

# Troubles de l'attachement et douleur : une piste de lecture de la relation thérapeutique dans les situations difficiles.



Dr Valérie Guillouf - Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur - CHRU - CAEN

## I. Eléments de biographie :

John Bowlby dit de sa propre enfance : « *qu'elle l'avait suffisamment blessé, même s'il n'en était pas sorti brisé* ».

John Bowlby est né en 1907 au sein d'une famille londonienne de la haute bourgeoisie. Enfant il est séparé à 4 ans de sa nounou et son parrain décède brutalement sous ses yeux d'une crise cardiaque lors d'un match de football auquel il participait alors qu'il est âgé de 12 ans. Son grand père, est mort alors que son père n'avait que 5 ans. Il parcourait le monde comme grand reporter : pris en otage en Chine il a été assassiné avec deux collègues en 1860. Son corps n'a jamais été rendu à sa famille. Une fois plus âgé, le père de Bowlby a pris soin de sa mère au point de ne se marier qu'au décès de celle-ci. On peut comprendre alors la sensibilisation du futur thérapeute au deuil précoce et à ses conséquences.

On pense aussi à l'impact d'une éducation qui comportait à l'époque des violences physiques et psychiques, vécues tant auprès de sa gouvernante qu'au sein de l'internat où il a été envoyé vers l'âge de 8 ans. On comprend mieux alors son intérêt pour les méthodes éducatives visant à l'épanouissement personnel de l'enfant, conçu comme fondamentalement bon, et sur lequel il ne convenait d'exercer aucune violence.

Bowlby a insisté par la suite sur l'importance non pas tant sur ce que les parents font, mais sur l'influence de l'interaction entre le parent et son enfant et la qualité relationnelle qui l'emporte sur la quantité. Dans ce cadre, la mère de Bowlby apparaît comme une femme active, sportive, intelligente qui savait consacrer du temps à ses enfants, les respecter et discuter avec eux. Son père par ailleurs, même s'il était peu présent, a su respecter le choix d'orientation professionnelle de son fils sans lui imposer une formation militaire qui était la sienne.

Si Bowlby a si mal vécu la séparation d'avec sa famille et l'austérité de l'internat, c'est bien parce qu'il avait bénéficié d'un cadre familial suffisamment sécurisé. C'est aussi grâce à ce cadre qu'il a pu théoriser sur l'attachement.

En effet toutes les études récentes montrent que les personnes à l'attachement évitant, dont l'enfance a été marquée par un manque affectif, sont extrêmement déstabilisées dès qu'on leur parle d'attachement. Elles sont incapables d'évoquer leur enfance de façon réaliste, elles ont très peu de souvenirs, et elles nient l'impact que cela a pu avoir sur leur personnalité et leurs réactions actuelles(6).

## II. Bowlby et la théorie de l'attachement :

Bowlby s'est tourné vers l'éthologie naissante à l'époque, pour trouver un support théorique à ses conceptions sur le développement de l'enfant. Pour lui l'instinct qui conduit le petit à rechercher sa mère est un instinct de protection satisfaisant un besoin de sécurité à travers la relation à autrui.(6)

Au cours des deux premières années de vie, le cerveau de l'enfant est le siège de processus de réorganisation rapides qui sont très influencés par la relation parent-enfant. Le lien d'attachement entre l'enfant et ses parents modèle la maturation des réseaux neuronaux mis en jeu dans la communication affective et sociale. On parle d'accordage émotionnel entre le bébé et son parent. L'attitude positive du parent provoque une forte sécrétion d'endorphines chez le bébé. Ces opioïdes cérébraux agissent sur la voie dopaminergique qui active le système de récompense et induit un état d'excitation et de motivation. Cet état est la conséquence de l'accordage émotionnel entre le parent et son enfant. Il y aura alors chez le bébé création d'une empreinte cérébrale d'attachement sécurisée.(4)

Le don de soin «caregiving» permet à l'enfant d'acquérir une résilience forte, un attachement sûr et une régulation de ses émotions. A l'inverse on aura un attachement insécure. Les enfants sûrs vont apprendre à réfléchir sur eux-mêmes, à se comprendre et à s'accepter et ainsi auront la capacité à comprendre et à entrer en empathie avec autrui. Devenus adultes, ils rechercheront un partenaire qui leur offre ce type de relation auquel ils ont été habitués. Les insécures n'ont pas cette sécurité psychique. L'attachement insécure correspond à un manque de flexibilité. Ces enfants se construisent une représentation du monde qu'ils sont incapables d'affronter seul, toute nouveauté ou les autres ne sont pas fiables. Les autres ne sont pas disponibles en cas de problème et de toute façon ils ne méritent pas d'être aidé.

### Evaluation de l'attachement à 18 mois par le paradigme de la situation étrange (6)

Type d'attachement	Enfant	Caregiver
Sûre	Utilise le <i>caregiver</i> comme base de sécurité pour l'exploration. Proteste en cas de départ du <i>caregiver</i> , recherche sa proximité, est rassuré par son retour, et retourne alors explorer. Peut être rassuré par un étranger, mais montre une préférence nette pour le <i>caregiver</i>	Répond de façon appropriée, rapide et cohérente aux besoins.
Évitant	Peu d'échange affectif durant le jeu. Peu ou pas de signe de détresse en cas de séparation, peu ou pas de réaction visible lors du retour, s'il est pris dans les bras ignore ou se détourne sans faire d'effort pour maintenir le contact. Traite les étrangers de la même façon que le <i>caregiver</i>	Peu ou pas de réponse à l'enfant stressé. Décourage les pleurs et encourage l'indépendance.

Anxieux/Ambivalent	Incapable d'utiliser le <i>caregiver</i> comme base de sécurité, recherche la proximité avant que la séparation ne survienne. Stressé par la séparation mais de façon ambivalente, en colère, montre de la répugnance à manifester des signes de sympathie pour le <i>caregiver</i> et retourne jouer. Préoccupé par la disponibilité du <i>caregiver</i> , cherche le contact mais résiste avec colère lorsqu'il survient. Pas facilement apaisé par un étranger.	Incohérence entre des réponses appropriées et d'autres négligentes.
Désorganisé	Comportements incohérents par instant. Ils sont susceptibles de s'immobiliser, comme pétrifiés de peur au moment de rejoindre leur mère, qu'ils tentent parfois d'approcher de biais, ne parvenant pas à maintenir leur attention au point de paraître absents, confus et désorientés.	Figé ou comportement intrusif, se tient en retrait, confusion des rôles, erreurs de communication affective, maltraitance.

### III. Attachement et émotion :

Bowlby insiste sur le fait que c'est l'état affectif du parent qui a le plus d'impact sur l'enfant, et que cet impact négatif peut être grandement atténué par les réactions adéquates de l'autre parent, ou par le recours à des personnes extérieures comme substituts et soutien affectif à l'enfant. La réaction aux émotions est le reflet du style d'attachement. La qualité de la régulation émotionnelle d'origine parentale est déterminante sur la nature de l'attachement que l'enfant va constituer avec ses donneurs de soins, et ce au long cours.

Concernant la colère, il s'agit au départ, d'une réaction positive par laquelle le bébé essaie d'obtenir l'aide dont il a besoin. C'est ce que Bowlby appelle « la colère d'espoir », le bébé espère être entendu. Elle vise à décourager à l'avenir le manque d'attention de la figure d'attachement et tend à maintenir des liens d'attachement forts. Mais si elle aboutit à un échec, avec une absence de réaction ou une réaction négative ou un abandon, la colère devient dysfonctionnelle c'est la « colère de désespoir » décrite par Bowlby. Les accès de colère deviennent alors plus longs et plus violents entraînant un éloignement de la figure d'attachement. La colère devient récurrente et dévastatrice pour l'enfant et l'adulte.

Devenus adultes, les sécures auront des colères fonctionnelles avec un déclenchement basé sur l'analyse rationnelle de la situation et non sur des biais cognitifs paranoïdes « ils m'en veulent » ou sur un besoin incontrôlable de punir ou de blesser l'autre. Ils attendent une solution au problème, la

colère est contrôlée, sans méchanceté et des conséquences positives sont attendues sans culpabilité ou honte.

Le langage émotionnel et la distorsion de l'information est une conséquence de ces troubles. On parle d'alexithymie qui vient du grec et exprime le fait que l'individu ne dispose pas de mots pour qualifier ce qu'il ressent. Quand nous manquons de mots, il n'est pas seulement difficile de communiquer avec les autres mais d'abord avec nous même, par in discrimination dans la perception même de ce que nous vivons et dans les raisonnements qui nous sont accessibles. Il existe dès lors une incapacité à prendre des décisions personnelles adaptées, on aboutit à un comportement social inadapté.(3)

#### **IV. Psychopathologie de l'adulte et troubles de l'attachement :**

Bowlby a souligné très tôt les implications psychopathologiques des dysfonctionnements plus ou moins précoces des troubles de l'attachement (1942).

Pour la dépression il existe des ponts entre la théorie de Bowlby (1980) et celle de Seligman sur l'impuissance apprise (1975). Il semble exister un lien entre insécurité de l'attachement et vulnérabilité accrue des sujets adultes aux troubles dépressifs (méta analyse 2009 Bakermans-Kranenburg et al)(1).

D'autres études montrent également un lien entre dépression, style d'attachement et croyances cognitives négatives: baisse de l'estime de soi, style cognitif négatif, ruminations, perfectionnisme désadapté Toutes les formes d'anxiété seraient d'après Bowlby, en relation avec l'attente de disponibilité de la figure d'attachement(3).

Des études plus récentes se sont particulièrement intéressées à l'anxiété généralisée et à la phobie sociale et ont montré le lien entre les indicateurs d'attachement anxieux et ses troubles (Cassidy et al, 2009)(2).

#### **V. Troubles de l'attachement et thérapie des schémas :**

Les travaux de Bowlby ont abouti à une théorie de l'attachement qui se trouve incluse dans la thérapie des schémas. Les schémas expriment la non satisfaction de besoins affectifs fondamentaux, dont le besoin d'attachement est principal. On note 2 besoins importants pour l'enfant: l'attachement (nécessaire à la survie du petit enfant) et l'autonomie/contrôle de soi (qui sera nécessaire à la survie, dans son environnement, du sujet devenu adulte).(4)

En thérapie des schémas, le conflit est identifié entre des besoins affectifs fondamentaux de l'enfant et les contraintes de son environnement d'enfance et d'adolescence. Les schémas précoces sont en lien avec des processus de mémoire émotionnelle. Des techniques d'imagerie mentale, utilisent l'émotion vécue actuellement pour explorer le passé du sujet, à la recherche de situations vécues dans l'enfance étant à l'origine des schémas précoces. Cet apport, constitue un outil de conceptualisation, et aussi de modification des schémas (imagerie de reparentage, dialogues en imagerie). Les pensées qui font suite au comportement ont un impact positif ou négatif sur l'évaluation que le sujet se fait de lui-même, donc sur le sentiment de compétence (confiance en soi) ou de valeur personnelle (estime de soi). (4)

Après un long oubli, la dissociation de Pierre Janet est redécouverte aux Etats-Unis et les troubles dissociatifs sont reconnus dans les classifications internationales. La thérapie des schémas intègre la notion de dissociation, initialement pour rendre compte de la clinique du trouble de personnalité borderline. Les différents états émotionnels que manifestent les patients porteurs de ce trouble sont compris comme des séquelles des expériences nocives vécues dans l'enfance. Les troubles de l'attachement ont généré une structure dissociative de la personnalité qui se manifeste dans de brusques changements émotionnels de ces patients.(4)

Au contact du thérapeute le patient peut parfois avoir un ressenti identique à ce qu'il a pu éprouver par le passé avec un personnage important de son enfance pour lequel il ressentait de l'attachement. Cela l'amène alors à se comporter avec le thérapeute de la même manière qu'autrefois avec cette

personne. Le thérapeute quant à lui possède ses propres schémas et stratégies : il risque s'il n'est pas averti et entraîné, de les mettre en œuvre de façon contre-productive avec son patient. D'où l'importance d'être supervisé et d'avoir travaillé ses propres schémas.(4)

Lorsqu'une personne éprouve de très fortes émotions négatives, telles que la terreur et/ou qu'elle fait l'expérience d'une douleur intense on assiste à la survenue d'une désorganisation des fonctions intégratives ordinaires de la conscience et d'un rétrécissement de l'attention. L'expérience vécue ne sera pas intégrée dans l'identité de la personne et dans la mémoire autobiographique, elle restera en tant que partie séparée de la personnalité, qui continuera à avoir une existence autonome.(4)

Lors d'un trauma, ou avec la répétition de traumas, on assiste à une fragmentation de la personnalité pré-traumatique en plusieurs systèmes fonctionnant séparément. Une partie émotionnelle qui stocke les souvenirs traumatiques: images, pensées, émotions, sensations physiques et les stratégies de survie, en dehors de la conscience de soi et de la mémoire explicite; cette partie continue à vivre dans le temps du trauma et ne sait pas que du temps a passé depuis cette époque de terreur. Et, une partie apparemment normale, en lien avec les fonctions supérieures normales, qui assure le fonctionnement quotidien du sujet dans la vie actuelle, vit dans l'ici et maintenant.(4)

Ces parties s'individualisent lors de traumas intenses et/ou répétés. Elles sont des réseaux neuronaux qui deviennent séparés les uns des autres, et qui n'accèdent pas tous simultanément à la conscience du sujet. La dissociation devient structurelle, c'est-à-dire que la séparation persiste dans le temps, et que des entités indépendantes, les parties dissociatives, se mettent à fonctionner en ayant chacune leur propre logique; leurs propres repères spatiotemporels et leur propre histoire. Cette dissociation est facilitée par les antécédents d'attachement désorganisé, qui sont un facteur de réduction de la résilience du sujet. Dans l'attachement désorganisé, l'enfant présente des schémas d'attachement qui sont déjà structurellement dissociatifs, du fait d'expériences vécues avec de personnes d'attachement qui peuvent être tantôt terrorisants et tantôt rassurants, réunissant dans la même personne le bien et le mal. La séparation entre les parties dissociatives n'est pas parfaite. Les stimuli liés aux traumas deviennent des stimuli conditionnels pour la partie apparemment normale, provoquant des réactions d'évitement. Une sensibilisation à ces stimuli peut se produire, provoquant la généralisation des évitements. Des symptômes d'intrusion, issus de la partie émotionnelle apparaissent, notamment les flash-back.(4)

## **VI. Cas clinique :**

Mme M , est adressée à la consultation pour prise en charge d'un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgique, elle a 42 ans elle est mariée, a 3 enfants (24 ans, 21 ans et 17 ans) et deux petits enfants (de 3 ans et 1an). Elle travaille à son domicile comme assistante maternelle. Elle est en arrêt maladie depuis 5 mois à la suite d'une chirurgie pour otospongiose découverte suite à un AIT avec troubles auditifs.

Des douleurs dorsales sont apparues il y a 2 ans avec une augmentation progressive et une généralisation des douleurs ayant fait poser le diagnostic de fibromyalgie il y a 8 mois.

Dans les antécédents médicaux, on retrouve des migraines, une hypothyroïdie, une chondrocalcinose du genou post ménisectomie, un ulcère gastrique et un RGO, de l'asthme, une bronchite chronique. Au niveau chirurgical une cholécystectomie et une chirurgie pour otospongiose avec appareillage secondaire dans le cadre d'une perte auditive.

Elle fume et sa consommation est de 20 paquets année.

Son traitement actuel comporte : Cymbalta 60 1/j, Tramadol 150 LP 2 gél/j, Séresta 1cp /j, Levothyrox100 1cp/j, Pantoprazole 1cp/j, Xyxall 5mg 1cp/j, Lyrica 1gél 3fois /j

Elle présente des troubles anxieux depuis l'âge de 9 ans. On lui propose dans ce contexte des TCC pour l'aider à séquencer ses activités et sortir des cercles vicieux de la douleur chronique. Mais malgré un suivi régulier, on obtient peu de résultat, les douleurs persistent à l'identique et elle ne tolère pas le repos ; elle a besoin de bricoler, bouger, elle vient de refaire sa cage d'escalier. Devant

une difficulté à se poser et séquencer les activités et parallèlement une augmentation des traitements médicamenteux avec survenue d'un problème hépatique une hospitalisation lui est évoquée.

Face à cette proposition la patiente change d'attitude et explique qui lui est impossible de laisser ses enfants et petits-enfants et se met à pleurer. Elle est inaccessible au discours rassurant, elle présente une transe négative, je lui propose alors de nous expliquer ce qui lui fait peur à ce point et pourquoi elle est si désespérée à l'idée d'être séparée de ses enfants.

Elle explique alors qu'elle est la première d'une fratrie de 2. Elle est née au domicile de ses grands-parents, de père inconnu, à 15 jours de vie sa mère la laisse à ses parents en disant : « je vous la laisse sinon je vais la tuer », son grand père lui a avoué qu'elle a eu sa première baffe par sa mère à 15 jours de vie, elle ne supportait pas ses pleurs et les nuits difficiles, elle ne voulait pas de son enfant, « tu m'as empêché de profiter de ma jeunesse ».

Elle a vécu les 4 premières années de sa vie avec ses grands-parents. Puis sa mère a repris sa garde dans son nouveau foyer. Elle allait chez ses grands-parents les mercredis et pendant les vacances. De 5 à 11 ans elle a subi des violences physiques graves et un signalement a finalement déchu sa mère de ses droits parentaux suite à des coups avec une ceinture en métal ayant laissé des marques sanglantes repérées par sa maîtresse. Sa mère et son beau-père étaient alcooliques et violents et elle était le bouc émissaire alors que sa sœur était idéalisée par le couple. Sa sœur l'a pourtant protégée en s'interposant entre elle et son père alors qu'il essayait de la tuer avec une casserole en fonte. A l'âge de 11 ans elle a été placée définitivement chez ses grands-parents. A 17 ans elle rencontre son mari et à 18 ans elle attend son premier enfant : « j'ai attendu d'avoir dépassé le délai pour l'avortement et d'avoir l'âge de 18 ans pour avoir un enfant et l'annoncer à ma mère qui m'a bousculé en l'entendant et m'a ordonné d'avorter ce que je n'ai pas fait ». Quand cet enfant a eu 5 ans elle l'a confié à sa mère et peu de temps après sa mère a fait un courrier au tribunal l'accusant de maltraitance envers ses enfants pour essayer d'en récupérer la garde. Son projet a échoué, à l'époque. Alors que son fils vient d'être père la grand-mère est réapparue essayant d'agresser l'épouse de son petit-fils pour avoir la garde de ses arrière-petits-enfants, son fils a porté plainte, mais elle continue à harceler la patiente en essayant d'entrer chez elle à chaque fois qu'elle a ses petits-enfants. Elle a tenté de rentrer une fois par la fenêtre et se gare systématiquement sur le parking face à sa maison et reste dans la voiture quand ses petits enfants sont chez elle. La patiente reste terrorisée par sa mère. « Il n'y a que quand elle sera morte que je me sentirai mieux ».

On comprend alors mieux pourquoi cette tension physique, cet état d'alerte permanent de la patiente qui ne peut envisager se séparer de ses proches sans être submerger.

Suite à cette prise de conscience et cette mise en lien de ce passé traumatique avec son histoire actuelle la patiente part de la consultation rassurée prête à enfin prendre soin d'elle et travailler sur ses fantômes du passé. La mise en lumière de l'importance d'un passé traumatique agissant inconsciemment sur le comportement du douloureux chronique est un travail sur du moyen long terme indispensable dans les cas complexes et résistants.

## **VII. Conclusion :**

La théorie de l'attachement apporte une autre lecture au processus de demande de soin . La peur et la lutte contre la peur sont des questions cruciales au début de la vie pour le bébé humain. Dans la relation avec le patient, la première rencontre ne traduit pas forcément l'ambivalence du patient en termes de désir et d'agressivité, mais plutôt en termes de désir et de peur (Slade, 2008)(5). Cette reformulation a un impact majeur sur la manière dont on aborde ces patients et celle dont on peut organiser la première rencontre. En mettant la peur au cœur de notre compréhension avec les patients vécus comme difficiles, on se met en tant que professionnel dans une position de sympathie plutôt qu'en opposition avec les défenses et la résistance du patient.(3) La théorie de l'attachement insiste sur la valeur de défi que prend le processus de soin, quel que soit le soin, psychologique ou somatique, pour tel ou tel patient, par rapport à ses stratégies défensives habituelles quant à l'idée de montrer sa vulnérabilité, de la ressentir et de demander de l'aide(3). La thérapie des schémas, par

son approche intégrative est une source d'éclairage important pour mieux comprendre, et aider nos patients douloureux chroniques.

### **VIII. Bibliographie :**

1. Bakermans-Kranenburg, M.J., Van IJzendoorn, M.H. (2009). The first 10000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment and Human Development*, 11, 223-263.
2. Cassidy, J., Lichtenstein-Phelps, J., Sibrava, N. J., et al. (2009). Generalized anxiety disorder :connections with self-reported attachment. *Behavioral Therapy*, 40, 23-38.
3. Guédeney N, Guédeney A. L'attachement : approche clinique et thérapeutique. Paris : Elsevier Masson ; 2016.
4. Pascal B. La Théorie des schémas : Principes et outils pratiques. Paris : Elsevier Masson; 2015.
5. Slade, A. (2008). The implications of attachment theory and research for adult psychotherapy. In J. Cassidy, P. R. Shaver (Eds), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2e ed., P 762-782) New York: The Guilford Press.
6. Wiart Y. L'attachement, un instinct oublié. Paris : Albin Michel ; 2011.