

LES TROUBLES DE L'ATTACHEMENT : UN MODÈLE INTÉGRATIF DES TRAJECTOIRES DÉVELOPPEMENTALES ATTACHMENT DISORDERS: AN INTEGRATIVE MODEL OF DEVELOPMENTAL PATHWAYS

Karolina Sztajerowska, Sabrina Schmiedel et Audrey-Ann Deneault

Volume 41, numéro 2, 2020

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1072287ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1072287ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue québécoise de psychologie

ISSN

2560-6530 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Sztajerowska, K., Schmiedel, S. & Deneault, A.-A. (2020). LES TROUBLES DE L'ATTACHEMENT : UN MODÈLE INTÉGRATIF DES TRAJECTOIRES DÉVELOPPEMENTALES. *Revue québécoise de psychologie*, 41(2), 67–82. <https://doi.org/10.7202/1072287ar>

Résumé de l'article

Le modèle de l'Attachement en situation de carence de soins extrême (ASCSE) est un modèle heuristique qui suggère une trajectoire du développement du Trouble réactionnel de l'attachement (TRA) et du Trouble de l'engagement social désinhibé (TESD). L'ASCSE est ancré dans la recherche empirique sur le TRA et le TESD et basé sur la théorie de l'attachement de Bowlby (1969/1982). Il inclut les trajectoires distinctes du TRA et du TESD, qui sont présentés comme des troubles découlant d'une perturbation du système d'attachement, et une trajectoire normative. En tant que modèle intégratif, il offre un cadre à partir duquel plusieurs questions de recherche et pistes d'interventions peuvent être dérivées.

LES TROUBLES DE L'ATTACHEMENT : UN MODÈLE INTÉGRATIF DES TRAJECTOIRES DÉVELOPPEMENTALES¹

ATTACHMENT DISORDERS: AN INTEGRATIVE MODEL OF DEVELOPMENTAL
PATHWAYS

Karolina Sztajerowska²
Université d'Ottawa

Sabrina Schmiedel
Université d'Ottawa

Audrey-Ann Deneault
Université d'Ottawa

Au cours des dernières années, certaines controverses quant à l'étiologie des troubles de l'attachement ont été mises en évidence (Lyons-Ruth, 2015). L'avènement de différentes perspectives chez les chercheurs du domaine semble s'expliquer par un manque théorique entourant le développement du Trouble réactionnel de l'attachement (TRA) et du Trouble de l'engagement social désinhibé (TESD). Effectivement, malgré le nombre croissant d'études portant sur ces troubles, aucun modèle théorique n'intègre les connaissances acquises dans ce domaine (Zeanah et Smyke, 2005). L'objectif de cet article est donc de présenter un modèle qui est cohérent avec la théorie de l'attachement ainsi qu'avec les données empiriques sur le TRA et le TSED. Le modèle de *l'Attachement en situation de carence de soins extrême* (ASCSE) propose une explication cohérente de la trajectoire développementale normative ainsi que des trajectoires respectives de ces deux troubles. L'élaboration d'un tel cadre théorique permet de clarifier les controverses actuelles et de guider les recherches futures. Afin de mettre en contexte le modèle présenté, la théorie de l'attachement est d'abord abordée et les deux troubles sont définis de façon explicite. Ensuite, une revue de la recherche empirique portant sur le TRA et sur le TSED est réalisée. Puis, les trois trajectoires possibles du modèle ASCSE sont détaillées pour permettre une présentation claire du modèle. Finalement, l'article conclut sur les limites du modèle théorique suggéré ainsi que sur les pistes de recherche future qui en découlent.

Attachement

La première relation interpersonnelle d'un être humain est celle qui se développe entre un enfant et son donneur de soins, habituellement son parent. Cette relation est primordiale pour le développement social subséquent des enfants. Selon la théorie de l'attachement, les jeunes

1. Cet article a été soumis pour publication le 3 novembre 2015. Les révisions ont été soumises le 21 juillet 2016 et l'article a été accepté pour publication le 18 septembre 2016.
2. Adresse de correspondance : 136, Jean-Jacques Lussier, Ottawa (ON), K1N 6N5. Téléphone : 613-562-5800, poste 2246. Courriel : ksza051@uottawa.ca

enfants, ayant besoin de protection et de réconfort, développent naturellement un attachement envers la personne qui répond à leurs besoins (Bowlby, 1969/1982). La confiance envers ce donneur de soins se développe de pair avec sa sensibilité et sa capacité à répondre de façon appropriée aux besoins de l'enfant. Le donneur de soins, devenant ainsi une figure d'attachement, est une base de sécurité qui soutient l'enfant dans son exploration de l'environnement et son développement socioaffectif (Bowlby, 1988).

Bowlby (1979) a proposé que l'attachement n'était pas seulement au niveau comportemental, mais également au niveau cognitif. Au fur et à mesure de ses expériences, l'enfant développe des représentations mentales de lui-même, de sa figure d'attachement, et de son environnement. La répétition d'expériences activant le système d'attachement amènerait le développement d'un script intégrant des attentes conscientes et inconscientes quant à la disponibilité de la figure d'attachement et au niveau de confiance à lui accorder (Bowlby, 1969/1982, 1973, 1980; Bretherton et Munholland, 2008). Ces représentations sont appelées *modèles internes opérants (MIO)* et permettent à l'enfant d'anticiper ainsi que de faire des plans par rapport au futur (Bretherton et Munholland, 2008). Ces MIO d'attachement ont également un impact à long terme, puisqu'ils serviront de base à l'établissement des autres relations interpersonnelles au cours de la vie (Berlin, Cassidy et Appleyard, 2008).

Évaluation comportementale de l'attachement

Chez les jeunes enfants, l'attachement est habituellement évalué par l'observation des comportements dans une situation qui provoque de la détresse. La mesure classique de l'attachement est la *situation étrangère* (SSP; Ainsworth, Blehar, Waters et Wall, 1978). Cette procédure implique le jeune enfant (ou l'enfant d'âge préscolaire en utilisant une procédure adaptée; Cassidy et Marvin with the MacArthur working group on attachment, 1992), sa figure d'attachement et un étranger. Dans un premier temps, l'enfant et la figure d'attachement sont laissés dans une pièce où se trouvent des jouets. Après quelques minutes, l'étranger entre et interagit avec la figure d'attachement, pour ensuite tenter d'interagir avec l'enfant. Après un signal (par exemple un coup à la porte), la figure d'attachement quitte la salle, laissant l'enfant seul avec l'étranger. À moins d'un besoin intense, l'étranger ne doit pas intervenir pendant la *séparation*. La figure d'attachement retourne dans la pièce quelques minutes plus tard, pour la *réunion*. L'étranger quitte alors la pièce discrètement. Après l'épisode de réunion, l'enfant est laissé seul dans la pièce. L'étranger revient dans la pièce et intervient auprès de l'enfant si nécessaire (p. ex., en cas de détresse). Finalement, la figure d'attachement revient dans la pièce pour une deuxième réunion, alors que l'étranger quitte discrètement

(Ainsworth *et al.*, 1978). Cette procédure permettrait ainsi un accès indirect aux MIO d'attachement des enfants à travers l'analyse du comportement de l'enfant, qui permet d'inférer sur ses attentes quant à la disponibilité de la figure d'attachement et sa confiance envers celle-ci (Miljkovitch, Pierrehumbert, Karmaniola et Halfon, 2003). L'évaluation de ces comportements a permis à Ainsworth et ses collègues (1978) d'établir une classification des trois stratégies d'attachement principales. Les enfants ayant une relation d'attachement de type *sécurisé* recherchent et obtiennent du réconfort de leur figure d'attachement lorsqu'ils sont en détresse et se basent sur ce lien de confiance pour explorer leur environnement. Les enfants *inséculres-évitants* minimisent leur détresse et semblent indépendants, puisqu'ils ne considèrent pas leur donneur de soins comme une source de soulagement de la détresse. Quant à eux, les enfants de type *inséculre-ambivalent* exagèrent leur détresse afin de mettre l'accent sur la dépendance envers la figure d'attachement.

L'attachement désorganisé

Suite à la classification des enfants en trois types d'attachement, plusieurs demeuraient inclassables. Main et Solomon (1986) ont remarqué que la réaction et les comportements de certains enfants étaient incohérents et contradictoires. Dans certaines dyades, elles ont également remarqué une réaction apeurée de la part du jeune enfant ou de la figure d'attachement. Elles ont donc élaboré un quatrième style d'attachement pour classer ces enfants, le type inséculre-désorganisé. La majorité des enfants présentant un attachement désorganisé à la petite enfance font une transition vers l'attachement de type contrôlant avant la fin de la période préscolaire (Moss, Cyr, Bureau, Tarabulsy et Dubois-Comtois, 2005). Il y a alors un renversement de rôle où l'enfant assume le rôle du parent, ce qu'il peut faire de façon punitive ou attentionnée (Main et Cassidy, 1988).

Plusieurs théories ont été avancées pour expliquer le comportement des enfants classifiés comme ayant un système d'attachement désorganisé. Main et Hesse (1990) ont suggéré que l'attachement de type inséculre-désorganisé est causé par un conflit irréconciliable chez l'enfant puisque le donneur de soins est à la fois une source de peur et de réconfort. La recherche indique effectivement que la présence de comportements effrayants et effrayés chez la mère est reliée à l'attachement désorganisé de l'enfant (voir Lyons-Ruth et Jacobvitz, 2008 pour une revue). L'incapacité de la mère à réconforter son enfant et les patrons de communications affectifs perturbés sont également reliés à la désorganisation de l'attachement, puisqu'ils causent également de la peur chez l'enfant (Lyons-Ruth, Bronfman et Attwood, 1999; Lyons-Ruth, Bronfman et Parson, 1999).

Troubles de l'attachement

Chez certains enfants, le système d'attachement apparaît gravement perturbé. Des expériences traumatisantes en début de vie, telles que de l'abus ou de la négligence extrême de la part du donneur de soins, interfèrent avec l'habileté de l'enfant à former des liens d'attachement normatifs (National Child Traumatic Stress Network; NCTSN, n.d.). Ces perturbations ont initialement été répertoriées dans la troisième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III) en tant que *trouble réactionnel de l'attachement* (American Psychiatric Association; APA, 1980). Alors expliquée comme un manque de sociabilité ainsi qu'un retard de croissance chez les jeunes enfants, la définition du trouble a évolué pour inclure deux sous-types soit, type inhibé et type désinhibé, dans les DMS-IV et DMS-IV-TR. Dans les deux sous-types, le trouble survient chez certains enfants ayant vécu des carences de soins extrêmes (p. ex., besoins essentiels non remplis, absence de donneur de soins stable, privation sociale, etc.). Le type inhibé correspond à une incapacité à initier des interactions sociales et une résistance au réconfort, tandis que le type désinhibé est caractérisé par une sociabilité indifférenciée envers tout individu (APA, 1994; 2000). Les deux sous-types ont été dissociés en tant que troubles distincts dans le DSM-5, où le type inhibé est appelé *trouble réactionnel de l'attachement* (TRA) tandis que le type désinhibé est nommé le *trouble de l'engagement social désinhibé* (TESD; APA, 2013).

Trouble réactionnel de l'attachement

Dans le DSM-5, le TRA figure dans la catégorie des troubles reliés au trauma et aux stressseurs. Le trouble se caractérise par (a) une tendance aux comportements inhibés; (b) une fermeture émotionnelle envers les donneurs de soins adultes; (c) un manque de recherche de réconfort et de réaction à celui-ci ou; (d) une perturbation sociale et émotionnelle. Le diagnostic du TRA est donné uniquement lorsque ces difficultés sont survenues suite à une carence de soins extrême, telles que (a) la négligence ou privation sociale; (b) des donneurs de soins constamment changeants ou; (c) un contexte qui limite sévèrement la capacité de l'enfant à développer des attachements sélectifs. Le diagnostic de ce trouble peut être posé à partir du moment où l'enfant atteint un âge développemental d'au moins neuf mois (APA, 2013).

La Classification internationale des maladies (CIM-10) classifie également le TRA et le TSED comme des troubles distincts, tous deux sous la catégorie des troubles du fonctionnement social de l'enfance (Organisation mondiale de la Santé; OMS, 2008). Le trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance (correspondant au TRA) se distingue par des anomalies persistantes associées à des perturbations émotionnelles dans

la relation avec les donneurs de soins. Ce trouble peut être caractérisé par (a) un manque de réactivité émotionnelle; (b) une réduction des interactions sociales; (c) une résistance au réconfort ou; (d) une incapacité à répondre au réconfort. Une carence évidente en soins (négligence, abus ou mauvais traitements) de la part des donneurs de soins est la cause principale de ce trouble. Le CIM-10 souligne également la différence entre un patron d'attachement insécurisé envers une figure d'attachement et le TRA.

Trouble de l'engagement social désinhibé

Malgré la distinction avec le TRA, le DSM-5 considère que le TESD découle également d'une carence de soins extrême (APA, 2013). Cependant, l'enfant atteint du TESD interagit et approche activement des adultes non familiaux. De plus, ces enfants présentent : (a) des réticences réduites ou absentes à approcher/interagir avec un adulte non familial; (b) des comportements verbaux ou physiques trop familiaux avec des étrangers; (c) une diminution ou une absence de vérification avec le donneur de soins principal lors d'un contexte non familial; ou (d) un manque de réticence à partir avec un étranger. Ces comportements sont liés à une désinhibition sociale, et non pas limités à de l'impulsivité.

Dans le CIM-10, le trouble de l'attachement de l'enfance avec désinhibition (correspondant au TESD) est plutôt défini par des comportements d'attachement diffus et non sélectifs tels que : (a) la tendance à s'accrocher aux gens; (b) la recherche d'attention et d'affection; ou (c) des comportements d'approche amicale indiscriminés (OMS, 2008). Des donneurs de soins constamment changeants ou un contexte qui limite sévèrement la capacité de l'enfant à développer des attachements sélectifs semblent être la cause de ce trouble. Le CIM-10 spécifie également que ce trouble a tendance à persister malgré des changements significatifs dans l'environnement de l'enfant. La définition du DSM-5 ne relate aucun lien entre le TESD et l'attachement, tandis que celle du CIM-10 reconnaît le TESD comme une perturbation du système d'attachement. Un débat demeure quant à savoir si le TESD découle d'une perturbation du système d'attachement ou non (Lyons-Ruth, 2015; Zeanah et Gleason, 2015).

Controverses étiologiques

Bien que la majorité des chercheurs et des professionnels de la santé soit en accord avec la définition de ces troubles, tous ne s'entendent pas sur leur étiologie. Ils s'entendent néanmoins pour dire que les troubles ne sont ni de la désorganisation ni un cinquième type d'attachement, contrairement aux hypothèses de St-Antoine et Rainville (2004) et de Green (2003). Même si certaines études ont trouvé un lien entre les

comportements indiscriminés et la désorganisation (p. ex., Gleason *et al.*, 2014; O'Connor, Marvin, Rutter, Olrick et Britner, 2003), le TRA et le TSED ne seraient pas liés à un type d'attachement spécifique (Rutter, Kreppner et Sonuga-Barke, 2009). Les classifications d'attachement ne sont pas non plus considérées comme étant des entités diagnosticables en soi, elles sont plutôt considérées comme des facteurs de risque ou de protection de risque (Zeanah et Smyke, 2008). Les chercheurs dans le domaine font également remarquer la distinction entre ces troubles et la désorganisation d'attachement en soulignant que les troubles d'attachement sont rares, même en situation de carence extrême (Zeanah et Gleason, 2010), tandis que la désorganisation peut atteindre des niveaux très élevés dans ces situations (p. ex., 65 % des enfants; Zeanah, Smyke, Koga, Carlson et BEIP Core Group, 2005). Bien que les chercheurs s'entendent sur ce point, une controverse persiste à savoir si le TSED découle d'un trouble de l'attachement comme le TRA (CIM-10 : OMS, 2008; Lyons-Ruth, 2015).

Deux troubles distincts

En concordance avec le rationnel du CIM-10 et du DSM-5, Zeanah et Gleason (2015) argumentent que le TRA et le TSED sont deux troubles distincts, malgré le fait qu'ils découlent tous les deux d'une carence de soins extrême. Notamment, ils indiquent que ces troubles diffèrent au niveau de leurs comorbidités. Les enfants atteints par le TRA présentent des symptômes de dépression tandis que les enfants atteints par le TSED manifestent plutôt des comportements liés à l'impulsivité. Ainsi, le phénotype clinique du TRA semble converger vers le spectre des troubles internalisés, tandis que TSED paraît rejoindre le spectre des troubles externalisés (Zeanah et Gleason, 2015). Des recherches récentes ont également révélé des contrastes quant à leurs réponses aux interventions. En effet, la majorité des enfants atteints du TRA semble avoir moins de difficulté sociale avec un donneur de soins stable qui répond aux besoins d'attachement de l'enfant contrairement aux enfants affectés par le TSED (Zeanah et Gleason, 2015; Zeanah et Smyke, 2008). De plus, ces auteurs distinguent que le TRA se caractérise notamment par l'absence de *comportements d'attachement* envers les donneurs de soins primaires tandis que le TSED se définit principalement par des *comportements sociaux* indiscriminés vis-à-vis des étrangers. Ainsi, le TSED ne serait pas un trouble découlant de l'attachement selon eux, mais plutôt une tendance à ne pas respecter les normes culturelles lors des interactions avec d'autres (Zeanah et Gleason, 2010).

TESD : un comportement d'attachement

En opposition avec Zeanah et Gleason (2015), Lyons-Ruth (2015) estime que le TSED peut être expliqué par la théorie de l'attachement et considère ce trouble comme étant une perturbation de l'attachement en bas âge. Selon une perspective d'attachement, le développement normatif permet la formation d'une ou de plusieurs relations d'attachement *sélectif* envers un donneur de soins qui répond de manière constante aux besoins de l'enfant (Lyons-Ruth, 2015). D'ailleurs, le concept de *sélectivité* fait référence à la capacité d'un enfant de sélectionner une figure d'attachement *spécifique* pour obtenir du réconfort (Bowlby, 1969/1982). La *sécurité* d'attachement reflète plutôt la qualité d'une relation *déjà* établie avec une figure d'attachement (Ainsworth, *et al.*, 1978). Étant donné qu'une carence de soins extrême peut engendrer le développement du TSED, Lyons-Ruth (2015) estime que les enfants atteints de ce trouble n'ont pas l'opportunité de développer un attachement *sélectif* considérant l'absence d'une figure d'attachement stable (voir Rygaard, 2005 pour une discussion plus approfondie). De ce fait, plutôt que d'être une perturbation du comportement social, le TSED serait une absence de comportements d'attachement. Lyons-Ruth (2015) conclut donc que la déviation de l'attachement normatif est une caractéristique essentielle dans l'étiologie du TSED.

MODÈLE INTÉGRATIF

Le modèle de l'*Attachement en situation de carence de soins extrême* (ASCSE) est un modèle heuristique qui cherche à expliquer l'étiologie du TRA et du TSED par l'intégration de différentes perspectives étiologiques, de données probantes et de la théorie de l'attachement. Ce modèle présente le TRA et le TSED comme étant deux troubles distincts découlant tous deux d'une perturbation du système d'attachement. Le modèle ASCSE comprend ainsi trois trajectoires d'attachement possibles : (a) la trajectoire normative; (b) la trajectoire du TSED; et (c) la trajectoire du TRA.

Trajectoire normative

Selon le modèle ASCSE, l'absence de carence de soins extrême permet à la majorité des enfants de développer un lien d'attachement normatif. De manière générale, ces enfants ont un donneur de soins stable qui peut servir de figure d'attachement. Ainsi, selon la réponse du donneur de soins à ses besoins, l'enfant développera des MIO d'attachement représentatifs de ses expériences. Conséquemment, le développement de ces MIO d'attachement mènera à l'adoption d'un style d'attachement sécurisé, évitant, ambivalent ou désorganisé.

De la sorte, le modèle ASCSE intègre la théorie de l'attachement et les classifications d'Ainsworth et ses collègues (1978) pour expliquer le développement des quatre types d'attachement non diagnosticables. Le modèle ASCSE reconnaît que la majorité des enfants affectés par une carence de soins extrême en viennent à développer un système d'attachement normatif (Borris *et al.*, 2004; Gleason *et al.*, 2011), rendant la situation de carence nécessaire, mais non suffisante, au développement d'un trouble d'attachement. Le modèle ASCSE propose donc que certains enfants puissent développer des MIO d'attachement normatifs malgré leur situation de carence. Ce développement normatif serait facilité par la présence d'un donneur de soins stable (O'Connor et Zeanah, 2003) ou lorsque le nombre de donneurs de soins disponibles est limité, et ce, même dans une situation de carence extrême (Smyke, Dumitrescu et Zeanah, 2002). Cette trajectoire est représentée par la flèche pointillée dans la Figure 1.

Trajectoire du TESSD

La présence de carence de soins extrême est présentée dans le modèle ASCSE comme étant une condition fondamentale au développement du TRA et du TESSD, comme l'indiquent le DSM-5 et le CIM-10 (APA, 2013; OSM, 2008). Une telle condition implique généralement l'absence de figure d'attachement stable puisque le donneur de soins néglige l'enfant au point de ne pas être présent ou change constamment. En réaction à ce milieu, certains enfants affichent un fonctionnement social inadapté par l'entremise de demandes d'affection et de sociabilité non discriminatoires. À cet effet, le modèle propose que les enfants atteints du TESSD développent un MIO d'attachement selon lequel quiconque peut être un donneur de soins capable de répondre à leurs besoins. Ainsi, les enfants tentent de satisfaire leurs besoins d'affection et de protection auprès de n'importe qui, et ce, en généralisant leurs comportements d'attachement de façon indifférenciée. La création de liens d'attachement par une sociabilité indifférenciée et non sélective serait donc à la base des symptômes typiques du TESSD. Même si plusieurs études, dont le BEIP, ont utilisé la SSP pour évaluer l'attachement des enfants atteints du TESSD (Gleason *et al.*, 2014), Lyons-Ruth (2015) ainsi que Rutter et ses collègues (2009) suggèrent que les comportements évalués ne sont pas des comportements d'attachement spécifiques. Cela expliquerait pourquoi les comportements indiscriminés seraient autant associés à l'attachement sécurisé qu'à l'attachement insécurisé (p. ex., Lyons-Ruth, Bureau, Riley et Atlas-Corbett, 2009; Zeanah *et al.*, 2005). En effet, ces comportements seraient non spécifiques et seraient manifestés non seulement envers le donneur de soins, mais également envers l'étranger dans la SSP (Markovitch *et al.*, 1997). De cette manière, le

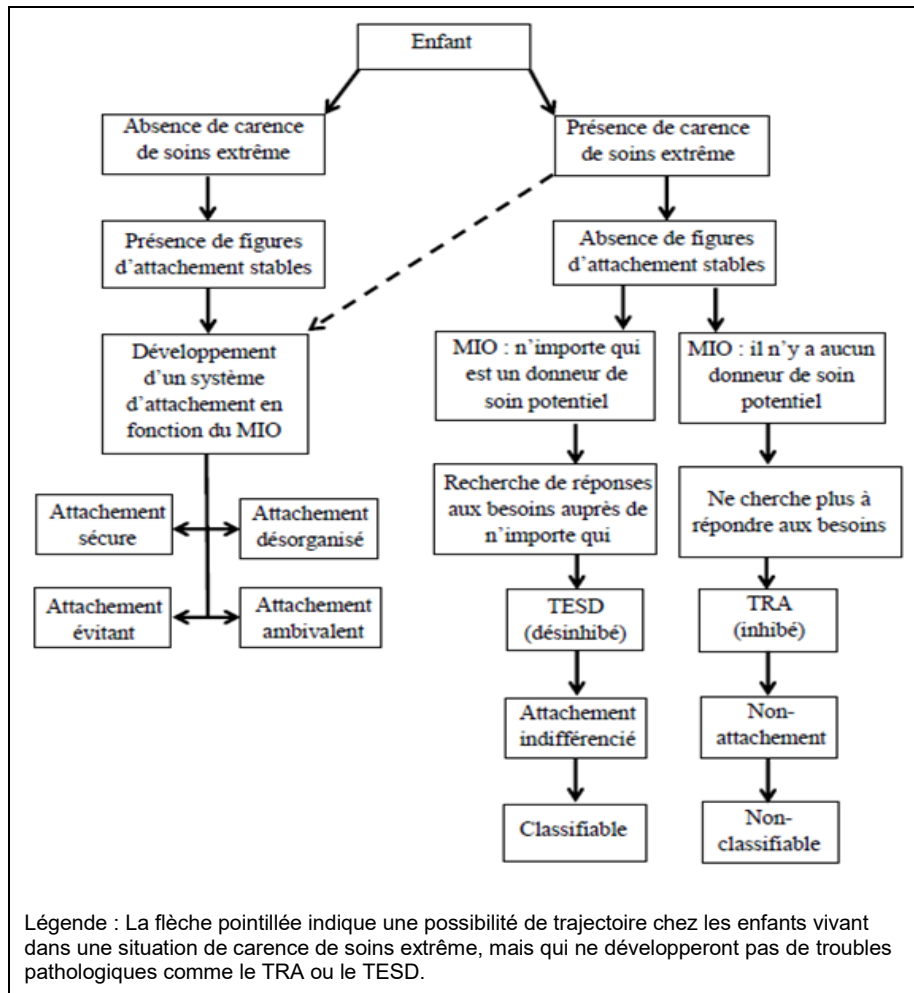


Figure 1. Modèle de l'attachement en situation de carence de soins extrême (ASCSE).

modèle ASCSE explicite le processus selon lequel un manque de soins appropriés lors de la petite enfance entraîne une réaction sociale inadaptée révélatrice d'un attachement indifférencié chez les enfants atteints du TSED.

Trajectoire du TRA

Tout comme pour la trajectoire du TSED, la présence de carence de soins extrême implique l'absence de figures d'attachement stables. Il est probable que, durant leur petite enfance, les signaux de détresse et

demandes de réconfort de ces enfants ont été ignorés. En réaction à ce manque, certains enfants pourraient penser que personne n'est en mesure de répondre à leurs besoins. Il est difficile pour ces enfants de développer une confiance envers un donneur de soins, et donc des liens d'attachement. Ces enfants intégreraient donc un MIO d'attachement selon lequel aucun donneur de soins n'est disponible. Ils auraient ainsi développé une incapacité à faire confiance traduite par l'inhibition de leur comportement d'attachement et par leur hypervigilance face aux tentatives de rapprochement. Ces enfants ne seraient pas classifiables en utilisant la SSP classique, puisqu'ils n'ont pas nécessairement formé de lien d'attachement spécifique (Smyke *et al.*, 2002; Zeanah *et al.*, 2005).

Intégration empirique

Le modèle ASCSE s'aligne avec les observations empiriques selon lesquelles le TRA et le TESD ne sont pas reliés à un type d'attachement spécifique (Gleason *et al.*, 2011; Zeanah *et al.*, 2005). Conformément à la recherche dans le domaine, l'attachement des enfants atteints du TESD peut être classifié en utilisant la SSP, puisqu'ils démontrent des comportements d'attachement. L'attachement des enfants atteints du TRA ne serait pas classifiable avec la SSP étant donné l'inhibition de leurs demandes d'aide et d'affection qui bloquerait les comportements d'attachement.

Ce modèle théorique permet également d'expliquer pourquoi, lorsque les enfants sont placés dans un environnement positif, les symptômes du TRA auraient tendance à se résorber davantage que ceux du TESD (Smyke *et al.*, 2012). Dans ce sens, en évoluant dans un milieu stable et sécurisant avec des donneurs de soins adéquats, l'enfant atteint du TRA apprend graduellement à faire confiance à ses donneurs de soins. En répondant de manière efficace et appropriée aux besoins de l'enfant, les donneurs de soins mettent en place des conditions favorables au développement progressif d'un lien d'attachement stable. De telles conditions entrent en conflit avec le MIO d'attachement de l'enfant, selon lequel il n'a aucun donneur de soins potentiel pour répondre à ses besoins. Ainsi, la présence d'un donneur de soins adéquat contribue à l'actualisation de son MIO d'attachement. Le MIO d'attachement d'un enfant atteint du TESD tient déjà pour acquis que quiconque est un donneur de soins potentiel. Une fois dans un environnement positif, la présence d'un donneur de soins répondant à ses besoins concorde ainsi avec son MIO initial. Cette concordance rend plus difficile le processus d'actualisation du MIO d'attachement, ce qui n'amène pas les enfants atteints du TESD à développer des attachements sélectifs.

Bref, le modèle ASCSE présente le TRA et le TESD comme *deux* troubles ayant des trajectoires différentes, bien qu'ils découlent d'une

carence de soins extrême. Cette conceptualisation est en accord avec la distinction des deux troubles dans le DSM-5 et dans le CIM-10 ainsi qu'avec la position de Zeanah et Gleason (2015). Intégrant la perspective de Lyons-Ruth (2015), le modèle ASCSE implique aussi que le TSED soit relié à une perturbation du système d'attachement de l'enfant, suivant davantage la définition du CIM-10, qui utilise la terminologie de trouble de l'attachement de l'enfance avec désinhibition pour désigner le TSED (OMS, 2008).

Toutefois, la validation de ce modèle théorique n'a pas encore été réalisée. Il serait important de réaliser une étude évaluant les comportements d'attachement des enfants atteints du TRA et du TSED. Pour ce faire, il est proposé d'utiliser la SSP (Ainsworth *et al.*, 1978) avec un système de codification adapté. La SSP demeure une mesure de choix pour évaluer l'attachement, puisqu'elle est plus efficace pour mesurer l'attachement que les procédures semi-structurées (Boris *et al.*, 1999), présente une stabilité au moins modérée au cours du temps (Main, Kaplan et Cassidy, 1985) et possède une validité prédictive significative (Lyons-Ruth, 1996). Cependant, l'utilisation de la SSP avec des enfants atteints de trouble d'attachement se veut problématique en ce qu'elle tient pour acquis qu'un lien d'attachement *spécifique* au donneur de soins a été formé, ce qui n'est pas nécessairement le cas pour ces enfants (Smyke *et al.*, 2002). Une adaptation du système de codification incluant les comportements de l'enfant face à l'étranger permettrait de mieux évaluer la sélectivité des comportements d'attachement en amenant un niveau de comparaison pour les comportements avec la figure d'attachement (O'Connor *et al.*, 2003; O'Connor et Zeanah, 2003).

CONCLUSION

Le modèle ASCSE propose une explication théorique qui regroupe le développement de l'attachement normatif chez les enfants et le développement des troubles de l'attachement que sont le TRA et le TSED. Selon ce modèle, les enfants n'ayant pas vécu de carence de soins extrême auraient accès à des figures d'attachement stables envers qui ils développeraient un style d'attachement particulier. Plusieurs enfants exposés à une carence de soins extrêmes n'auraient pas l'opportunité de développer des liens envers une figure d'attachement stable. Certains intégreraient donc l'idée qu'ils doivent s'attacher à tout le monde afin que leurs besoins soient comblés (trajectoire du TSED). D'autres assimileraient plutôt l'idée que personne ne peut répondre à leurs besoins et inhiberaient donc ces derniers pour ne s'attacher à personne (trajectoire du TRA).

Bien que le modèle suggéré s'accorde avec la théorie de l'attachement et avec les descriptions empiriques du TRA et du TSED, la présente

recherche comporte certaines limites. La plus grande limite résulte d'un manque de données empiriques sur les hypothèses émises par le modèle ASCSE, ce qui empêche sa validation. Ainsi, le modèle reste une explication hypothétique. Il demeure essentiel d'évaluer et démontrer que le modèle ASCSE est soutenu empiriquement avant de l'appliquer. Notamment, il serait important d'évaluer si la modification à la SSP permet de mieux mesurer l'attachement des enfants atteints d'un trouble d'attachement. Une autre limite est que le modèle ASCSE ne permet pas de différencier quels enfants développeront le TRA et quels développeront le TSED. Effectivement, le modèle n'explique pas concrètement quel MIO d'attachement l'enfant développerait suite aux conditions de carence de soins extrême et d'absence de figure d'attachement stable. À cet effet, l'apport de la mentalisation pourrait être étudié, puisque certains chercheurs (voir Fonagy et Target, 1997 et Mikic et Terradas, 2014 pour une revue) suggèrent qu'elle pourrait combler certaines lacunes dans l'explication des troubles d'attachement.

Nonobstant ces limites, il semble évident que cet article a le potentiel d'apporter d'importantes contributions. En effet, bien que la théorie de l'attachement ait été appliquée dans une pluralité de domaines pour prédire le développement de styles d'attachement, peu de recherches semblent s'appuyer sur ce cadre théorique pour étudier le TRA et le TSED. Ainsi, le modèle ASCSE est en mesure d'élargir ce cadre théorique au-delà de ses champs d'application actuels : comme mentionné par Zeanah et Smyke (2005), il n'existe aucune recherche qui fournit une explication théorique au développement du TRA ou du TSED. De plus, le modèle ASCSE intègre une compréhension plus globale de l'attachement des enfants en incluant ceux qui souffrent d'un trouble d'attachement (TRA ou TSED). Ceci amène une meilleure compréhension de la réalité des enfants institutionnalisés ou négligés, puisque plusieurs de ceux-ci pourraient être atteints du TRA ou du TSED.

Une fois validé, ce modèle ouvre également la porte au développement de nouveaux outils d'évaluations de l'attachement et de nouveaux programmes d'intervention plus appropriés pour ces enfants. Par exemple, un programme d'intervention visant une actualisation progressive du MIO d'attachement des enfants et l'élaboration de schèmes d'attachement plus appropriés pourraient bénéficier grandement aux enfants atteints du TRA et/ou du TSED. Parmi les interventions existantes, les traitements cherchant à créer des interactions positives avec une figure d'attachement stable et disponible émotionnellement ont davantage d'évidence empirique. Ainsi, il semble que les interventions intégrant la théorie de l'attachement, telles que le Attachment and Biobehavioural Catch-up (ABC; Dozier, Lindhiem et Ackerman, 2005) Intervention, le Circle of Security Intervention (COS; Marvin, Cooper, Hoffman et Powell,

2002) et le Attachment, Self-Regulation and Competency (ARC; Blaustein et Kinniburgh, 2007), soient plus efficaces pour les enfants atteints de TRA et/ou de TSED. Les enfants vivant en situation de négligence sociale, en institution ou en famille d'accueil bénéficieraient aussi particulièrement de programmes de prévention basés sur ce genre d'intervention clinique compte tenu du facteur de risque plus élevé pour eux.

Somme toute, cet article permet d'approfondir l'état des connaissances quant aux processus psychologiques sous-jacents divers phénomènes d'attachement en matière de carence de soins et pose ainsi la nécessité de réaliser davantage de recherche sur le sujet. Une telle recherche permettrait d'examiner plus en profondeur les fondements du TRA et du TSED, et ce, tout en évaluant les répercussions sur le mode relationnel des enfants.

RÉFÉRENCES

- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E. et Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Berlin, L., Cassidy, J. et Appleyard, K. (2008). The influence of early attachments on other relationships. Dans J. Cassidy et P. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications* (p. 89–111). New York, NY: Guilford Press.
- Blaustein, M. et Kinniburgh, K. (2007). Intervening beyond the child: The intertwining nature of attachment and trauma. *British Psychological Society, Briefing Paper*, 26, 48-53.
- Boris, N. W., Hinshaw-Fuselier, S. S., Smyke, A. T., Scheeringa, M., Heller, S. S. et Zeanah, C. H. (2004). Comparing criteria for attachment disorders: Establishing reliability and validity in high-risk samples. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 568-577.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss. Vol. 1: Attachment*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol. 2. Separation: anxiety and anger*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London, United Kingdom: Tavistock.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York, NY: Basic Books.
- Bretherton, I. et Munholland, K. A. (2008). Internal working models in attachment relationships: Elaborating a central construct in attachment theory. Dans J. Cassidy et P. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications* (p. 89-111). New York, NY: Guilford Press.

Un modèle intégratif des troubles de l'attachement

- Cassidy, J. et Marvin, R. S. et the MacArthur working group on attachment (1992). *Attachment organisation in 2 1/2 to 4 1/2 years olds: Coding manual*. Unpublished coding manual, University of Virginia.
- Dozier, M., Lindhiem, O. et Ackerman, J. P. (2005). *Attachment and biobehavioral catch-up: an intervention targeting empirically identified needs of foster infants*. Dans L. J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson et M. T. Greenberg (dir.), *Enhancing early attachments: Theory, research, intervention, and policy* (p. 178-194). New York, NY: Guilford Press.
- Fonagy, P. et Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(04), 679-700.
- Gleason, M. M., Fox, N. A., Drury, S., Smyke, A., Egger, H. L., Nelson, C. A., Gregas, M. C. et Zeanah, C. H. (2011). Validity of evidence-derived criteria for reactive attachment disorder: Indiscriminately social/disinhibited and emotionally withdrawn/inhibited types. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50, 216-231.
- Gleason, M. M., Fox, N. A., Drury, S. S., Smyke, A. T., Nelson, C. A. et Zeanah, C. H. (2014). Indiscriminate behaviors in previously institutionalized young children. *Pediatrics*, 133(3), 657-665.
- Green, J. (2003). Are attachment disorders best seen as social impairment disorders? *Attachment and Human Development*, 5, 259-264.
- Lyons-Ruth, K. (1996). Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns. *Development and Psychopathology*, 3, 207-226.
- Lyons-Ruth, K. (2015). Commentary: Should we move away from an attachment framework for understanding disinhibited social engagement disorder (DSED)? A commentary on Zeanah and Gleason. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 223-227.
- Lyons-Ruth K., Bureau J. F., Riley, C. D. et Atlas-Corbett A. F. (2009). Socially indiscriminate attachment behavior in the strange situation: Convergent and discriminant validity in relation to caregiving risk, later behavior problems, and attachment insecurity. *Development and Psychopathology*, 21, 355-367.
- Lyons-Ruth, K. et Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. Dans J. Cassidy et P. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (p. 666-697). New York, NY: Guilford Press.
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E. et Atwood, G. (1999). A relational diathesis model of hostile-helpless states of mind. Dans J. Solomon et C. George (dir.), *Attachment disorganization* (p. 33-70). New York, NY: Guilford Press.
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E. et Parson, E. (1999). Maternal frightened, frightening, or atypical behavior and disorganized infant attachment patterns. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64(3), 67-96.
- Main, M. et Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age six: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental Psychology*, 24, 415-526.
- Main, M. et Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened or frightening parental behavior the linking mechanism? Dans M. T. Greenberg, D. Cicchetti et M. E. Cummings (dir.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121-160). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Main, M., Kaplan, N. et Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. Dans I. Bretherton et E. Waters (dir.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2), 66-104.
- Main, M. et Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. Dans T. B. Brazelton (dir.), *Affective development in infancy* (p. 95-124). Westport, CT: Ablex Publishing.
- Markovitch, S., Goldberg, S., Gold, A., Washington, J., Wasson, C., Krekewich, K. et Handley-Berry, M. (1997). Determinants of behavioural problems in Romanian children adopted in Ontario. *International Journal of Behavioral Development*, 20, 17-31.

- Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K. et Powell, B. (2002). The circle of security project: Attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attachment & Human Development*, 4(1), 107-124.
- Mikic, N. et Terradas, M. M. (2014). Mentalization and attachment representations: A theoretical contribution to the understanding of reactive attachment disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 78(1), 34-56.
- Miljkovitch, R., Pierrehumbert, B., Karmaniola, A. et Halfon, O. (2003). Les représentations d'attachement du jeune enfant. Développement d'un système de codage pour les histoires à compléter. *Devenir*, 15, 143-177.
- Moss, E., Cyr, C., Bureau, J. F., Tarabulsy, G. M. et Dubois-Comtois, K. (2005). Stability of attachment during the preschool period. *Developmental Psychology*, 41(5), 773-783.
- National Child Traumatic Stress Network. (n.d.). *Impact of Complex Trauma*. Retrieved from www.nctsn.org/trauma-types/complex-trauma.
- O'Connor, T.G., Marvin, R.S., Rutter, M., Olrick, J.T. et Britner, P.A. (2003). Child-parent attachment following early institutional deprivation. *Development and Psychopathology*, 15, 19-38.
- O'Connor, T. G. et Zeanah, C. H. (2003). Attachment disorders: Assessment strategies and treatment approaches. *Attachment et Human Development*, 5(3), 223-244.
- Organisation mondiale de la santé. (2008). Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du Comportement. Dans *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexe (CIM-10)*. Genève, Suisse : Masson.
- Rutter, M., Kreppner, J. et Sonuga-Barke, E. (2009). Emanuel Miller Lecture: Attachment insecurity, disinhibited attachment, and attachment disorders: Where do research findings leave the concepts? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(5), 529-543.
- Rygaard, N. P. (2005). *L'enfant abandonné : guide de traitement des troubles de l'attachement*. Bruxelles, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Smyke, A. T., Dumitrescu, A. et Zeanah, C. H. (2002). Attachment disturbances in young children. I: The continuum of caretaking casualty. *Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry*, 41(8), 972-982.
- Smyke, A., Zeanah, C. H., Gleason, M. M., Drury, S. S., Fox, N. A., Nelson, C. A. et Guthrie, D. (2012). A randomized controlled trial comparing foster care and institutional care for children with signs of reactive attachment disorder. *American Journal of Psychiatry*, 169(5), 508-514.
- St-Antoine, M. et Rainville, S. (2004). Les troubles d'attachement en regard de certains profils cliniques et leur pronostic. *Prisme*, 44, 230-247.
- Zeanah, C. H. et Gleason, M. M. (2010). Reactive attachment disorder: A review for DSM-V. *Report presented to the American Psychiatric Association*. Récupéré de <http://www.dsm5.org>
- zeanah, c. h. et gleason, m. m. (2015). annual research Review: Attachment disorders in early childhood – clinical presentation, causes, correlates, and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 207-222.
- Zeanah, C. H. et Smyke, A. T. (2005). Building attachment relationships following maltreatment and severe deprivation. In L. J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson et M. T. Greenberg (dir.), *Enhancing early attachments* (p 178-194). New York, NY: Guilford Press.
- Zeanah, C. H. et Smyke, A. T. (2008). Attachment disorders in family and social context. *Infant Mental Health Journal*, 29, 219-233.
- Zeanah, C. H., Smyke, A. T., Koga, S., Carlson, E. et BEIP Core Group (2005). Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Development*, 76(5), 1015-1028.

RÉSUMÉ

Le modèle de l'Attachement en situation de carence de soins extrême (ASCSE) est un modèle heuristique qui suggère une trajectoire du développement du Trouble réactionnel de l'attachement (TRA) et du Trouble de l'engagement social désinhibé (TESD). L'ASCSE est

Un modèle intégratif des troubles de l'attachement

ancré dans la recherche empirique sur le TRA et le TESD et basé sur la théorie de l'attachement de Bowlby (1969/1982). Il inclut les trajectoires distinctes du TRA et du TESD, qui sont présentés comme des troubles découlant d'une perturbation du système d'attachement, et une trajectoire normative. En tant que modèle intégratif, il offre un cadre à partir duquel plusieurs questions de recherche et pistes d'interventions peuvent être dérivées.

MOTS-CLÉS

trouble de l'attachement, TRA, TESD, modèle ASCSE

ABSTRACT

The model of Attachment in Situations of Extreme Deficiency of Care (ASEDC) is a heuristic model that suggests a developmental pathway of the reactive attachment disorder (RAD) and of the disinhibited social engagement disorder (DSED). The ASEDC is rooted in empirical research conducted on RAD and DSED and based on Bowlby's attachment theory (1969/1982). It includes the normative path and the distinct paths of RAD and DSED, that are presented as disorders stemming from a disrupted attachment system. As an integrative model, it offers a framework from which research questions and avenues for interventions can be derived.

Keywords

attachment disorder, RAD, DSED, ASEDC model
