of the Stress Response System. In OSOFSKY, J. D. (éd.), *Young children and trauma: Intervention and treatment* (p. 69-104). New York-London, Guilford Press.
- SOLOMON, J. et GEORGE, C. (1996). Defining the caregiving system : Toward a theory of caregiving. *Infant Mental Health Journal*, 17(3), 183-197.
- SPITZ, R. (1957). *De la naissance à la parole : la première année de la vie*, (p. 166). réédition 2002, Paris, PUF.
- STERN, D. (1985). *Le monde interpersonnel du nourrisson*, (3^e éd. 2009). Paris, PUF, « Le fil rouge ».
- TARABULSY, G. (2021). *L'intervention fondée sur la relation parent enfant : les défis de rendre la théorie pratique*. 10^e Journée de perfectionnement post DU, 24 septembre, Paris.
- TERENO, S. (2021). Trauma de l'attachement et processus défensifs. In SMITH, J. (dir.), *Psychothérapie de la dissociation du trauma* (p. 17-26). Malakoff, Dunod.
- TERENO, S., SOARES, I., MARTINS, E., SAMPAIO, D. et CARLSON, E. (2007). La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, 2(19), 151-188.
- TERENO, S. et ATGER, F. (2021). Attachement chez l'adulte : l'Adult Attachment Interview et l'approche développementale. In GUÉDENEY, N., GUÉDENEY, A. ET TERENO, S. (dir.), *L'attachement, approche théorique et évaluation*, tome 1, (p. 179-192), 5^e éd. Paris, Elsevier Masson, coll. « Les âges de la vie ».
- TERENO, S. et GUÉDENEY, N. (2016). Transmission intergénérationnelle de l'attachement. In GUÉDENEY, N. ET GUÉDENEY, A. (dir.), *L'attachement, approche théorique*, tome 1, (p. 57-72), 4^e éd. Paris, Elsevier Masson, coll. « Les âges de la vie ».
- THOMPSON, R. A. (2016). Early attachment and later development: Reframing the questions. In CASSIDY, J. AND SHAVER, P. R. (éd.), *Handbook of Attachment : Theory, Research and Clinical Applications* (p. 330-348). New York-London, Guilford Press.
- TULVING, E. (1985). Memory and consciousness. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 26(1), 1-12.
- VAN IJZENDOORN, M. H. (1995). Adult Attachment Representations, Parental Responsiveness, and Infant Attachment: A Meta-Analysis of the Predictive Validity of The Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117(3), 387-403.
- VERISSIMO, M. et al. (2021). Les modèles internes opérants dans la théorie de

l'attachement : le niveau des représentations. In GUÉDENEY, N., GUÉDENEY, A. ET TERENO, S. (dir.), *L'attachement : approche théorique et évaluation*, tome 1, (p. 57-68), 5^e éd. Paris, Elsevier Masson, coll. « Les âges de la vie ».

WALLIN, D. (2014). We are The Tools Of Our Trade : The Therapist's Attachment History as a Source of Impasse, Inspiration or Change. In DANQUAN, A. N. AND BERRY, K. (éd.), *Attachment Theory in Mental Health. A Guide to Clinical Practice* (p. 225-240). New York, Routledge.

WERNER, E. et SMITH, R. S. (1992). *Overcoming the Odds: High Risk Children from Birth to Adulthood*. New York, Cornell University Press.

WINSPER, C. (2018). Sleep Disorders: Prevalence and Assessment in Childhood. In MATSON, J. L. (éd.), *Handbook of Childhood Psychopathology and Developmental Disabilities Assessment* (p. 331-357). LA, USA, Springer.

CHAPITRE 2

ALLEN, J. G., FONAGY, P. & BATEMAN, A. W. (2008). Mentalizing interventions. In *Mentalizing in clinical practice* (chap. 6, p. 163-209). Washington DC, American Publishing Psychiatric Inc.

ATGER, F. *et al.* (2021). Prise en charge attachement informée en santé mentale de l'adulte. In GUÉDENEY, N., GUÉDENEY, A. ET TERENO, S. (dir.), *L'attachement : approche clinique et thérapeutique*, tome 2, 5^e éd. (p. 241-258), Paris, Elsevier Masson, coll. « Les âges de la vie ».

BERLIN, L. J. *et al.* (2008). Prevention and Intervention Programs for Supporting Early Attachment Security. In CASSIDY, J. ET SHAVER, P. R. (éd.), *Handbook of Attachment, Theory, Research and Clinical Applications* (p. 745-761). New York, Guilford Press.

BOWLBY, J. (1969). *Attachement et perte: l'attachement* (t. I). 5^e éd. (2006), Paris, PUF, « Le fil rouge ».

BOWLBY, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. Some principles of Psychotherapy. *British journal of Psychiatry*, 130, 421-431.

BOWLBY, J. (1988). *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. Tavistock professional book. Hove, England, Routledge.

BROBERG, A. G. (2000). A review of interventions in the parent-child relationship informed by attachment theory. *Acta Paediatrica, Nurturing The Child*, 89(434), 37-42.

CIRCLE OF SECURITY INTERNATIONAL (2020). Research. The Circle of Security Model and Attachment. <https://www.circleofsecurityinternational.com/circle-of-security-model/research/>

DEBBANÉ, M. (2016). *Mentaliser : de la théorie à la pratique clinique*. Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, coll. « Carrefour des Psychothérapies ».

DOZIER, M. (1990). Attachment organisation and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Development and Psychopathology*, 2, 47-60.

DOZIER, M. *et al.* (1994). Clinician as Caregivers: Role of Attachment Organisation in treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 793-800.

- DOZIER, M. et TYRRELL, C. (1998). The role of attachment in therapeutic relationships. In SIMPSON, J. A. ET RHOLES, W. S. (éd.), *Attachment theory and close relationships*. New York, Guilford Press.
- DOZIER, M. *et al.* (2001). The challenge of treatment for clients with dismissing states of mind. *Attachment and Human Development*, 3, 62-76.
- DUGRAVIER, R. et SAÏAS, T. (2015). Les enseignements du projet Panjo. *Cahiers de la puéricultrice*, 52(291), 19-23.
- FONAGY, P. (1991). Thinking about thinking. *International Journal of Psychoanalysis*, 72, 639-656.
- FONAGY, P. et ROTH, A. (2006). *What Works for Whom: A critical review of psychotherapy research*, 2nd ed. New York, Guilford Press.
- FOURNIER, C. et KERZANET, S. (2007). Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Santé Publique*, 5 (19), 413-425.
- FRAIBERG, S. (1989). *Fantômes dans la chambre d'enfants*, (réédité en 1999 et 2007), Paris, PUF.
- GUÉDENEY, N. (2007). *Attachement et techniques psychothérapeutiques* (14.06.2017) et *Théorie de l'attachement et relation d'aide* (15.06.2017), cours D. U. « Théorie de l'attachement », université Denis Diderot, Paris VII.
- GUÉDENEY, N. (2021a). Attachement du professionnel et la pratique en santé mentale. In GUÉDENEY, N., GUÉDENEY, A. ET TERENO, S. (dir.), *L'attachement : approche clinique et thérapeutique*, tome 2, (p. 297-316), 5^e éd. Paris, Elsevier Masson, coll. « Les âges de la vie ».
- GUÉDENEY, N. (2021b). La relation d'aide avec un professionnel de santé : alliance et attachement du côté de l'utilisateur. In GUÉDENEY, N., GUÉDENEY, A. ET TERENO, S. (dir.), *L'attachement : approche clinique et thérapeutique*, tome 2, (p. 259-282), 5^e éd. Paris, Elsevier Masson, coll. « Les âges de la vie ».
- GUÉDENEY, N. et ATGER, F. (2015). Théorie de l'attachement et implications en thérapie individuelle. In QUINTILLA, Y. ET PELLISOLO, A. (dir.), *Thérapeutiques en psychiatrie* (p. 213-240). Paris, Elsevier Masson.
- GUÉDENEY, N. *et al.* (2016). Applications de la théorie de l'attachement aux traitements des enfants entre 4 et 10 ans et de leur famille. In GUÉDENEY, N. ET GUÉDENEY, A. (dir.), *L'attachement : approche clinique et thérapeutique*, tome 2, (p. 315-323), 4^e éd. Paris, Elsevier Masson, coll. « Les âges de la vie ».
- HOLMES, J. (2001). *The search for a secure base, Attachment theory and psychotherapy*. New York, Routledge.
- HOLMES, J. (1993). John Bowlby and Attachment and Research, Implications for the Theory and Practice of Individual Psychotherapy with Adults. In CASSIDY, J. & SHAVER, P.R. (éd.), *Handbook of attachment* (p. 575-594). New York, Guilford Press.
- HORVATH, A. O., & SYMONDS, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149.
- KARAZIVAN, P. *et al.* (2015). The Patient-as-Partner Approach in Health Care: A Conceptual Framework for a Necessary Transition. *Academic Medicine*, 90(4), 437-441.
- KOBAK, R. et MANDELBAUM, T. (2003) Caring for the caregiver: an attachment approach to assessment and treatment of child problems. In JOHNSON, S. M. AND WHIFFEN, V. E. (éd.), *Attachment processes in couple and family therapy*. New York, Guilford Press.
- KOBAK, R. *et al.* (2015). Attachment based treatments for adolescents: the secure cycle as a framework for assessment, treatment and evaluation. *Attachment and Human Development*, 17(2), 220-239.
- KIESLER, D. J. et WATKINS, L. M. (1989). Interpersonal Complementary and The Therapeutic Alliance: a Study of Relationship in Psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 26(2), 183-194.

- KLERMAN, G. L. *et al.* (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression. A brief, focused, specific strategy*. New York, Rowman and Littlefield Publishers Inc.
- LAVIGNE, B. *et al.* (2016). Thérapie interpersonnelle (TIP) en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. *L'Encéphale*, 42(6), 535-539.
- LAZARUS, A. (1993). Tailoring the therapeutic relationship, or being an authentic chameleon. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30(3), 404-407.
- LIEBERMAN, A. F. et ZEANA, C. H., (1999). Contribution of Attachment Theory to Infant-Parent Psychotherapy and Other Interventions with Infants and Young Children. In CASSIDY, J. & SHAVER, P. R. (éd.), *Handbook of attachment* (p. 555-574). New York, Guilford Press.
- MALLINCKRODT, B. (2000). Attachment, Social Competencies, Social Support, and Interpersonal Process in Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 10(3), 239-266.
- MALLINCKRODT, B. *et al.* (2009). An attachment approach to adult therapy. In OBEJI, J. H. & BERANT, E. (éd.), *Attachment theory and research in clinical work with adults* (p. 234-268). New York, Guilford Press.
- MARMAROSH, C. L. *et al.* (2009). The real relationship in psychotherapy: Relationships to adult attachments, working alliance, transference, and therapy outcome. *Journal of Counselling Psychology*, 56(3), 337-350.
- MARVIN, R. *et al.* (2002). The Circle of Security Project: attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attachment and Human Development*, 4(1), 107-124.
- MEYER, A. *et al.* (1957). *Psychology: A Science of Man*. New York, Thomas.
- MIKULINER, M. et SHAVER, P. R. (2007). *Attachment in Adulthood, Structure, Dynamics and Change*. New York, Guilford Press.
- MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ (2020). Rapport de la commission des 1000 premiers jours, <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
- MORALES-HUET, M. et GUÉDENEY, N. (2016). Apports de la théorie de l'attachement aux psychothérapies conjointes parents-jeune enfant. In GUÉDENEY, N. ET GUÉDENEY, A. (dir.), *L'attachement : approche clinique et thérapeutique*, tome 2, (p. 301-313), 4^e éd. Paris, Elsevier Masson, coll. « Les âges de la vie ».
- MUFSON, L. *et al.* (2004). The effectiveness of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 61, 577-584.
- MUFSON, L. et ANDERSON, G. (2008). Psychothérapie interpersonnelle à l'intention des adolescents souffrant de dépression : théories, techniques et recherche. *Santé Mentale au Québec*, 33(2), 49-65.
- NEVEUX, N. (2017). *Pratiquer la thérapie interpersonnelle*. Malakoff, Dunod.
- NIJSSENS, L. *et al.* (2012). Mentalization-Based Treatment For Parents (MBT-P) With Borderline Personality Disorder and Their Infants. In MIDGLEY, N. AND VROUVA I. (éd.), *Minding the Child, Mentalization Based Interventions with Children, Young People and their Family* (p. 79-97). London, Routledge.
- PRESTON, J. (2003). *Manuel de psychothérapie brève intégrative. Approches, objectifs et principes d'action*. Paris, InterEditions.
- RAHIOUI, H. (2016). *La thérapie interpersonnelle*. Paris, PUF.
- RAYNAUD, A. (2019). *La sécurité émotionnelle de l'enfant : comment l'aider à se construire grâce au lien d'attachement*. Marabout, Paris.
- RAYNAUD, A. (2021). *Enfant sécurisé, enfant heureux : Éduquer au quotidien grâce au lien d'attachement*. Marabout, Paris.
- RICÉUR, P. (1988). L'identité narrative. *Esprit*, Juillet-Août 1988, 295-304.
- RICÉUR, P. (1996). *Soi-même comme un autre* (réédition 2015). Paris, Points.

- RODGERS, R. F. *et al.* (2010). L'alliance thérapeutique en psychothérapie : apports de la recherche empirique. *L'Encéphale*, 36(5), 433-438.
- ROY, J. (2016). *Trousse de voyage au cœur de l'attachement*. Table des partenaires en petite enfance (TPPE), <https://louisegodincom.files.wordpress.com/2015/11/trousse-voyage-au-coeur-de-lattachement.pdf>
- RUSCONI-SERPA, S. *et al.* (2009). Video feedback in parent-infant treatments. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(3), 735-751.
- SÁIAS, T. *et al.* (2016). Le projet Panjo, de l'expérimentation scientifique à l'implantation dans les services publics. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 2(4), 232-241.
- SAUER, E. M. *et al.* (2010). Respective Contributions of Therapist and Client Adult Attachment Orientations to the Development of the Early Working Alliance: A Preliminary. *Psychotherapy Research*, 13(3), 371-382.
- SCHECHTER, D. S. *et al.* (2006). Traumatized mothers can change their minds about their toddlers: Understanding how a novel use of videofeedback supports positive change of maternal attributions. *Infant Mental Health Journal*, 27(5), 429-447.
- SCHECHTER, D. S. et RUSCONI-SERPA, S. (2011). Applying clinically-relevant developmental neuroscience towards interventions that better target intergenerational transmission of violent trauma. *The Signal: Newsletter of the World Association of Infant Mental Health*, 19(3), 9-16.
- SCHECHTER, D. S. *et al.* (2015). Negative and Distorted Attributions Towards Child, Self, and Primary Attachment Figure Among Posttraumatically Stressed Mothers: What Changes with Clinician Assisted Videofeedback Exposure Sessions (CAVES). *Child Psychiatry & Human Development*, 46(1), 10-20.
- SKINNER, B. F. (1971). *Beyond Freedom and Dignity*. New York.
- SLADE, A. *et al.* (2005). Minding the Baby: enhancing parental reflecting functioning in a nursing/mental health home visiting program. In BERLIN L. J. *et al.* (éd.), *Enhancing early attachment: theory, research, interventions and policy* (p. 152-175). New York, Guilford Press.
- STERN, D. (1985). *Le monde interpersonnel du nourrisson*, (3^e éd. 2009). Paris, PUF, « Le fil rouge ».
- STERN, D. (2003). *Le moment présent en psychothérapie, un monde dans un grain de sable*. Paris, Odile Jacob.
- SULLIVAN, H. S. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*, (réédition 1968). London, W. W. Norton & Company.
- TERENO, S., GUÉDENEY, N. *et al.* (2017a). CAPEDP Attachment: An Early Home-Based Intervention Targeting Multirisk Families. In STEELE, H. AND STEELE, M. (éd.), *Handbook of Attachment Based-Interventions* (p. 220-244). New York, Guilford Press.
- TERENO, S. *et al.* (2017b). Sécurité de l'attachement des jeunes enfants dans une population française vulnérable. *L'Encéphale*, 43(2), 99-103.
- TERENO, S., MADIGAN, S. *et al.* (2017c). Assessing a change mechanism in a randomized home-visiting trial: Reducing disrupted maternal communication decreases infant disorganization. *Development and Psychopathology*, 29(2), 637-649.
- TUBACH, F. *et al.* (2012). A home-visiting intervention targeting determinants of infant mental health: The study protocol for the CAPEDP randomized controlled trial in France. *BMC Public Health*, 12, 1-14.
- VANDENBROUCKE, V. (2021). Theraplay. In SMITH, J. (dir.), *Le GRAND livre des 1000 premiers jours de vie* (p. 241-265). Malakoff, Dunod.
- VUILLEZ-COADY, L. *et al.* (2021). Applications de la théorie de l'attachement au suivi des adolescents. In GUÉDENEY, N., GUÉDENEY, A. ET TERENO, S. (dir.), *L'attachement : approche*

clinique et thérapeutique, tome 2, (p. 227-340), 5^e éd. Paris, Elsevier Masson, coll. « Les âges de la vie ».

WINSPEY, C. (2018). Sleep Disorders: Prevalence and Assessment in Childhood. In MATSON, J.

L (éd.), *Handbook of Childhood Psychopathology and Developmental Disabilities Assessment* (p. 331-357). LA, USA, Springer.

CHAPITRE 3

BOWLBY, J. (1969). *Attachement et perte : l'attachement* (t. I). 5^e éd. (2006), Paris, PUF, « Le fil rouge ».

BUCCI, S. *et al.* (2015). Using attachment theory to inform the design and delivery of mental health services : A systematic review of the litterature. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88, 1-20.

BYNG-HALL, J. (2013). La thérapie et la supervision comme des bases sécurées. *Carrefour des Psychothérapies*, 7, 155-172.

CALLAHAN, J. L. *et al.* (2009). Exploring the contribution of supervisors to intervention outcomes. *Training and Education in Professional Psychology*, 3(2), 72-77.

CASES, C. et SALINES, E. (2004). Statistiques en psychiatrie en France : données de cadrage, *RFAS 1*, 181-204, <https://doi.org/10.3917/rfas.041.0181>

CIRCLE OF SECURITY INTERNATIONAL (2020). <https://www.circleofsecurityinternational.com/circle-of-security-model/research/>

COUETTE, S. et FORZU-CAHOUR, B. (2006). Heurts et bonheur de la cothérapie. *Le Journal des Psychologues*, 2(235), 70-73.

COURTOIS, A. et MERTENS DE WILMARS, S. (2004). « La pratique à plusieurs » : matrice de résilience pour les thérapeutes et les patients. *Thérapie Familiale*, 3 (25), 303-322.

DEBBANÉ, M. (2016). *Mentaliser : de la théorie à la pratique clinique*. Louvain-la-Neuve, De Boeck supérieur, coll. « Carrefour des Psychothérapies ».

DOLAN, R. *et al.* (1993). Client attachment style and the psychotherapist's interpersonal stance. *Psychotherapy*, 30, 408-412.

DELAGE, M. (2013). *La vie des émotions et l'attachement dans la famille*. Paris, Odile Jacob.

DELAWARDE, C. *et al.* (2014). Aider les parents à être parents ? Modèles et pratiques des programmes « evidence-based » d'aide à la parentalité. *Annales Médico psychologiques*, 172, 273-279.

DREIKURS, R., SHULMAN, B. H. & MOSAK, H. (1952a). Patient-therapist relationship in multiple psychotherapy. I. Its advantages to the therapist. *The Psychiatric Quartely*, 26(1-4), 219-227.

DREIKURS, R., MOSAK, H. & SHULMAN, B. H. (1952b). Patient-therapist relationship in multiple psychotherapy. II. Its advantages to the therapist. *The Psychiatric Quartely*, 26(1-4), 590-596.

DUNN, W. (1999). *Sensory Profile – User's Manual*. The Psychological Corporation, Harcourt Assessment Company.

FITCH, J. C. *et al.* (2010). The Bonds of Development: An Attachment-Caregiving Model of Supervision. *The Clinical Supervisor*, 29(1), 20-34.

FONAGY, P. (1991). Thinking about thinking. *International Journal of Psychoanalysis*, 72, 639-656.

FALENDER, C. A. (2004). Defining competencies in psychology supervision: A consensus statement. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 771-785.

- FALENDER C. A. et SHAFRANSKE, E. P. (2008). *Casebook for Clinical Supervision: A Competency-Based Approach*. USA, American Psychological Association (éd.).
- FALENDER, C. A., et al. (2014). Competent clinical supervision: Emerging effective practices. *Counselling Psychology Quarterly*, 27(4), 393-408.
- FRAIBERG, S. (1989). *Fantômes dans la chambre d'enfants*, (réédité en 1999 et 2007), Paris, PUF.
- GENET, C., RIZK, M., WALLON, E., COURTOIS, A. C., TERENO, S., BOUDRAÏ D., FRECHON, S., LE RAY, G., LAJOYE, A. (2013). Coconsultation Attache-ment Parents/Enfant : un dispositif thérapeutique innovant. *Revue Hospitalière de France*, 553, 46-49.
- GUÉDENEY, N. (2008). Les émotions négatives des professionnels de l'enfance confrontés à la situation de placement : l'éclairage de la théorie de l'attachement. *Devenir*, 20, 101-117. <https://doi.org/10.3917/dev.082.0101>
- GUÉDENEY, N. (2021). La relation d'aide avec un professionnel de santé : alliance et attachement du côté de l'utilisateur. In GUÉDENEY, N., GUÉDENEY, A. ET TERENO, S. (dir.), *L'attachement : approche clinique et thérapeutique*, tome 2, (p. 259-282), 5^e éd. Paris, Elsevier Masson, coll. « Les âges de la vie ».
- HALEY, J. (1979). *Nouvelles stratégies en thérapie familiale*. Paris, Éditions Delarge.
- KRAMEN-KAHN, B. et HANSEN, N. (1998). Rafting the Rapids: Occupational Hazards, Rewards and Coping Strategies of Psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(2), 130-134.
- LAMBERT, M. et OGLES, B. M. (1997). The effectiveness of psychotherapy supervision. In WATKINS, C. E. JR. (éd.), *Handbook of psychotherapy supervision* (p. 421-446). Hoboken, NJ, USA, John Wiley and sons Inc.
- LIOTTI, G. (2004). Trauma, Dissociation, and Disorganized Attachment: Three Strands of a Single Braid. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, (41), 472-486.
- MALLINCKRODT, B. et al. (2009). An attachment approach to adult therapy. In OBEJI, J. H. & BERANT, E. (éd.). *Attachment theory and research in clinical work with adults* (p. 234-268). New York, Guilford Press.
- MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ (2020). Rapport de la commission des 1000 premiers jours, <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
- MINUCHIN, S., MONTALVO, B. et al. (1967). *Families of The Slums*. England, Basic Books.
- MINUCHIN, S. et FISHMAN, H. C. (1981). *Family Therapy Techniques*. Cambridge, London, Harvard University Press.
- MINUCHIN, S. (1998). *Familles en thérapie*. Paris, Éditions Érès.
- MORO, M. R. et LACHAL, C. (2012). *Les psychothérapies : Modèles, méthodes et indications*. Paris, Armand Colin.
- NATHAN, T. (2001). *L'influence qui guérit*. Paris, Odile Jacob.
- NEUBURGER, R. (2015). Cothérapie et coparentalité. *Thérapies Familiales*, 36(4), 351-356.
- PISTOLE, M. C. et WATKINS C. G. (1995). Attachment Theory, Counseling Process, and Supervision. *The Counseling Psychologist*, 23, 457-478.
- PISTOLE, M. C. et FITCH, J. C. (2011). Attachment Theory in Supervision: A Critical Incident Experience. *Counselor: Education and Supervision*, 47(3), 193-205.
- POCREAU, J. B. et MARTIN-BORGES, L. (2013). La cothérapie en psychologie clinique interculturelle. *Santé Mentale du Québec*, 381, 227-242.
- POIRIER, M. (2006). Enjeux cliniques et éthiques de la supervision externe des équipes en santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 31(1), 107-124.
- PRIEUR, N. et PRIEUR, B. (2008). Autonomie et dépendance des thérapeutes dans les doubles prises en charge. *Thérapies Familiales*, 1(29), 21-35.

- RAHIOUI, H. (2016). *La thérapie interpersonnelle*, Paris, PUF.
- ROLLER, B. et NELSON, V. (1991). *The Art of Co-Therapy: How Therapists Work Together*. London, New York, Guilford Press.
- RØNNESTAD, M. H., & SKOVHOLT, T. M. (2001). Learning arenas for professional development: Retrospective accounts of senior psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(2), 181-187. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.32.2.181>
- SAGGESE, M. (2005). Maximizing Treatment Effectiveness in Clinical Practice: An Outcome-Informed, Collaborative Approach. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 86(4), 558-564.
- SELVINI, M. et SELVINI PALAZZOLI, M. (2017). La consultation en équipe : un outil indispensable pour le progrès et la connaissance. Les méthodes pour engendrer et promouvoir son potentiel créatif. *Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de Pratiques de Réseaux*, 1(58), 31-54.
- TERENO, S. et al. (2021). Théorie de l'attachement et autres approches thérapeutiques In GUÉDENEY, N., GUÉDENEY, A. ET TERENO, S. (dir.), *L'attachement : approche clinique et thérapeutique*, tome 2, 5^e éd. (p. 283-286). Paris, Elsevier Masson, coll. « Les âges de la vie ».
- WALLON, E. et GENET, C. (2022) : Jeu de cartes « Les Frimousses », vendu par Uméo sur www.umeo-store.com
- WALLON, E. et GENET, C. (2017). Les smileys : un levier thérapeutique puissant d'aide à la mentalisation dans une consultation de pédopsychiatrie. *Enfances et Psy*, 74, 126-134.
- WENDLAND, J. et al. (2015). La cothérapie : un setting privilégié pour le suivi thérapeutique Parents-Bébé/Jeune Enfant. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 58, 53-84.
- WINNICOTT, D. (1967). Mirror-role of Mother and Family in Child Development. In P. LOMAS (éd.), *The Predicament of the Family: A Psycho-analytical Symposium*. London, Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.

CHAPITRE 4

- ABRAHAM, N. et TOROK, M. (1978). *L'écorce et le noyau*. Réédition 2006, Paris, Poche, Flammarion.
- ALLEN, J. G., FONAGY, P. & BATEMAN, A. W. (2008). Mentalizing interventions. In *Mentalizing in clinical practice* (chap. 6, p. 163-209), Washington DC, American Publishing Psychiatric Inc.
- AINSWORTH, M. D. S. et al. (1978). *Patterns of Attachment, A Psychological Study of the Strange Situation*, réédition 2015. Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum, New York, Routledge.
- BAILLARGEON, P. (2005). Modèle systémique de l'alliance thérapeutique. *Revue Européenne de Psychologie*, 55(3), 137-143.
- BANDURA, A. (2009). *Psychological Modeling Conflicting Theories*. New Brunswick and London, Aldine Transaction.
- BARTHOLOMEW, K. et HOROWITZ, L. M. (1991). Attachment styles among young Adults: A test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- BAUMRIND, D. (1966). Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907.
- BECK, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, International Universities Press.
- BECK, A. T. (2005). The Current State of Cognitive Therapy: A 40-Year Retrospective.

- Archives of General Psychiatry*, 62(9), 953-959.
- BOSZORMENYI-NAGY, I. (1986). Transgenerational Solidarity: The Expanding Context of Therapy and Prevention. *American Journal of Family Therapy*, 14(3), 195-212.
- BOWLBY, J. (1988a). *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. Tavistock professional book. Hove, England, Routledge.
- BOWLBY, J. (1988b). *A secure base : clinical applications of attachment theory*. Réédition française, (2011) : *Le lien, la psychanalyse et l'art d'être parent*. Paris, Albin Michel.
- BRISCH, K. H. (2002). *Attachment disorders: From attachment theory to therapy*. New York, NY, Guilford.
- BYNG-HALL, J. (1995). Creating a Secure Family Base: Some Implications of Attachment, Theory for Family Therapy. *Family Process*, 34, 45-58.
- BYNG-HALL, J. (1999). *Family therapy and couple therapy: Toward greater security*. In CASSIDY, J. & SHAVER, P.R. (éd.). *Handbook of attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (p. 625-645). New York, Guilford Press.
- CHAMBON, O. (2014). *Les bases de la psychothérapie. Approche intégrative et éclectique*. 3^e éd., Paris, Dunod.
- CUNGI, C. (2016). *Alliance thérapeutique*. Paris, Éd. Retz.
- CLONINGER, C. R. (2006). The science of well-being : an integrated approach to mental health and its disorders. *World Psychiatry*, 5(2), 71-76.
- CIRCLE OF SECURITY INTERNATIONAL (2020). <https://www.circleofsecurityinternational.com/circle-of-security-model/research/>
- COTTRAUX, J. (2003). *La répétition des scénarios de vie. Demain est une autre histoire*, réédition 2001. Paris, Odile Jacob.
- CYRULNIK, B. (2011). *Les vilains petits canards*. Paris, Odile Jacob.
- DEGENNE, C., WOLFF, M., FIARD, D. & ADRIEN, J.-L. (2013). Le développement sensoriel des personnes avec TSA. Dans MAFFRE, T., PERRIN, J., & LE MENN-TRIPI, C (dir.), *Autisme et psychomotricité* (p. 152-175), 2^e éd. Paris, France, De Boeck Université.
- DELAGE, M. (2008). *La résilience familiale*. Paris, Odile Jacob.
- DELAGE, M. (2013). *La vie des émotions et l'attachement dans la famille*. Paris, Odile Jacob.
- DELAWARDE, C. et al. (2014). Aider les parents à être parents ? Modèles et pratiques des programmes *evidence-based* d'aide à la parentalité. *Annales Médico-psychologiques*, 172, 273-279.
- DUMONT, A. et BERTHIAUME, D. (2016). *La pédagogie inversée : enseigner autrement dans le supérieur avec la classe inversée*. Paris, De Boeck Supérieur.
- DUNN, W. (1999). *Sensory Profile – User's Manual*. The Psychological Corporation, Harcourt Assessment Company.
- DWYER, F. M. (1970). Exploratory Studies in the Effectiveness of Visual Illustrations. *Audio visual Communication Review*, 18(3), 235-242.
- FALENDER, C. A. et al. (2014). Competent clinical supervision: Emerging effective practices. *Counselling Psychology Quarterly*, 27(4), 393-408.
- FEENEY, B. C. et THRUSH, R. L. (2010). Relationship Influences on Exploration in Adulthood: The Characteristics and function of a Secure Base. *Journal of Perspective Social Psychology*, 98(1), 57-76.
- FEENEY, B. C. et WOODHOUSE, S. S. (2018). Caregiving. In CASSIDY, J. AND SHAVER, P. R. (éd.). *Handbook of attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (p. 827-851). New York, Guilford Press.

- FONAGY, P., ROTH, A. (2006). *What Works for Whom: A critical review of psychotherapy research* 2nd ed. New York, Guilford Press.
- FRAIBERG, S. (1989). *Fantômes dans la chambre d'enfants*, 2^e éd. (réédité en 1999 et 2007). Paris, PUF.
- FRANCK, N. (2018). *Traité de réhabilitation psychosociale*. Paris, Elsevier Masson.
- FRANC, N. et OMER, H. (2020). *Accompagner les parents d'enfants tyranniques. Programme en 13 séances*. Malakoff, Dunod, coll. « Les Ateliers du praticien ».
- FUKKINK, R. G. (2008). Video feedback in widescreen: A meta-analysis of family programs. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 904-916.
- GENET, C. et WALLON, E. (2015). *Ça sert à quoi des parents ?* Paris, Éditions Le Pommier, coll. « Les plus Grandes Petites Pommes du savoir ».
- GUÉDENEY, N. et TERENO, S. (2012). La vidéo dans l'observation d'évaluation et d'intervention en santé mentale du jeune enfant : un outil pour la transmission. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 60(4), 261-266.
- GUÉDENEY, N. et al. (2016). Applications de la théorie de l'attachement aux traitements des enfants entre 4 et 10 ans et de leur famille. In GUÉDENEY, N. ET GUÉDENEY, A. (dir.), *L'attachement : approche clinique et thérapeutique*, tome 2, (p. 315-323), 4^e éd. Paris, Elsevier Masson, coll. « Les âges de la vie ».
- GUÉDENEY, N. (2021). La relation d'aide avec un professionnel de santé : alliance et attachement du côté de l'utilisateur. In GUÉDENEY, N., GUÉDENEY, A. ET TERENO, S. (dir.), *L'attachement : approche clinique et thérapeutique*, tome 2, (p. 259-282), 5^e éd. Paris, Elsevier Masson, coll. « Les âges de la vie ».
- HALEY, J. (1973). Strategic therapy when a child is presented as the problem. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 12(4), 641-659.
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS) (2007). *Recommandations Éducation Thérapeutique du patient : définition, finalité et organisation*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
- HELLER, K. (1969). Effects of modeling procedures in helping relationships. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(5), 522-526.
- HODES, C. L. (2016). Understanding Visual Literacy Through Visual Information Processing. *Journal of Visual Literacy*, 18(2), 131-136.
- KURTZ, A. (2005). The needs of staff who care for people with a diagnosis of personality disorder who are considered a risk to others. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 16(2), 399-422.
- LANG, S. (2011). La psychoéducation, un projet d'alliance thérapeutique soignants-familles. *Recherche en soins infirmiers*, 4 (107), 98-116.
- LIEBERMAN, S. (1979). Transgenerational analysis: the geneogram as a technique in family therapy. *Journal of Family Therapy*, 1, 51-64.
- MAC DONOUGH, S. (2004). Interaction Guidance: Promoting and Nurturing the Caregiving Relationship. In ARNOLD, J. SAMEROFF, A. J., MAC DONOUGH, S. C AND ROSENBLUM, K. L. (éd.), *Treating Parent-Infant Relationship Problems: Strategies for Intervention* (p. 79-96). New York, Guilford Press.
- MALLINCKRODT, B. et al. (2009). An attachment approach to adult therapy. In OBEJI, J. H. & BERANT, E. (éd.). *Attachment theory and research in clinical work with adults* (p. 234-268), New York, Guilford Press.
- MEYNCKENS-FOUREZ, M., et HENRIQUET-DUHAMEL, M. C. (2005). *Dans le dédale des thérapies familiales : Un manuel systémique*, Toulouse, Éditions Érès.
- MINUCHIN, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- MIRABEL-SARRON, C. et al. (2015). Psychoéducation et TCC. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173(1), 90-91.

- MORALES-HUET, M. et GUÉDENEY, N. (2016). Apports de la théorie de l'attachement aux psychothérapies conjointes parents-jeune enfant. In GUÉDENEY, N. et GUÉDENEY, A. (dir.), *L'attachement : approche clinique et thérapeutique*, tome 2, (p. 301-313), 4^e éd. Paris, Elsevier Masson, coll. « Les âges de la vie ».
- NORCROSS, J. C. et GOLDFRIED, M. R. (2005). *Handbook of Psychotherapy Integration*, 2nd ed. New York, Oxford University Press.
- OMER, H. (2017). *La Nouvelle Autorité. Parents, enseignants et communauté*. Paris, Fabert, coll. « Psychothérapies créatives ».
- PACE, P. (2019). *Pratiquer l'ICV : l'Intégration du Cycle de Vie*. Malakoff, Dunod, coll. « Les Ateliers du praticien ».
- PRESTON, L. (2014). The Relational Heart of Focusing-Oriented Psychotherapy. In MADISON, G. (éd.), *Therapy and Practice of Focusing Oriented Therapy. Beyond The Talking Cure* (chap. 6). London and Philadelphia, Jessica Kingsley Publishers.
- PROVASI, J. ET GRANIER-DEFERRE, C. (2019). Apprentissages et mémoire au cours de la période périnatale. Dans DEVOUCHE, E., PROVASI, J. (dir.), *Le développement du bébé : de la vie fœtale à la marche* (p. 45-58). Paris, Elsevier Masson.
- QUINTILLA, Y. (2015). Éducation thérapeutique en psychiatrie. Dans QUINTILLA, Y. ET PELISSOLO, A. (dir.), *Thérapeutiques en psychiatrie* (p. 213-240). Paris, Elsevier Masson.
- RAY-KAESER, S. et DUFOUR, C. (2013). Les concepts théoriques et l'approche thérapeutique d'Intégration Sensorielle. *ergoTherapies* (49), 13-20, DOI : 10.13140/2.1.5159.2645
- RAYNAUD, A. (2019). *La sécurité émotionnelle de l'enfant : comment l'aider à se construire grâce au lien d'attachement*. Paris, Marabout.
- RAYNAUD, A. (2021). *Enfant sécurisé, enfant heureux : Éduquer au quotidien grâce au lien d'attachement*. Paris, Marabout.
- READENCE, J. E. et MOORE, D. W. (1981). A meta-analytic review of the effect of adjunct pictures on reading comprehension. *Psychology in the School*, 18(2), 218-224.
- RIALLAND, C. (1994). *Cette famille qui vit en nous*. Paris, Marabout, Robert Lafont.
- RICŒUR, P. (1988). L'identité narrative. *Esprit*, Juillet-Août 1988, 295-304.
- ROBERT-TISSOT, C. et al. (1996). Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapies: Report on 75 cases. *Infant Mental Health Journal*, 17(2), 97-114.
- RUSCONI-SERPA, S. (2016). La thérapie de Guidance interactive. In FAVEZ, N. et DARWICHE, J. (éd.), *Les thérapies de couple et de familles. Modèles empiriquement validés et applications cliniques*. Bruxelles, Margada.
- SCHECHTER, D. S. et al. (2006). Traumatized mothers can change their minds about their toddlers: Understanding how a novel use of videofeedback supports positive change of maternal attributions. *Infant Mental Health Journal*, 27(5), 429-447.
- SCHECHTER, D. S. et al. (2015). Negative and Distorted Attributions Towards Child, Self, and Primary Attachment Figure Among Posttraumatically Stressed Mothers: What Changes with Clinician Assisted Videofeedback Exposure Sessions (CAVES). *Child Psychiatry & Human Development*, 46(1), 10-20.
- SELIGMAN, M. E. P. et al. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774-788.
- SELVINI-PALAZZOLI, M. (1983). The emergence of a comprehensive systems approach. *Journal of Family therapy*, 5, 165-177.
- SHANE, J. L. (2006). Counseling Psychology's Focus on Positive Aspects of Human Functioning. *The Counseling Psychologist*, 34(2), 205-227.
- SHAPIRO, F. (2020). *Manuel d'EMDR : principes, protocole, procédure*, Paris, InterEditions.
- SIEGEL, D. J. et PAYNE BRYSON, T. (2021). *L'attachement : comment créer ce lien qui donne*

- confiance à votre enfant pour la vie. Paris, Les Arènes.
- SIMON, W. *et al.* (2012). Providing patient progress information and clinical support tools to therapists: Effects on patients at risk of treatment failure. *Psychotherapy Research*, 22(6), 638-645.
- SKINNER, B. F. (1971). *Beyond freedom and dignity*. New York, Knopf.
- STEELE, M. *et al.* (2014). Looking from the outside in: the use of video in attachment-based interventions. *Attachment & Human Development*, 16(4), 402-415.
- TISSERON, S. (1999). *Nos secrets de famille*. Paris, Ramsay.
- TYRRELL, C., DOZIER, M., TEAGUE, G., *et al.* (1999). Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders. The importance of attachment states of mind. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 725-733.
- WALLON, E. et GENET, C. (2022) : Jeu de cartes « Les Frimousses », vendu par Umeo sur www.umeo-store.com
- WALLON, E. et GENET, C. (2017). Les smileys : un levier thérapeutique puissant d'aide à la mentalisation dans une consultation de pédopsychiatrie. *Enfances et Psy*, 74, 126-134.
- WEBSTER-STRATTON, C. ET REID, M. J. (2014). The Incredible Years Program for children from infancy to pre-adolescence: Prevention and treatment of behavior problems. In MURRIHY, R., KIDMAN, A. & OLLENDICK, T. (éd.), *Clinician's handbook for the assessment and treatment of conduct problems in youth*. New York, Springer Press.
- WENDLAND, J. *et al.* (2015). La cothérapie, un setting privilégié pour le suivi thérapeutique parents-bébé/jeune enfant. *Psychiatrie de l'enfant*, (8)1, 53-84.
- WILLIAMS, M. S. & SHELLENBERG., S. (1994). *The Pyramid of Learning*. Albuquerque NM USA, Therapy Works.
- YOUNG, J. E. *et al.* (2017). La thérapie des schémas. Approche cognitive des troubles de la personnalité, 2^e éd. Louvain-la-Neuve, De Boeck.

CHAPITRE 5

- BANDURA, A. (2009). *Psychological Modeling Conflicting Theories*. New Brunswick and London, Aldine Transaction.
- BOWLBY, J. (1973). *La séparation, angoisse et colère* (t. II). 4^e éd. (2007). Paris, PUF, « Le fil rouge ».
- CIRCLE OF SECURITY INTERNATIONAL (2020). <https://www.circleofsecurityinternational.com/circle-of-security-model/research/>
- CRITTENDEN, P. et AINSWORTH, M. S. (1989). Child maltreatment and attachment theory. In CICHETTI, D. et CARLSON, V. (éd.). *Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes and Consequences of child abuses and neglect* (p. 432-463). New York, Cambridge University Press.
- FRAIBERG, S. (1989). *Fantômes dans la chambre d'enfants*, (réédité en 1999 et 2007). Paris, PUF.
- GENET, C. et WALLON, E. (2015). *Ça sert à quoi des parents ?* Paris, Éditions Le Pommier, coll. « Les plus Grandes Petites Pommes du savoir ».
- GUÉDENEY, A. et GUÉDENEY, N. (2011). Incidences des violences intrafamiliales dans le développement des jeunes enfants. *Les entre-tiens de Bichat*, 35-37.
- GUÉDENEY, N. (2021). Attachement du professionnel et la pratique en santé mentale. In GUÉDENEY, N., GUÉDENEY, A. ET TERENO, S. (dir.), *L'attachement : approche clinique et théra-*

- peutique, tome 2, (p. 297-316), 5^e éd. Paris, Elsevier Masson, coll. « Les âges de la vie »
- HELLER, K. (1969). Effects of modeling procedures in helping relationships. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(5), 522-526.
- LIOTTI, G. (2004). Trauma, Dissociation, and Disorganized Attachment: Three Strands of a Single Braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 472-486.
- LYONS-RUTH, K., & JACOBVITZ, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In J. CASSIDY, J. & SHAVER, P. R. (éd.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (p. 520-554). New York, US, Guilford.
- MALLINCKRODT, B. et al. (2009). An attachment approach to adult therapy. In OBEJI, J. H. & BERANT, E. (éd.). *Attachment theory and research in clinical work with adults* (p. 234-268). New York, Guilford Press.
- OMER, H. et al. (2013). The Anchoring Function: Parental Authority and the Parent-Child Bond. *Family Process*, 52(2), 193-206.
- OMER, H. (2017). *La Nouvelle Autorité. Parents, enseignants et communauté*. Paris, Fabert, coll. « Psychothérapies créatives ».
- RISKIND, J. H. et al. (2004). Developmental Antecedents of the Looming Maladaptive Style: Parental Bonding and Parental Attachment Insecurity. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, suppl. Special Issue on Cognitive Vulnerability and Attachment, 18(1), 43-52.
- TERENO, S. et al. (2021). Théorie de l'attachement et autres approches thérapeutiques. In GUÉDENEY, N., GUÉDENEY, A. ET TERENO, S. (dir.), *L'attachement : approche clinique et thérapeutique*, tome 2, (p. 283-286) 5^e éd. Paris, Elsevier Masson, coll. « Les âges de la vie ».
- VULLIEZ-COADY, L. et al. (2012). La confusion des rôles parent-enfant : revue de la littérature et aspects cliniques. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 60, 534-539.
- WALLON, E. et GENET, C. (2022) : Jeu de cartes « Les Frimousses », vendu par Uméo sur www.umeo-store.com
- WALLON, E. et GENET, C. (2017). Les smileys : un levier thérapeutique puissant d'aide à la mentalisation dans une consultation de pédopsychiatrie. *Enfances et Psy*, 74, 126-134.

POUR ALLER PLUS LOIN

► Webographie

- GUÉDENEY, N. (2010). *L'attachement, un lien vital*, Bruxelles, Éditions Fabert, à télécharger gratuitement sur Yapaka.be.
- ATGER, F., C. LAMAS, C. ET VUILLEZ-COADY, L. (2017). *L'attachement, un lien revisité à l'adolescence*, Bruxelles, Éditions Fabert, à télécharger gratuitement sur Yapaka.be
- « Des liens pour la vie, trousse de ressources pour l'attachement », à télécharger gratuitement sur Saskatchewan Prevention Institute, Canada.
- PAPOTO, PARENTALITÉ POUR TOUS : <https://www.papoto.fr/>
- INSTITUT DE LA PARENTALITÉ : <https://institut-parentalite.fr/presentation-de-linstitut-de-la-parentalite/>

► Filmographie

John (17 mois) : séparation en pouponnière (1969) : film britannique (durée 45 mn), de James et Joyce Robertson. Forma-

tion continue pour les professionnels de la petite enfance et de la famille, (2004), Paris, COPES.

► Sur YouTube

GUÉDENEY, N. Conférence de septembre 2016 : <https://www.youtube.com/watch?v=8RfVJdY2DFo>

PIERREHUMBERT, B. « Situation Étrange » : <https://www.youtube.com/watch?v=dH4TihS7gmw>

TRONICK, E. Expérience du visage impassible avec un bébé : www.youtube.com/watch?v=OgzWqcsA21I

Annexes

LEXIQUE

Adult Attachment Interview (AAI) : entretien semi-structuré standardisé et validé, qui permet d'analyser le *transcript*, la forme du discours, la narrativité et sa cohérence, particulièrement dans des situations attachement-pertinentes.

Base de sécurité : sentiment de sécurité qui se construit au fil des expériences de réconfort auprès de la figure d'attachement.

Caregiving : ensemble d'attention et de soins donnés par un parent à son enfant.

Figure d'attachement (FA) : personne qui prend soin de l'enfant au quotidien, qui est sensible à ses besoins et y répond avec chaleur et disponibilité en cas de stress.

Havre de sécurité : capacité de trouver protection et réconfort dans sa base de sécurité.

Modèles internes opérants (MIO) : scripts représentationnels résultant des interactions avec les FA donnant un modèle de soi et un modèle des autres en cas d'alarme.

Modeling : apprentissage par imitation d'un modèle plus compétent (utilisé dans la thérapie cognitivo-comportementale).

Modulation interactionnelle : travail sur les difficultés de communication verbale et non verbale (spécifique de la thérapie interpersonnelle).

Mirroring : mimétisme de gestes dans la relation.

•••



Partenariat corrigé quant au but : négociation à deux pour arriver à un objectif commun.

Situation étrange : paradigme expérimental fondé sur une observation éthologique de séparations-retrouvailles standardisée et validée qui permet de définir des *patterns* d'attachement chez l'enfant de 12-18 mois (Mary Ainsworth).

Restructuration représentationnelle : travail sur les représentations au cours de la thérapie interpersonnelle.

Système affiliatif : ensemble de comportements visant à développer des relations affectives et sociales avec les personnes de son âge.

Système d'attachement (SA) : système motivationnel dont le but est d'obtenir proximité et réconfort auprès de sa figure d'attachement.

Système de caregiving : ensemble des comportements d'un adulte donneur de soins à un enfant.

Système d'exploration : système motivationnel visant à découvrir de nouveaux domaines pour devenir plus autonome.

Système motivationnel : ensemble de comportements coordonnés en vue d'atteindre d'un but spécifique.

GUIDELINE POUR LES PARENTS

Une approche de la théorie de l'attachement

Bien avant la naissance, le petit d'homme est rêvé par ses parents et prend place dans l'histoire de sa famille, il s'enracine dans la culture à laquelle il appartient.

Théorie de l'attachement

Cette théorie a été développée par le psychiatre anglais John Bowlby après la Deuxième Guerre mondiale.

Pour s'ouvrir au monde, le petit d'homme a besoin de réconfort, de sécurité, de chaleur affective.

Il va pouvoir développer des comportements d'attachement qu'on peut décrire.

L'attachement a une base biologique qui vise à la protection du bébé, dont l'autonomie n'est pas suffisante pour assurer ses propres besoins.

Le petit active son système d'attachement quand il est désespéré, il le désactive quand il est réconforté.

Pour survivre, le bébé a besoin de proximité et de satisfaire ses besoins dans une relation sécurisante. Ce système s'inscrit donc dans la théorie de l'évolution (survie des espèces). Les parents sont les donneurs de soins inconditionnels du bébé dès sa naissance et ils deviennent des figures d'attachement en quelques mois.

Le bébé est vulnérable, il a besoin de s'attacher à ses parents.

En donnant des soins au bébé, les parents reçoivent du plaisir qui les encourage : l'échange est agréable et donne envie de continuer !

Les parents procurent au bébé une **base sécurisée** (apaisement émotionnel) qui va permettre l'exploration de l'environnement pour affronter les défis et les crises, pour négocier les conflits.

Cela va participer au développement du bébé et l'influencer tout au long de sa vie, car, selon les expériences vécues pendant sa petite enfance, il va se construire une vision du monde qu'il va progressivement généraliser.

Est-ce que ma figure d'attachement est proche, disponible, et attentive si j'en ai besoin ?

- **Si c'est oui**, il va pouvoir développer des stratégies **sécurisées** : explorer l'environnement, jouer avec les autres, s'intégrer socialement, surmonter les obstacles en sachant demander de l'aide si besoin, gérer ses émotions agréables et surtout désagréables, et développer des capacités de négociation - compromis, solutions aux problèmes relationnels en tenant compte du point de vue des autres.
- **Si c'est non**, il va développer des stratégies d'attachement **insécurisées** qui visent à lui permettre de s'adapter à son environnement et qui vont modifier sa curiosité, l'expression de ses émotions, la facilité ou non d'avoir des relations sociales, sans qu'il s'agisse d'une maladie, mais plutôt d'une couleur relationnelle en cas de menace.

Nous pouvons différencier plusieurs types d'attachement : sécurisées et insécurisées, détaillés dans le tableau ci-après :

Séure	Autonome Exploration facile de l'environnement Capacité à attirer l'attention d'autrui et d'exprimer ses besoins
Inséure évitant	Pseudo-indépendance Exploration facile de l'environnement Peu d'expression des affects Pas ou peu d'expression de ses besoins
Inséure ambivalent-résistant	Comportement de demande et d'agressivité Besoin d'être sécurisé sans être satisfait Exprime ses besoins de façon bruyante
Désorganisé	Comportement chaotique et instable

Il ressort de la plupart des études une répartition d'environ 60 % de personnes séures et 40 % de personnes inséures dans la population générale.

Les stratégies séures et inséures, c'est comme un goût du monde (Boris Cyrulnik), plus ou moins positif qui s'installe.

En cas de détresse, de menace, être séure, cela peut être une protection, mais on n'est pas invulnérable !

Être inséure, cela peut nous fragiliser, mais on peut être solide pour d'autres raisons ! Avoir un attachement désorganisé, cela peut devenir un facteur de risque en cas de gros problème dans la vie, surtout si on n'a pas d'aide de son entourage.

Alors, dans ce cas, cela peut être bénéfique de rencontrer des soignants.

Les stratégies séures et inséures évoluent tout au long de la vie :

On peut passer des unes aux autres en fonction de ce que l'on vit, des gens à qui on s'attache...

Elles constituent un cadre nécessaire pour le développement de la vie mentale : la capacité qui consiste à **réfléchir sur sa vie**, donner un sens à ses émotions et à celles des autres, tenir compte du point de vue des autres, être capable d'empathie (ressentir ce que l'autre peut ressentir), être sensible aux notions de justice/injustice, bien/mal. Elles favorisent la **transmission** de valeurs de génération en génération (grands-parents, parents, enfants) : comment, en général, on demande de l'aide ou pas, on exprime ses émotions, on est en confiance ou pas en cas de détresse ou de menace.

Le père et la mère ont des **places différentes** en tant que figures d'attachement.

La mère est plus attentive, en général, à la protection, la proximité, le père plus porté à aider l'enfant à explorer...

Mais ce n'est qu'une tendance !

Il y a des « papas poules » et « des mamans aventures » !

La vie fait que parfois, un parent peut être plus présent qu'un autre (maladie, travail, séparation).

Chaque attachement est **spécifique** de chaque figure d'attachement : une relation d'attachement avec la mère, une relation d'attachement avec le père.



Les liens d'attachement **les plus forts** sont pour le père et la mère, ensuite vient l'attachement à la famille proche, à la nounou, à l'institutrice...

Les fonctions de l'attachement interviennent dans les domaines suivants :

- Gestion des émotions, surtout quand elles sont désagréables, comme la colère, la tristesse, l'anxiété.
- Cela se passe en plusieurs étapes : d'abord grâce à ce que je vis avec mes parents, enfant, puis grâce à ce que je me représente : comment je vois le monde, la relation d'aide, les autres, en général.
- Capacité à s'engager dans de nouvelles relations.
- Adaptation socioprofessionnelle (trouver des solutions aux problèmes, bien-être, réussite dans les études).
- Aptitude à devenir une figure d'attachement soi-même et à devenir parent un jour (eh oui !).

Conclusion

La théorie de l'attachement nous relie à notre nature d'animal et à notre capacité de survie.

Elle s'appuie sur l'observation de nos comportements en cas de détresse, de menace, pour nous éclairer sur les stratégies relationnelles et de représentation que nous développons tous en lien avec nos premières expériences de bébé.

L'attachement sécure constitue un facteur de protection face aux événements stressants de la vie, l'attachement insécure nous rend plus vulnérable et l'attachement désorganisé constitue un risque plus élevé pour notre fonctionnement mental et notre résistance aux stress.

Il ne s'agit pas de maladie, mais plutôt de facteurs de protection plus ou moins élevés face à la menace, aux événements stressants qui peuvent arriver.

Les stratégies d'attachement sécures ou insécures ne sont donc pas des maladies relationnelles, bien au contraire.

Elles nous permettent de nous développer au mieux dans notre environnement, de donner un sens à notre histoire, en tenant compte de celle de nos proches.

À chaque grande étape de notre vie : enfance, adolescence, âge mûr, l'attachement se rejoue et se revisite, pouvant nous aider à comprendre et à mieux gérer certains de nos comportements, certaines de nos représentations mentales, la palette de nos émotions. Cette approche théorique peut nous aider à prendre conscience de ce qui s'est construit en nous et nous guider vers un mieux-être, voire apaiser des souffrances qui peuvent nous mener à la maladie.

Quelques références bibliographiques

CYRULNIK, B. (1983). *Mémoire de singe et paroles d'homme*, réédition 2009, Paris, Hachette Littératures.

CYRULNIK, B. (1998). *Sous le signe du lien, une histoire naturelle de l'attachement*, Pluriel, Paris.

GAUTHIER, Y., FORTIN, G. ET JELIU, G. (2009). *L'attachement, un départ pour la vie*, Canada, Éditions de l'hôpital Sainte-Justine, collection « Pour les parents ».

•••

GENET, C. ET WALLON, E. (2015). *Ça sert à quoi des parents ?* Paris, Éditions Le Pommier, coll. « Les plus Grandes Petites Pommes du savoir ».

PIERREHUMBERT, B. (2020). *L'attachement en questions*, Paris, Odile Jacob.

RAYNAUD, A. (2019). *La sécurité émotionnelle de l'enfant : comment l'aider à se construire grâce au lien d'attachement*, Marabout.

RAYNAUD, A. (2021). *Enfant sécurisé, enfant heureux : éduquer au quotidien grâce au lien d'attachement*, Marabout.

SIEGEL, D. J. ET PAYNE BRYSON, T. (2021). *L'attachement : comment créer ce lien qui donne confiance à votre enfant pour la vie*. Paris, Les Arènes.

En ligne

GUÉDENEY, N. (2010), *L'attachement, un lien vital*, Bruxelles, Éditions Fabert, à télécharger gratuitement sur Yapaka.be

« Des liens pour la vie, trousse de ressources pour l'attachement », sur Saskatchewan Prevention Institute, Canada.

Sur You Tube

Conférence du Dr Nicole Guédeney en 2016 : <https://www.youtube.com/watch?v=8RFVJdY2DFo>

La « Situation Étrange », l'expérience de Blaise Pierrehumbert : <https://www.youtube.com/watch?v=dH4TihS7gmw>

GUIDELINE POUR LES ADOLESCENTS

Attachement et adolescence

Bien avant la naissance, le petit d'homme est rêvé par ses parents et prend place dans l'histoire de sa famille, il s'enracine dans la culture à laquelle il appartient.

Théorie de l'attachement

Pour s'ouvrir au monde, le petit d'homme a besoin de réconfort, de sécurité, de chaleur affective.

Il va pouvoir développer des comportements d'attachement qu'on peut décrire. L'attachement a une base biologique qui vise à la protection du bébé, dont l'autonomie n'est pas suffisante pour assurer ses propres besoins.

Le petit active son système d'attachement quand il est désemparé, il le désactive quand il est réconforté.

Pour survivre, le bébé a besoin de proximité et de satisfaire ses besoins dans une relation sécurisante. Ce système s'inscrit donc dans la théorie de l'évolution (survie des espèces). Les parents sont les donneurs de soins inconditionnels du bébé dès sa naissance et ils deviennent des figures d'attachement en quelques mois.

Le bébé est vulnérable, il a besoin de s'attacher à ses parents.

En donnant des soins au bébé, les parents reçoivent du plaisir qui les encourage : l'échange est agréable et donne envie de continuer !

Les parents procurent au bébé une **base sécurisée** (apaisement émotionnel) qui va permettre l'exploration de l'environnement pour affronter les défis et les crises, pour négocier les conflits.

Cela va participer au développement du bébé et l'influencer tout au long de sa vie, car, selon les **expériences vécues** pendant sa petite enfance, il va se construire une vision du monde qu'il va progressivement généraliser.

Est-ce que ma figure d'attachement est proche, disponible, et attentive si j'en ai besoin ?

- **Si c'est oui**, il va pouvoir développer des stratégies **sécurisées** : explorer l'environnement, jouer avec les autres, s'intégrer socialement, surmonter les obstacles en sachant demander de l'aide si besoin, gérer ses émotions agréables et surtout désagréables, et développer des capacités de négociation – compromis, solutions aux problèmes relationnels en tenant compte du point de vue des autres.
- **Si c'est non**, il va développer des stratégies d'attachement **insécurisées** qui visent à lui permettre de s'adapter à son environnement et qui vont modifier sa curiosité, l'expression de ses émotions, la facilité ou non d'avoir des relations sociales, sans qu'il s'agisse d'une maladie, mais plutôt d'une couleur relationnelle en cas de menace.

Nous pouvons différencier plusieurs types d'attachement : sécurisées et insécurisées, détaillés dans le tableau ci-après :



Séure	Autonome Exploration facile de l'environnement Capacité à attirer l'attention d'autrui et d'exprimer ses besoins
Inséure évitant	Pseudo-indépendance Exploration facile de l'environnement Peu d'expression des affects Pas ou peu d'expression de ses besoins
Inséure ambivalent-résistant	Comportement de demande et d'agressivité Besoin d'être sécurisé sans être satisfait Exprime ses besoins de façon bruyante
Désorganisé	Comportement chaotique et instable

Il ressort de la plupart des études une répartition d'environ 60 % de personnes séures et 40 % de personnes inséures dans la population générale.

Les stratégies séures et inséures, c'est comme un goût du monde (Boris Cyrulnik), plus ou moins positif qui s'installe.

Les stratégies séures et inséures évoluent tout au long de la vie :

On peut passer des unes aux autres en fonction de ce que l'on vit, des gens à qui on s'attache...

Elles constituent un cadre nécessaire pour le développement de la vie mentale : la capacité qui consiste à **réfléchir sur sa vie**, donner un sens à ses émotions et à celles des autres, tenir compte du point de vue des autres, être capable d'empathie (ressentir ce que l'autre peut ressentir), être sensible aux notions de justice/injustice, bien/mal. Elles favorisent la **transmission** de valeurs de génération en génération (grands-parents, parents, enfants) : comment, en général, on demande de l'aide ou pas, on exprime ses émotions, on est en confiance ou pas en cas de détresse ou de menace.

Le père et la mère ont des **places différentes** en tant que figures d'attachement.

La mère est plus attentive, en général à la protection, la proximité, le père, plus porté à aider l'enfant à explorer...

Mais ce n'est qu'une tendance !

Il y a des « papas poules » et « des mamans aventures » !

La vie fait que parfois, un parent peut être plus présent qu'un autre (maladie, travail, séparation).

Chaque attachement est **spécifique** de chaque figure d'attachement : une relation d'attachement avec la mère, une relation d'attachement avec le père.

Les liens d'attachement **les plus forts** sont pour le père et la mère, ensuite vient l'attachement à la famille proche, à la nounou, à l'institutrice...

Les fonctions de l'attachement interviennent dans les domaines suivants :

- Gestion des émotions, surtout quand elles sont désagréables, comme la colère, la tristesse, l'anxiété.



- Cela se passe en plusieurs étapes : d'abord grâce à ce que je vis avec mes parents, enfant, puis grâce à ce que je me représente : comment je vois le monde, la relation d'aide, les autres, en général.
- Capacité à s'engager dans de nouvelles relations.
- Adaptation socioprofessionnelle (trouver des solutions aux problèmes, bien-être, réussite dans les études).
- Aptitude à devenir une figure d'attachement soi-même et à devenir parent un jour (eh oui !).

Alors, ça donne quoi, l'attachement à l'adolescence ?

Les liens d'attachement peuvent devenir explosifs entre les parents et les enfants autour de choses qui peuvent fâcher : les sorties, les fréquentations, les premières amours, le travail scolaire, les horaires de coucher, l'ordinateur, le téléphone, les bêtises parfois, le besoin de prendre de la distance et celui de ne pas perdre le soutien de ses parents... Tout un programme !!!

Les relations d'attachement évoluent

- Transformation des processus de pensée : je réfléchis à qui je suis, comment je me situe dans mon histoire, je suis capable de donner des significations plus nuancées, je traite l'information de la relation et je donne un sens à ce que je perçois de moi et des autres, cela me permet de collaborer dans la relation avec les autres...
- Transformation avec les parents : ils restent des figures d'attachement principales, mais s'éloignent peu à peu au profit d'autres engagements affectifs et sexuels.
- Transformation avec les copains, les copines : je m'engage dans des amitiés, j'explore d'autres relations avec des jeunes de mon âge, ou des adultes bienveillants qui deviennent importants pour moi, l'attachement devient symétrique, je suis attaché et on s'attache à moi, je deviens un « donneur de soins » et me prépare à devenir un jour parent...
- Découverte de la relation de couple, où sexualité et attachement sont liés...

Reprenons les profils sécures et insécures et leurs proportions dans la population : 60 % de sécures, 40 % d'insécures. À l'adolescence, seulement 75 % des attachements sécures de l'enfance perdurent, mais 25 % des insécures peuvent se sécuriser...

Voilà des opportunités de changement !!!

L'attachement, c'est un lien pour la vie, et pourtant, rien n'est donc jamais définitivement inscrit, tout peut évoluer, particulièrement à l'adolescence.

Conclusion

La théorie de l'attachement nous relie à notre nature d'animal et à notre capacité de survie.

Elle s'appuie sur l'observation de nos comportements en cas de détresse, de menace, pour nous éclairer sur les stratégies relationnelles et de représentation que nous développons tous en lien avec nos premières expériences de bébé.

L'attachement sécure constitue un facteur de protection face aux événements stressants de la vie, l'attachement insécure nous rend plus vulnérable et l'attachement désorganisé constitue un risque plus élevé pour notre fonctionnement mental et notre résistance aux stress.



Il ne s'agit pas de maladie, mais plutôt de facteurs de protection plus ou moins élevés face à la menace, aux événements stressants qui peuvent arriver.

Les stratégies d'attachement sécurés ou insécurés ne sont donc pas des maladies relationnelles, bien au contraire.

Elles nous permettent de nous développer au mieux dans notre environnement, de donner un sens à notre histoire, en tenant compte de celle de nos proches.

À chaque grande étape de notre vie : enfance, adolescence, âge mûr, l'attachement se rejoue et se revisite, pouvant nous aider à comprendre et à mieux gérer certains de nos comportements, certaines de nos représentations mentales, la palette de nos émotions.

Quelques références bibliographiques

CYRULNIK, B. (1998). *Sous le signe du lien, une histoire naturelle de l'attachement*, Pluriel, Paris.

DOLTO, F. (1988). *La cause des adolescents*, Paris, Robert Laffont.

DOLTO, F. ET DOLTO-TOLITCH, C. (1989). *Paroles pour adolescents : le complexe du homard*, Paris, Hatier.

GAUTHIER, Y., FORTIN, G. ET JELIU, G. (2009). *L'attachement, un départ pour la vie*, Canada, Éditions de l'hôpital Sainte-Justine, collection « Pour les parents ».

GENET, C. ET WALLON, E. (2015). *Ça sert à quoi des parents ?* Paris, Éditions Le Pommier, coll. « Les plus Grandes Petites Pomes du savoir ».

PIERREHUMBERT, B. (2020). *L'attachement en questions*, Paris, Odile Jacob.

RAYNAUD, A. (2019). *La sécurité émotionnelle de l'enfant : comment l'aider à se construire grâce au lien d'attachement*, Marabout.

SIEGEL, D. J. ET PAYNE BRYSON, T. (2021). *L'attachement : comment créer ce lien qui donne confiance à votre enfant pour la vie*. Paris, Les Arènes.

VAILLANT, M. (2001). *L'adolescence au quotidien* (1^{re} éd. 1997), Paris, Syros.

En ligne

GUÉDENEY, N. (2010), *L'attachement, un lien vital*, Bruxelles, Éditions Fabert, à télécharger gratuitement sur sur Yapaka.be

VUILLEZ-COADY, L., ATGER, F. ET LAMA, C. (2017) *L'attachement, un lien revisité à l'adolescence*, Bruxelles, Éditions Yapaka.be, 60 pages, à consulter ou télécharger gratuitement sur Yapaka.be

« Des liens pour la vie, trousse de ressources pour l'attachement », sur Saskatchewan Prevention Institute, Canada.

Sur You Tube

Conférence du Dr Nicole Guédeney en 2016 : <https://www.youtube.com/watch?v=8RFVJdY2DFo>

La « Situation Étrange », l'expérience de Blaise Pierrehumbert : <https://www.youtube.com/watch?v=dH4TihS7gmw>

GUIDELINE POUR LES ENFANTS

L'attachement : une théorie pour grandir

Avant que tu naisses, tes parents t'ont attendu et t'ont fait une place dans ta famille. Avant ta naissance, il s'est créé un lien spécial entre ta maman et toi. Puis tu as grandi en créant d'autres liens avec ton papa, ta famille, ta nounou. À chaque fois, cette relation s'est faite de façon différente selon leurs comportements et leur histoire, ton caractère, les événements de la vie...

Pour grandir, tu as besoin de réconfort et de sécurité

L'attachement, c'est ce qui permet au bébé d'être protégé. C'est pareil pour d'autres animaux comme le petit singe...

Le bébé ne peut pas se débrouiller tout seul pour survivre ; une personne doit rester à côté de lui et doit répondre à ses besoins : manger et boire, être rassuré quand il a peur, réconforté quand il a du chagrin, soigné quand il est malade... C'est comme ça depuis toujours. C'est quelque chose qui nous vient des parents de nos parents et encore plus loin dans la famille.

Les parents, ou ceux qui les remplacent auprès du bébé, l'aiment, et en plus **ils lui donnent les soins nécessaires** pour qu'il grandisse. **Le bébé « s'attache » à eux.** Par contre, les parents peuvent se débrouiller seuls pour survivre, mais ils reçoivent beaucoup de bonnes choses du bébé, et cela leur donne envie de continuer à s'occuper de lui. Plus tard, l'enfant s'éloigne un peu de ses parents pour découvrir d'autres personnes et d'autres lieux. Il vit de nouvelles expériences, il rencontre aussi de nouveaux problèmes. Quand il vit un moment difficile, il peut se tourner vers ses parents. **Ils sont pour lui une base de sécurité qui lui permet de se sentir mieux** quand il en a besoin.

Et toi, comment es-tu ?

Lorsque tu étais plus petit, parfois, tu t'es fait mal, tu as eu très peur, tu n'as vraiment pas été content, et tu as pu avoir un gros chagrin. Cela t'arrive sûrement encore. Dans ces moments-là, tu peux te poser trois questions.

Ces questions sont importantes, et le seront encore toute ta vie, même adulte :

- Est-ce que ma maman ou mon papa est à côté de moi et est-ce qu'il va se rendre compte que j'ai besoin de lui dans ce moment difficile ?
- Est-ce qu'il va s'occuper de moi ?
- Est-ce que sa réponse va me rassurer et est-ce que cela me permettra de faire autre chose après ?

Si tu réponds « oui » à ces trois questions, on peut penser que tu as facilement des copains, que tu vas découvrir ce que tu ne connais pas, que tu sais surmonter ta tristesse, ta peur et à ta colère. Tu peux réagir assez tranquillement à des situations stressantes. Tu fais attention à l'avis de l'autre personne ; par exemple quand tu te disputes avec quelqu'un, tu écoutes souvent ce que l'autre dit et tu cherches des solutions avec lui.

Si tu réponds « non » à ces questions, on peut penser que ça peut être difficile pour toi de trouver des solutions qui te permettent de te sentir mieux. Tu peux parfois avoir du mal à être curieux, à aller vers les autres, à arrêter tes colères ou à oublier ta tristesse.



Pour te résumer ça : on a quatre façons de se comporter quand on est stressé ou inquiet.

1. **La première façon est d'être plutôt tranquille, de se sentir rassuré** : on sait souvent se débrouiller tout seul, on va facilement vers ce qui est inconnu, on a des copains, des copines, ce n'est pas trop difficile de dire ou de montrer de quoi on a besoin et de demander de l'aide en cas de problème. C'est quand on a répondu « oui » aux trois questions précédentes.
2. **La deuxième façon est de se débrouiller tout seul**. On ne dit pas ou pas beaucoup ce dont on a besoin, on ne montre pas trop ce qu'on ressent aux gens qui pourraient nous aider. On va facilement vers l'inconnu. C'est parfois difficile de calmer ses colères, de trouver une solution aux problèmes avec les parents, les copains.
3. **La troisième façon est de ne pas savoir comment faire pour se sentir mieux**. Nos parents ont du mal à nous réconforter suffisamment pour qu'on se calme, on a besoin d'être rassuré sans arrêt. Ils disent même qu'on devient pénible avec toutes nos demandes. Par exemple, on peut piquer une colère qui dure très, très longtemps pour une petite chose, et les parents n'arrivent pas à nous calmer rapidement. C'est peut-être un peu dur, mais ça marche comme ça.
4. **La quatrième façon est de faire n'importe quoi quand ça ne va pas**. Quand on a un problème, petit ou grand, les gens disent qu'ils ne comprennent pas pourquoi on réagit comme ça : on fait des trucs qui ne servent à rien ou qui sont le contraire de ce qu'on devrait faire. On ne sait pas comment demander de l'aide et à qui en demander.

Et toi, tu te reconnais plutôt dans quelle façon de réagir ? La première, la deuxième, la troisième ou la quatrième ? Peut-être que tu reconnais aussi ton frère ou ta sœur ou un copain dans ces façons de se comporter ?

Tu as une **façon différente** de te comporter et **de t'attacher à ta maman, à ton papa, puis à tes grands-parents, à ta nounou**. Et puis, cela dépend des situations ! La vie fait parfois qu'un des deux parents est plus présent et plus disponible que l'autre à cause d'une maladie ou du travail par exemple.

Ces façons-là **changent tout au long de la vie** et c'est nécessaire pour grandir... puis vieillir ! Alors, lorsque tu es inquiet ou que tu as du chagrin, tu utilises une de ces façons. Cela te sert à réagir et si possible à avoir moins peur, à être moins triste ou moins inquiet. Si la façon que tu as de réagir ne te permet pas de te sentir mieux, il est important que les adultes autour de toi t'aident à réagir pour passer plus facilement les moments difficiles. Tes parents, avec parfois d'autres adultes (comme les psychologues, les pédopsychiatres, les infirmières), sont là pour t'aider à te sentir mieux. Et au total, ils t'aident tous à grandir un peu plus tranquillement !