

**UNIVERSITE DE NANTES**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2014

N° 183

**THESE**

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

DES de **Psychiatrie**

par

Delphine Berland  
née le 28 décembre 1985 à Poitiers

---

Présentée et soutenue publiquement le 06 novembre 2014

**Scarifications à l'adolescence**  
**Apports de la théorie de l'attachement à la psychopathologie et à la prise en charge**

Président : Monsieur le Professeur Olivier BONNOT

Directeur de thèse : Madame le Docteur Joëlle Poullaouec

# Remerciements

## **A Monsieur le Professeur Olivier BONNOT**

PU-PH Unité Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, CHU de Nantes

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse.

Je vous remercie de l'intérêt porté à ce travail et de votre enseignement dans le champ de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent lors des cours de DES et DESC nantais et lors des regroupements inter-universitaires.

Veillez trouver ici le témoignage de toute ma gratitude et de tout mon respect.

## **A Monsieur le Professeur Jean-Marie VANELLE**

PU-PH Service de psychiatrie de liaison, CHU Nantes

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Je vous remercie de votre enseignement et de votre présence tout au long de notre formation.

Veillez recevoir ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

## **A Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL**

PU-PH Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, CH Henri Laborit Poitiers

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse.

Je vous remercie d'avoir accepté cette participation et pour vos enseignements lors des regroupements inter-universitaires.

Veillez recevoir ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

**A Madame le Docteur Joëlle POULLAOUEC**

PH Chef du Pôle de pédopsychiatrie du secteur 44I03, CH Georges Daumezon Bouguenais

Je vous remercie d'avoir accepté de m'accompagner dans ce travail de thèse, pour votre disponibilité, le partage de vos connaissances et vos remarques constructives qui m'ont permis d'avancer dans ma réflexion.

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

**Mes pensées vont également :**

A ma mère, pour son soutien pendant toutes ces années et sa relecture attentive.

A la mémoire de mon père

A Alexandre, pour son soutien et sa patience

A mes amis, anciens de la faculté de médecine de Poitiers et de la promotion nantaise du DES de psychiatrie 2010 avec une pensée particulière pour Yoann qui nous a quitté trop tôt cette année

Aux différents services et équipes qui m'ont accompagné pendant mon internat

Aux soignants du CMP des Olivettes, pour avoir pris un temps pour échanger sur les situations cliniques

# Liste des abréviations

<b>AAI</b>	Adult Attachment Interview
<b>AEMO</b>	Aide Educative en Milieu Ouvert
<b>ASE</b>	Aide Sociale à l'Enfance
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CIM</b>	Classification Internationale des Maladies mentales
<b>CMP</b>	Centre Médico-Psychologique
<b>DSM</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>HPA</b>	système neuroendocrinien Hypothalamique-Pituitaire-Adrénocorticale
<b>HDJ</b>	Hôpital De Jour
<b>MIO</b>	Modèle Interne Opérant
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>SAD</b>	Syndrome d'Autoagression Délibérée
<b>SAR</b>	Syndrome d'Automutilations Répétées
<b>SHIP</b>	Service d'Hospitalisation Intersectoriel de Pédopsychiatrie
<b>TS</b>	Tentative de Suicide

**Scarifications à l'adolescence**  
**Apports de la théorie de l'attachement à la psychopathologie et à la prise en charge.**

<b>Introduction</b> .....	<b>9</b>
<b>I - <u>La théorie de l'attachement : de son émergence aux concepts clés</u></b> .	<b>11</b>
<b>A - <u>Naissance de la théorie de l'attachement</u></b> .....	<b>11</b>
<b>1 - <u>Son principal fondateur : John Bowlby (1907-1990)</u></b> .....	<b>12</b>
a - <u>Éléments biographiques : une enfance marquée par les séparations</u> .....	12
b - <u>Parcours professionnel : de nombreuses rencontres influentes</u> .....	12
c - <u>Chemin vers le développement de la théorie de l'attachement</u> .....	13
<b>2 - <u>Les apports de l'éthologie</u></b> .....	<b>15</b>
<b>3 - <u>L'apport des travaux de Mary Salter Ainsworth</u></b> .....	<b>16</b>
a - <u>Éléments biographiques</u> .....	16
b - <u>Analyse des résultats des observations initiales</u> .....	17
<b>4 - <u>Une théorie controversée</u></b> .....	<b>18</b>
<b>B - <u>Concepts théoriques majeurs de la théorie de l'attachement</u></b> .....	<b>18</b>
<b>1 - <u>Définitions</u></b> .....	<b>18</b>
a - <u>Comportements d'attachements</u> .....	18
b - <u>Figure d'attachement</u> .....	19
c - <u>Notion de base de sécurité</u> .....	19
<b>2 - <u>Balance dynamique entre système d'attachement et système exploratoire</u></b> .....	<b>20</b>
a - <u>Le système d'attachement</u> .....	20
b - <u>Le système exploratoire</u> .....	21
c - <u>La balance dynamique attachement-exploration</u> .....	22
d - <u>Le système peur-angoisse (ou peur-vigilance)</u> .....	23
<b>3 - <u>La Situation étrange et les différentes catégories d'attachement</u></b> .....	<b>23</b>
<b>4 - <u>Le système motivationnel du caregiving</u></b> .....	<b>28</b>
a - <u>Description</u> .....	28
b - <u>Qualités nécessaires pour un caregiving sécurisant</u> .....	29
c - <u>Développement</u> .....	33
d - <u>Influence sur les modèles d'attachement</u> .....	34
<b>5 - <u>Les représentations d'attachement ou modèles internes opérants</u></b> .....	<b>35</b>
a - <u>Construction et stabilité</u> .....	35
b - <u>Fonctions des MIO</u> .....	37
c - <u>Un rôle dans la régulation émotionnelle</u> .....	39
d - <u>L'exclusion défensive des affects</u> .....	40
<b>6 - <u>Ontogenèse de l'attachement</u></b> .....	<b>41</b>
<b>7 - <u>L'attachement au XXIème siècle</u></b> .....	<b>44</b>
<b><u>Pour résumer:</u></b> .....	<b>45</b>

## **II - Les comportements de scarification : des définitions à la clinique 47**

### **A - Définitions et délimitation du champ d'étude..... 47**

<b>1 - <u>Définitions</u> .....</b>	<b>47</b>
<b>2 - <u>Scarifications et automutilations</u> .....</b>	<b>48</b>
a - <u>Le « Deliberate Self-Harm Syndrom »</u> .....	49
b - <u>Le « Repetitive Self-Harm Syndrom »</u> .....	50
c - <u>Le Non-Suicidal Self-Injury</u> .....	51
<b>3 - <u>Distinction avec la phlébotomie</u> .....</b>	<b>51</b>
<b>4 - <u>Place dans le DSM-IV</u>.....</b>	<b>52</b>
<b>5 - <u>Champ d'étude</u>.....</b>	<b>53</b>

### **B - Les comportements de scarification non pathologiques..... 53**

<b>1 - <u>Les rites initiatiques</u>.....</b>	<b>53</b>
<b>2 - <u>Les motivations esthétiques</u>.....</b>	<b>55</b>
<b>3 - <u>Les motivations artistiques : le Body Art</u>.....</b>	<b>56</b>

### **C - Epidémiologie des scarifications..... 56**

<b>1 - <u>En population générale</u> .....</b>	<b>56</b>
<b>2 - <u>En population clinique</u> .....</b>	<b>57</b>
<b>3 - <u>Genre et âge de début</u> .....</b>	<b>57</b>
<b>4 - <u>Facteurs de risque</u>.....</b>	<b>58</b>
<b>5 - <u>Comorbidités</u> .....</b>	<b>59</b>

### **D - Clinique des scarifications .....**

<b>1 - <u>Description</u> .....</b>	<b>60</b>
<b>2 - <u>Les moyens utilisés et les localisations des lésions</u> .....</b>	<b>60</b>
<b>3 - <u>Les signes de gravité</u> .....</b>	<b>61</b>
<b>4 - <u>La séquence comportementale typique</u> .....</b>	<b>61</b>
<b>5 - <u>La douleur physique</u>.....</b>	<b>62</b>
<b>6 - <u>Les raisons du passage à l'acte</u> .....</b>	<b>63</b>
<b>7 - <u>Un phénomène contagieux</u> .....</b>	<b>64</b>

### **E - Eléments de génétique et de neuro-imagerie .....**

<b><u>Pour résumer :</u> .....</b>	<b>66</b>
------------------------------------	-----------

### **III - Le devenir de la théorie de l'attachement à l'adolescence et les outils d'évaluation à cette période..... 67**

#### **A - Abord psycho-dynamique de l'adolescence..... 67**

- 1 - La question du corps à l'adolescence..... 67
- 2 - La seconde phase de séparation-individuation ..... 70
- 3 - Un travail de deuil et des épisodes de dépression..... 72
- 4 - Des mécanismes de défense spécifiques ..... 73
- 5 - Le recours à l'agir..... 73

#### **B - Le devenir de la théorie de l'attachement à l'adolescence..... 74**

- 1 - La question de la continuité de l'attachement à l'adolescence..... 74
- 2 - L'acquisition de nouvelles capacités cognitives..... 75
- 3 - Evolution des modèles internes opérants..... 76
- 4 - La relation de l'adolescent avec ses parents ..... 76
  - a - Le partenariat corrigé quant au but..... 76
  - b - Le remaniement des relations avec les parents ..... 77
  - c - Rôle du comportement d'attachement à l'adolescence ..... 77
  - d - Un paradoxe : être bien attaché pour s'éloigner ..... 78
  - e - Notion de métacognition du système d'attachement..... 79
- 5 - La relation de l'adolescent avec ses pairs ..... 79
  - a - Le système motivationnel affiliatif..... 79
  - b - Création de nouvelles relations d'attachement..... 81
  - c - Devenir un caregiver..... 82
  - d - Les relations amoureuses..... 82

#### **C - L'évaluation de l'attachement à l'adolescence ..... 82**

- 1 - Outils d'évaluation issus du courant développemental..... 83
- 2 - Outils de mesure issus du courant psychosocial ..... 86

**Pour résumer :..... 88**

### **IV- Apports de la théorie de l'attachement à la psychopathologie et à la prise en charge des scarifications.... 89**

#### **A - Place de l'attachement dans la psychopathologie à l'adolescence..... 89**

- 1 - L'attachement sécuritaire : un facteur protecteur ..... 90
- 2 - L'attachement insécure : un facteur de vulnérabilité..... 91

#### **B - Psychopathologie des scarifications à la lumière de la théorie de l'attachement..... 94**

<b>1 - Les scarifications et la question des limites : une restauration du sentiment d'identité</b> .....	<b>95</b>
a - <u>Limites et sentiment d'identité</u> .....	95
b - <u>L'enveloppe psychique, le concept de Moi-Peau</u> .....	96
c - <u>Moi-peau, attachement et scarifications</u> .....	99
<b>2 - Les scarifications, une réponse à un défaut de régulation émotionnelle ?</b> .....	<b>101</b>
a - <u>Un défaut de reconnaissance émotionnelle ?</u> .....	102
b - <u>Un défaut de régulation émotionnelle</u> .....	104
c - <u>Les scarifications comme mode d'expression et moyen d'apaisement</u> .....	106
<b>3 - Les scarifications : une pathologie du lien ?</b> .....	<b>108</b>
<b>C - Observations cliniques</b> .....	<b>110</b>
1 - <u>Soline</u> .....	110
2 - <u>Angèle</u> .....	123
<b>D - Apports de la théorie de l'attachement à la prise en charge</b> .....	<b>133</b>
1 - <u>Les modalités de prise en charge générale et la prise en charge institutionnelle</u> ...	134
2 - <u>Le traitement médicamenteux</u> .....	136
3 - <u>Psychothérapies et apports de la théorie de l'attachement au processus psychothérapeutique</u> .....	137
a - <u>Généralités</u> .....	137
b - <u>L'importance de la réalité externe</u> .....	139
c - <u>La relation avec le thérapeute : une nouvelle base de sécurité</u> .....	140
d - <u>Le travail sur les représentations</u> .....	142
e - <u>Acquisition d'une compétence narrative</u> .....	144
4 - <u>La prise en charge familiale</u> .....	145
5 - <u>L'attachement du professionnel</u> .....	146
<u>Pour résumer :</u> .....	148
<b>Conclusion</b> .....	<b>150</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>153</b>
<u>Annexe 1 : Attachement et perte</u> .....	153
<u>Annexe 2 : Classification des actes autoagressifs</u> .....	154
<u>Annexe 3 : Le Syndrome d'Autoagression Délibérée au sein des comportements autoagressifs</u> .....	155
<u>Annexe 4 : Classification de Favazza</u> .....	156
<u>Annexe 5 : Description des catégories de l'Adult Attachment Interview en relation avec les catégories correspondantes pour les enfants lors de la situation étrange (Main, 1996)</u> .....	157
<b>Bibliographie</b> .....	<b>158</b>
<b>Serment Médical</b> .....	<b>164</b>

# Introduction

---

La psychiatrie de l'adolescent est un champ d'intérêt récent en psychopathologie. Cette période de la vie, transition entre l'enfance et l'âge adulte, comporte des particularités dans l'expression de certaines pathologies et dans l'expression des conflits et des angoisses, notamment par le recours à l'agir qui est un des modes d'expression privilégiée de ces derniers. Les questions du corps et des liens sont deux autres éléments centraux à l'adolescence.

Ainsi, le constat de la présence de comportements d'attaque du corps, de plus en plus fréquents au sein de la population adolescente, ne semble pas étonnant. Ces attaques passent très souvent par le recours aux scarifications.

Lors de mes stages en pédopsychiatrie de liaison au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes et dans le Service d'Hospitalisation Intersectoriel de Pédopsychiatrie (SHIP) de Loire Atlantique, j'ai pu rencontrer des adolescents, souvent des adolescentes, qui attaquaient leur corps par des coups de poings dans les murs, des brûlures de cigarettes et, le plus fréquemment, par des coupures cutanées multiples au niveau des avant-bras. L'histoire de ces adolescents est souvent marquée par des discontinuités, des carences affectives et de la violence intra-familiale, et ce dès la petite enfance. Or, de nombreux auteurs ont mis en évidence l'importance d'une relation précoce parent-enfant de qualité dans l'établissement du psychisme de l'enfant, notamment Bowlby par sa théorie de l'attachement.

Par ce travail, nous avons voulu explorer ce comportement de scarification, que nous serons amenés, en tant que pédopsychiatre, à rencontrer fréquemment. Nous nous sommes interrogés sur un lien possible entre ces comportements apparaissant à l'adolescence et le contexte développemental avec des relations précoces dysfonctionnantes. La théorie de l'attachement, théorie des liens, nous semblait un axe d'approche particulièrement intéressant à l'adolescence, période où justement les liens entre le jeune et son entourage se remanient.

Dans le premier chapitre de ce travail nous allons nous intéresser à la théorie de l'attachement, retraçant dans un premier temps le chemin de son élaboration. Nous verrons ensuite les différents concepts qui ont émergé de cette théorie, par des définitions des termes spécifiques et l'étude des concepts spécifiques à cette théorie avant d'en voir les données plus récentes.

Dans le second chapitre, nous aborderons les comportements de scarifications, au travers des définitions et classifications, puis par des données épidémiologiques et leur description clinique.

Le troisième chapitre va nous permettre d'aborder la question de l'adolescence, par une approche psycho-dynamique. Nous verrons ensuite dans quelle mesure ces changements ont une influence sur l'attachement, notamment sur les modèles internes et sur les relations avec les parents et les pairs. Enfin nous verrons les moyens d'évaluation de l'attachement à cette période.

Enfin dans le quatrième chapitre nous détaillerons la place de la théorie de l'attachement dans la psychopathologie de l'adolescent et nous verrons comment cette théorie peut éclairer la psychopathologie des comportements et la prise en charge en donnant de nouveaux éclairages. Nous illustrerons notre propos par deux cas cliniques.

# I - La théorie de l'attachement : de son émergence aux concepts clés

---

La théorie de l'attachement peut être considérée comme un concept clef de la deuxième moitié du XXème siècle dans le domaine de la compréhension des interactions précoces. Elle est née au croisement de l'apport de différents courants dont la psychanalyse, l'éthologie, les sciences cognitives, la cybernétique et s'appuie sur différentes méthodes telles l'observation, la reconstruction et la mise en récit.

Initialement critiquée car s'éloignant de la psychanalyse, l'intérêt pour cette théorie est finalement assez récent et elle n'a plus à faire ses preuves. De plus, elle ne cesse de s'enrichir encore actuellement par des données récentes de la neurobiologie et de l'imagerie fonctionnelle.

Nous allons dans ce premier chapitre nous intéresser, dans une première partie, à l'émergence de cette théorie en retraçant le parcours de son principal fondateur, qui va élaborer sa réflexion et vérifier ses hypothèses grâce à de nombreuses rencontres. Puis, dans une seconde partie, nous développerons les concepts théoriques majeurs de cette théorie, nous en verrons l'ontogenèse et les données récentes de la recherche pour terminer.

## **A - Naissance de la théorie de l'attachement**

Une théorie n'émerge jamais totalement par hasard à un moment donné de l'histoire. Le contexte historique de la seconde moitié du XXème siècle était propice aux premières réflexions sur l'impact d'une séparation mère-jeune enfant. Les premiers intérêts portés à l'impact d'une telle séparation et de ses effets sur le développement, point de départ de la théorie de l'attachement, sont apparus suite à la séparation de nombreux enfants de leur famille, pour les éloigner des bombardements, au moment de la Seconde Guerre mondiale. La seconde moitié du XXème siècle est également marquée par une transformation dans les représentations de l'enfance et les rapports des adultes avec les enfants (reconnaissance de compétences précoces chez les nouveau-nés, « nucléarisation » de la famille ...).

Mais cependant, dès l'avant guerre, et avant Bowlby, plusieurs précurseurs avaient déjà soulevés la question du caractère primaire de l'attachement. Citons Imre Hermann qui défendait l'idée d'un besoin primaire d'agrippement en référence aux primates, Ian Suttie qui évoquait le caractère primaire de l'attachement mère-enfant et encore Fairbairn qui proposait l'abandon de la théorie des pulsions. Anna

Freud parlera elle aussi « d'un besoin primaire d'attachement et de la nécessité de le respecter, plus encore que de protéger les enfants des bombes »[105].

## **1 - Son principal fondateur : John Bowlby (1907-1990)**

Il nous a semblé important de nous intéresser à la biographie de Bowlby au début de ce chapitre sur les aspects théoriques de l'attachement afin de comprendre l'origine de son envie de travailler sur cette notion et d'en voir apparaître progressivement le contenu.

### **a - Éléments biographiques : une enfance marquée par les séparations**

John Bowlby, quatrième enfant d'une fratrie de six, est né en 1907 à Londres au sein d'une famille issue de la haute bourgeoisie. A cette époque, comme il convenait dans ce milieu, les enfants étaient éduqués principalement par des **nurses** dans la maison familiale. Il est décrit que la famille de Bowlby avait peu d'ouverture sur la communication des émotions. La mère des enfants passait les voir une heure par jour et leur faisait la lecture. Le père de Bowlby était également peu présent : les contacts entre eux étaient limités au dimanche, jour réunissant tous les membres de la famille. A l'âge de 4 ans, Bowlby a vécu une première expérience de **séparation brutale** en perdant sa nounou attitrée lorsque celle-ci quitta la maison. Cette expérience l'a sensibilisé à la détresse réelle que peut ressentir un petit enfant en cas de perte d'un être cher. Puis c'est à une expérience de **deuil** que Bowlby a été confronté à l'âge de 12 ans, en perdant son parrain, terrassé sous ses yeux par une crise cardiaque. Au déclenchement de la première Guerre Mondiale, Bowlby alors âgé de 7 ans, intègre, avec ses frères, un internat loin des bombardements de Londres. Il a ainsi vécu une nouvelle expérience de **séparation** le contraignant aussi à faire le **deuil précoce de ses parents**. Cette institution avait de plus un mode d'éducation associant violence psychologique et châtiments corporels.

### **b - Parcours professionnel : de nombreuses rencontres influentes**

Le parcours de Bowlby va être marqué par de nombreuses rencontres dont les thèses de chacun vont nourrir sa réflexion sur le sujet des séparations mère-enfant.

Bowlby a abandonné son cursus médical au bout de deux ans, pour étudier la psychologie du développement. Puis, il passera 6 mois à Priority Gate, institution pour enfants en difficultés. La rencontre avec **John Alford**, directeur de l'institution, a été déterminante pour la suite de sa carrière. D'une part parce qu'il lui a fait découvrir les principes du psychanalyste américain Homer Lane, pour lequel « bon nombre de troubles trouvent leur origine dans les erreurs éducatives subies dans l'enfance » [105] et d'autre part car Alford soutenait la thèse qu'il existait des **liens entre les**

**troubles du comportement actuels des enfants et leur histoire de vie** (expériences familiales négatives et traumatismes). Bowlby y aura également été marqué par la rencontre avec un jeune voleur avec un statut d'enfant illégitime qui l'amène à s'interroger sur les carences affectives.

En 1929, Bowlby a repris ses études pour devenir pédopsychiatre. Il a obtenu son diplôme de médecine en 1933. A cette période Bowlby va rencontrer **Cyril Burt** (membre de la Société Britannique de psychanalyse) pour qui un foyer stable est primordial pour le développement normal de la personnalité et le **rôle de la mère important** dans la qualité des relations pour le bien être de l'enfant, ainsi que **Ronald Hargreaves**, rencontre à l'origine de sa future collaboration avec l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), déterminante dans sa carrière.

A 22 ans, en parallèle avec la reprise de ses études, Bowlby intègre l'Institut de psychanalyse, centre de formation de la Société britannique de psychanalyse, dirigé par Ernest Jones, où il entreprend une psychanalyse avec **Joan Rivière**, amie et élève de Mélanie Klein, avant de commencer sa formation. Il obtient sa qualification de psychanalyste en 1937 après plus de sept années d'analyse personnelle et quatre années d'analyse de patients sous supervision.

Bien que Bowlby critique l'approche de Mélanie Klein, théorie purement intra psychique dans laquelle peu, voire pas, d'importance est attachée à la réalité extérieure vécue par l'enfant, ses premières analyses sont néanmoins d'inspiration typiquement kleinienne. Bowlby préfère, lui, soutenir l'importance de l'environnement pour l'enfant et il préconise de traiter conjointement la mère et l'enfant, afin de modifier les bases de leur relation. Ainsi, dans ce contexte de divergence d'opinions, ses premières analyses d'enfants sous la supervision de Mélanie Klein se révèlent compliquées. Son absence d'intérêt pour la mère d'un patient hospitalisée pour dépression et son rôle possible dans les troubles du garçon scandalise Bowlby.

En 1939, Bowlby devient membre à part entière à la Société Britannique de psychanalyse.

### **c -Chemin vers le développement de la théorie de l'attachement**

La théorie de l'attachement est historiquement fondée sur la séparation, le manque et la carence.

Bowlby s'est d'abord intéressé à des **cas de carences affectives par des séparations précoces** prolongées dont la clinique lui rappelait son patient de PriorityGate qui avait également souffert de manque affectif lié à son statut d'enfant illégitime. Dans sa première recherche, il décida donc de s'intéresser aux jeunes délinquants et à leur histoire. Pour cela il a réalisé une étude à la Child Guidance Clinic de Londres, dans laquelle il a comparé 44 enfants voleurs admis à la clinique à 44 enfants témoins. Le résultat de cette étude, *Quarante quatre jeunes voleurs : leur personnalité et leur vie familiale* [25], a été publié en 1944. Cet article lui vaudra le surnom d'« Ali Bowlby et les quarante voleurs ».

Cette étude retrouve, uniquement dans le groupe des voleurs, une personnalité caractérisée par un **détachement émotionnel** et une certaine indifférence. La quasi-totalité de ces voleurs « désaffectés » avaient subi une **séparation prolongée** (plus de 6 mois) de leurs mères avant l'âge de 5 ans, illustrant ainsi l'impact des séparations précoces sur le développement. Bowlby explique le vol d'objets comme un mécanisme de compensation de la perte de l'affection maternelle ou d'un substitut stable. Il interprète également le fait que les victimes soient souvent leur propre mère, « comme l'expression de l'absence de Surmoi qui n'a pas pu se développer par un lien positif à la mère et qui ne vient pas contrôler les pulsions agressives de l'enfant » [105]. Il conclut qu'« un comportement social satisfaisant à l'âge adulte dépend de l'existence [...] de circonstances dans l'enfance permettant le développement de la capacité d'établir des relations d'objet satisfaisantes » [25].

Lorsque la seconde Guerre Mondiale éclate, Bowlby signe avec Winnicott un article avertissant des conséquences de la séparation des enfants et de leurs familles. Après la seconde Guerre Mondiale, en 1946, Bowlby prend la direction du service de pédiatrie à la Tavistock Clinique. Il soutient la thèse que lorsque, pendant ses premières années de vie, un enfant a des relations heureuses avec les membres de sa famille, il pourra avoir des relations tout aussi plaisantes avec des personnes hors du cercle familial, et si ce n'est pas le cas, il pourra éprouver des troubles émotionnels et des difficultés relationnelles. Sur le plan thérapeutique, il met l'accent sur la participation de la famille.

Bowlby travaille alors sur l'effet des séparations précoces de longue durée pour hospitalisation et engage **James Robertson** comme assistant à ses recherches. Ce dernier a travaillé avec Anna Freud et est sensibilisé à une méthodologie d'observation rigoureuse. Robertson a décrit les **trois phases lors d'une séparation durable** chez le jeune enfant : prostration colérique, désespoir plus ou moins silencieux et détachement avec indifférence à la situation.

En 1951, Bowlby publie son rapport pour l'OMS, *Maternal care and mental health* [19] (traduit en français : *Soins maternels et santé mentale*), en réponse à une demande de Hargreaves, alors à la tête du département de santé mentale de l'OMS. Dans ce rapport, il explique qu'une **relation chaleureuse et continue avec une mère, ou un substitut maternel stable, est indispensable à la santé mentale de l'enfant**, insiste sur l'importance des effets de la carence en soins maternels, et sensibilise sur l'impact des conséquences d'une séparation mère-enfant sur le développement du psychisme. Il a été traduit dans plus d'une dizaine de langues et une version vulgarisée *Child care and the growth of love*, a permis de sensibiliser le grand public.

Il publie en 1958, *The nature of the child's tie to his mother* [20], dans lequel il expose sa conception du **caractère primaire** de l'attachement et abandonne la théorie de l'étayage.

A l'aube du développement de sa théorie, la rencontre de Bowlby avec Mary Salter Ainsworth sera, comme nous le verrons, déterminante.

La théorie de l'attachement sera publiée dans les années 1970 sous la forme d'une trilogie, *Attachement et perte*[21][22][23](Annexe 1).

Bowlby décède en 1990, avant d'avoir pu mesurer l'ampleur des recherches qu'il a suscitées.

## **2- Les apports de l'éthologie**

Comme nous l'avons vu, Bowlby a mis en évidence des liens entre le comportement des enfants et leur histoire de vie passée, notamment lorsqu'il existe une séparation précoce avec la figure maternelle. Pour pouvoir **vérifier expérimentalement** ses hypothèses afin d'apporter des arguments concrets, Bowlby s'éloigne de la psychanalyse qui délaisse l'influence de l'environnement, et se tourne vers l'éthologie pour trouver un support théorique, dans une perspective évolutionniste. En effet, les travaux de l'éthologie rapportent les comportements à leur utilité pour la survie de l'individu et de l'espèce, dans la lignée des principes de Darwin, notamment les travaux de Lorenz, de Hinde et de Harlow.

Etonnamment, en 1958 également, Harlow publie *The nature of love*, relatant l'observation de singes en situation de privation sociale, dont les conclusions rejoignent celle de *The nature of the child's tie to his mother* : la proximité physique du parent correspond à un **besoin inné, primaire** du jeune et elle est essentielle à son développement mental et à sa sociabilité. Bowlby va alors opérer la jonction entre ces deux disciplines : psychanalyse et éthologie.

Bowlby cherche à montrer que l'existence de stimuli environnementaux a un impact sur la mise en place et le fonctionnement de certains comportements auxquels une espèce est prédisposée.

Bowlby, adepte des travaux de Darwin et de sa théorie de l'évolution avec la notion de sélection naturelle, considère l'attachement comme un système ayant pour but la **survie de l'espèce** et avec un caractère primaire. Selon lui, les comportements d'agrippement et de suite, les pleurs, le sourire et le babil sont des réactions innées du bébé visant à assurer la proximité de la mère et ayant donc pour fonction primordiale de protéger le bébé du danger.

Les **travaux de Lorenz**, dans les années 30, ont apporté des connaissances sur la notion d'**empreinte**. Il s'agit du phénomène, adaptatif, à l'origine de la formation de liens affectifs chez les animaux. Il se caractérise notamment par une phase critique de l'installation du comportement d'attachement en dehors de laquelle il ne pourra plus se mettre en place. Lorenz a montré qu'à sa naissance, un oison suit tout objet en mouvement passant dans son champ visuel, et qu'au bout de quelques jours il ne suit plus que l'objet auquel il s'est habitué (oie, humain ...). Cependant, si l'oison n'a aucun objet à suivre dans les 48 premières heures de sa vie, ce comportement ne se mettra pas en place par la suite, la phase critique étant dépassée. Cela montre l'interaction entre l'inné (comportement réflexe de suite) et l'acquis (objet de l'environnement) sans laquelle il n'y a pas d'expression du phénomène d'empreinte. Les travaux de **Harlow**, outre Atlantique, illustrent l'existence d'un besoin primaire d'attachement. Harlow mène des expériences sur des singes rhésus. Il apparaît qu'en présence de « substituts

maternels », mannequins de fil de fer en forme de mère singe, l'un recouvert d'un tissu doux et l'autre muni d'un biberon, les bébés singes préfèrent être auprès du mannequin doux plutôt que du mannequin nourricier. Ils cherchent également refuge auprès de ce mannequin lorsqu'un objet inattendu est introduit dans la cage. Ils ne gagnent le mannequin nourricier que lorsqu'ils ont faim et le quittent dès qu'ils sont rassasiés. Ces travaux ont ainsi mis en évidence que l'instinct conduisant le petit à rechercher sa mère est un **instinct de protection**, satisfaisant un besoin de sécurité à travers la relation à autrui, et non pas l'instinct de l'alimentation. Ses travaux ont également mis en évidence une **balance entre proximité du substitut et exploration** : à l'ouverture de la cage les jeunes se réfugient auprès du substitut en tissu et quand leur crainte s'amende ils vont explorer et s'approcher des objets effrayants. Si le substitut est absent le jeune reste prostré. Cela permet le constat que le lien ne reflète pas forcément un état de dépendance, mais qu'il peut constituer un facteur d'ouverture.

### **3- L'apport des travaux de Mary Salter Ainsworth**

#### **a -Eléments biographiques**

Ainsworth est une psychologue contemporaine de Bowlby, née en 1913 au Canada et décédée en 1999. Elle s'intéresse à la question du développement et termine ses études par une thèse portant sur la théorie de la sécurité développée par William Blatz, dont le postulat est que les enfants ont besoin de développer une dépendance sécurisée envers leurs parents pour se lancer dans l'exploration. Elle est donc déjà sensibilisée, avant sa rencontre avec Bowlby, à la notion de « base sécurisée ».

En 1950, elle se marie et suit son mari à Londres. C'est fortuitement qu'elle va travailler avec Bowlby qui cherchait alors quelqu'un pour étudier les effets de la séparation précoce d'avec la mère sur le développement de la personnalité et pour analyser les données des observations de Robertson.

En 1953, elle suit son mari qui a obtenu un poste en Ouganda. Là-bas, inspirée par les travaux de Robertson, elle décide d'observer des enfants lors de situations de séparation et d'étudier le développement de l'attachement mère-enfant. Pour cela elle recrute vingt-six familles avec des nourrissons non sevrés qu'elle rencontre régulièrement.

En 1955, elle quitte l'Ouganda pour Baltimore où elle travaille comme clinicienne à l'hôpital et comme enseignante à l'université. En 1963, elle décide de lancer à Baltimore un projet de recherche du même type qu'en Ouganda. L'idée était de pouvoir comparer ses données initiales à des données issues de familles américaines, dont les circonstances de vie sont bien différentes, pour savoir si les types d'attachement observés en Ouganda sont universels. Elle recrute à nouveau vingt-six familles dont elle suit les bébés de la naissance à un an environ.

Parallèlement elle élaborera la célèbre « Situation étrange », « paradigme tellement connu qu'il en est devenu synonyme d'attachement » [105], laissant de côté le reste de la théorie.

Ainsworth reprendra contact avec Bowlby et ensemble ils finaliseront la théorie de l'attachement. Les travaux d'Ainsworth vont se révéler fondamentaux, car permettant une vérification empirique de la théorie de l'attachement en cours d'élaboration. Bowlby va pouvoir étayer sa rédaction avec des données expérimentales scientifiquement contrôlées soutenant les arguments de sa théorie.

### **b - Analyse des résultats des observations initiales**

L'analyse des données recueillies en Ouganda, publiée sous le titre *Infancy in Uganda*, et l'étude de même type réalisée à Baltimore, vont donner des résultats similaires. Ainsworth a, en effet, identifié:

- des différences individuelles dans la qualité de l'interaction mère-enfant
- des différences dans la sensibilité des mères aux signaux de leur enfant (constatées, au cours des entretiens, à partir de la quantité de détails donnés sur le comportement de leur enfant)
- des différences dans la vitesse et le caractère plus ou moins approprié des réactions des mères aux comportements de leur enfant
- des variations individuelles dans l'équilibre entre exploration et attachement, dont elle individualise **trois types de comportement d'attachement** des bébés :

-**sécuré** : les bébés pleurent peu, explorent l'environnement en présence de leur mère ou seul en s'éloignant d'elle, mais peuvent se montrer inquiets quand la mère s'éloigne d'eux.

- **insécuré** : les bébés ne tolèrent pas la distance avec la mère, réclament sa proximité, explorent peu, pleurent beaucoup et continuent de se plaindre même pris dans les bras.

-**non attaché** : les bébés ne manifestent pas de comportements différenciés envers leur mère spécifiquement, ne protestent pas à son départ et ne l'accueillent pas à son retour.

Elle perçoit un lien entre ces variations comportementales et le type de relation mère-enfant, et identifie que le bébé développe des stratégies différentes pour avoir l'attention de la mère en fonction des réponses de celle-ci à ses besoins. Elle remarque également que la sensibilité maternelle aux signaux de l'enfant pendant les trois premiers mois a des répercussions par la suite : au 4<sup>ème</sup> trimestre, les bébés dont les mères se sont montrées plus attentives pleurent moins, ont plus recours à des expressions faciales, vocales et gestuelles pour se faire comprendre et recherchent moins fréquemment le contact quand ils ont été pris dans les bras.

Suite à ces premiers constats, Ainsworth a élaboré une procédure permettant une mesure expérimentale des phénomènes d'attachement et d'exploration, il s'agit de la « Situation étrange », que nous développerons dans la seconde partie.

#### **4- Une théorie controversée**

La théorie de l'attachement a été initialement largement critiquée et discréditée par les psychanalystes contemporains de Bowlby. On lui reproche l'**abandon des théories des pulsions et de l'étayage**, son ancrage sur la réalité des relations, son peu d'ouverture sur le monde interne et son étayage sur des données éthologiques. Bowlby abandonne en effet la théorie des pulsions avec la notion d'une accumulation d'énergie qui cherche une décharge, pour préférer l'idée d'un ensemble de systèmes innés de comportements qui seraient à la recherche de la relation et qui sont corrigés quant au but par la réponse de l'environnement. Il s'éloigne de celle de l'étayage en donnant un caractère primaire à l'attachement par le besoin de sécurité, ce qui va à l'encontre de la relation primaire à la mère sur la base de la satisfaction orale liée à la nourriture. Enfin il lui a été reproché de ne considérer que les relations effectives, l'objet réel et les interactions matérielles, cependant nous verrons que Bowlby et ses successeurs vont s'intéresser dans un second temps à la présence de modèles inconscients du comportement et à leur évaluation.

La poursuite des travaux de Bowlby par Ainsworth et son élève Mary Main a « définitivement installé l'attachement dans la psychologie du développement » [89].

En France, on commencera à parler de la théorie de l'attachement suite au débat sur cette dernière lors du « Colloque imaginaire » organisé par René Zazzo en 1974.

## **B - Concepts théoriques majeurs de la théorie de l'attachement**

### **1-Définitions**

#### **a - Comportements d'attachements**

Toute action qui favorise l'**établissement d'une proximité** avec une figure préférentielle est un comportement d'attachement.

Bowlby distingue trois comportements d'attachement innés :

- les comportements aversifs (pleurs, cris) qui amènent le caregiver<sup>i</sup> vers le bébé
- les comportements de signalisation (babillage, sourire) qui amènent également le caregiver vers le bébé pour des échanges agréables et qui maintiennent la proximité

---

<sup>i</sup> Est appelé « caregiver » la personne qui prend soin du bébé, notion qui s'intègre au système motivationnel du caregiving organisant les soins parentaux répondant aux besoins d'attachement. Nous reviendrons sur ces notions dans la quatrième sous-partie.

- les comportements actifs, qui apparaissent avec l'accroissement des compétences développementales (capacité à s'orienter vers les humains, à attraper...)

Les comportements d'attachement varient donc en fonction de l'âge et du niveau de développement de l'enfant (l'enfant pourra même, dans un second temps, choisir ses comportements d'attachement en fonction des réponses habituelles du caregiver dans le contexte). Cela représente la notion d'**équivalence fonctionnelle** des comportements, c'est-à-dire que ces différents comportements sont orientés vers le même but. Les comportements d'attachement sont toujours orientés vers les mêmes buts : assurer une proximité avec la figure d'attachement pour assurer la sécurité physique et activer le système motivationnel du caregiving, favorisant un lien réciproque de la mère à l'enfant.

### **b - Figure d'attachement**

La figure d'attachement est la **personne vers laquelle l'enfant va diriger son comportement** d'attachement. Selon Ainsworth, « tout adulte qui s'engage dans une interaction sociale et durable animée avec le bébé et qui répond facilement à ses signaux et ses approches, sera susceptible de devenir une figure d'attachement » [57]. On distingue les figures d'attachements **primaires** (caregivers primaires), qui se forment dans la première année de vie, et les figures d'attachement **secondaires** qui se forment au-delà de cette période et tout au long de la vie.

L'enfant va développer une **hiérarchie** de ses relations d'attachement en fonction de la force du sentiment de sécurité de la relation, liée à la quantité et la qualité des soins donnés. Il va ainsi distinguer, parmi les figures d'attachement primaires, une figure d'attachement **principale** et des figures **subsidiaries**. L'enfant a, en effet, un besoin primordial d'établir un lien stable et sécurisant spécialement avec une figure d'attachement particulière, qui deviendra figure privilégiée ou principale. C'est ce que Bowlby nomme le « **monotropisme** ». Le plus souvent il s'agit de la mère, car c'est elle qui passe le plus de temps avec le bébé autour des soins de routine. Les autres figures qui élèvent l'enfant représentent les figures d'attachement subsidiaires. Le concept de monotropisme ne signifie donc pas un lien exclusif, comme défini initialement par Bowlby qui reconnaîtra dans un second temps les attachements secondaires, mais un lien prioritaire qui est à la base de cette hiérarchisation.

En cas de détresse l'enfant se tournera de manière préférentielle et automatique vers sa figure d'attachement primaire principale pour se rassurer et vers les subsidiaires en cas d'absence de celle-ci.

### **c - Notion de base de sécurité**

Il s'agit, pour toute personne, du fait de savoir que l'on peut compter sur une figure de soutien qui sera accessible et disponible en cas de détresse et donc de se sentir en sécurité. Pour l'enfant il s'agit

donc de la **confiance en la disponibilité de la figure d'attachement** en cas de besoin, dans un premier temps pour l'établissement d'une proximité physique puis de manière plus générale. La proximité physique nécessaire au début de la vie va secondairement devenir un concept mentalisé et émotionnel. Cette disponibilité va lui permettre de se sentir en sécurité. C'est grâce à cette base sécurisante qu'il pourra explorer le monde environnant. En effet l'enfant sait qu'en cas de besoin il peut revenir auprès de sa figure d'attachement, qui sera disponible pour le rassurer. Cela renvoie à la notion de havre de sécurité de Bretherton : l'enfant retourne vers sa mère pour chercher réconfort et soutien.

## **2 - Balance dynamique entre système d'attachement et système exploratoire**

Bowlby s'est inspiré du concept de **systèmes motivationnels** développés par l'éthologie, pour conceptualiser sa théorie.

Un système motivationnel est inné, primaire et essentiel à la survie de l'espèce. Il est génétiquement programmé et contrôle un comportement pour atteindre un but spécifique (attachement, exploration, alimentation, reproduction, etc.). Chaque système motivationnel est activé ou désactivé par des signaux internes et environnementaux et par un système de rétrocontrôle au niveau biologique. Il est corrigé quant au but. Leur développement dépend de l'interaction avec l'environnement. De plus, pour Bowlby, les comportements associés aux systèmes motivationnels ont été sélectionnés sous la pression de l'évolution, car ils remplissaient la fonction d'assurer la survie de l'espèce. Ainsi, dans cette perspective évolutionniste, la fonction adaptative du système d'attachement vise la protection des jeunes.

C'est à partir de l'approche cybernétique, science des systèmes autorégulés, que Bowlby a théorisé en termes de **systèmes antagonistes** les systèmes d'attachement et d'exploration. Ces deux systèmes motivationnels se développent à partir de 7 mois.

Nous avons synthétisé dans des tableaux les descriptions de ces systèmes motivationnels.

### **a - Le système d'attachement**

<b>Objectifs</b>	<p>Etablir la <b>proximité</b> physique avec la figure d'attachement</p> <p>Activer le système du caregiving</p>
------------------	--

<b>Eléments activateurs</b>	Toutes conditions indiquant un danger ou entraînant du stress pour le bébé. 2 classes :- facteurs internes (douleur, fatigue ...) - facteurs externes, liés à l'environnement (présence d'étrangers, solitude, absence de la figure d'attachement ...)
<b>Eléments extincteurs</b>	Rétablissement du contact ou de la proximité avec la figure d'attachement
<b>Caractéristiques</b>	- Système contextuel : les éléments activateurs le sont plus ou moins en fonction du contexte (moment de leur survenue, distance entre la figure d'attachement et l'enfant) - Les éléments activateurs permettent d'activer un comportement d'attachement - Système constamment activé et corrigé en permanence quant au but (thermostat) : - soit contexte de forte activation où l'enfant cherche sa figure d'attachement et n'est satisfait que lorsqu'il trouve sa proximité - soit contexte « normal » où l'enfant peut poursuivre ses activités, le système continuant de contrôler l'environnement - Système permanent, actif tout au long de la vie

#### **b - Le système exploratoire**

<b>Objectif</b>	<b>Explorer</b> l'environnement pour apprendre et développer de nouvelles capacités importantes pour le développement Acquérir des compétences nécessaires pour améliorer ses chances de survie
<b>Eléments activateurs</b>	Systèmes d'attachement et de vigilance désactivés
<b>Eléments extincteurs</b>	Systèmes d'attachement et de vigilance activés
<b>Caractéristiques</b>	- Système antagoniste du système d'attachement - La proximité de la figure d'attachement permet l'exploration - Système moins rapidement activé que le système d'attachement : quand l'enfant s'éloigne, lui ou la mère visent à rétablir la distance compatible avec un sentiment de sécurité ; plus l'enfant va acquérir une capacité de locomotion et des changements de ses processus cognitifs (permanence de l'objet notamment) plus le système d'exploration sera élaboré

Le système exploratoire concerne l'**exploration** de l'environnement **physique** mais également l'exploration de l'environnement **psychique** qui va permettre à l'enfant une reconnaissance et une compréhension de soi et d'autrui, de s'autoriser à poser des questions « personnelles » à ses parents et

d'avoir une réponse authentique, de pouvoir exprimer ses émotions et donner son point de vue, ce que Grossmann nomme « sécurité psychique ».

### **c -La balance dynamique attachement-exploration**

Nous venons de voir que les systèmes motivationnels impliqués dans le phénomène de base de sécurité, système d'attachement et système exploratoire, sont **antagonistes**. Ils sont activés ou désactivés en miroir. Ainsi il existe une dynamique entre attachement et exploration. S'il existe un état d'alerte, les comportements d'attachement sont activés et inhibent les comportements d'exploration. L'activation du système exploratoire ne sera à nouveau possible que lorsque le système d'attachement sera désactivé, donc lorsque l'enfant aura trouvé réconfort auprès de sa figure d'attachement. Cette **balance dynamique**, quand elle est fonctionnelle, représente la notion de **base de sécurité**, qui se définit par le fait qu'un individu explore davantage son environnement s'il sait qu'il peut compter sur une figure de soutien.

Au fil de son développement, l'enfant va progressivement acquérir de nouvelles capacités motrices lui permettant d'avoir un contrôle actif sur la gestion de la proximité avec sa figure d'attachement et donc sur l'exploration. Un nouveau signal d'activation des comportements d'attachement va apparaître : il s'agit de la distance maximale tolérable d'avec la figure d'attachement.

La qualité de la relation va faciliter le jeu d'activation-désactivation des comportements d'attachement [89] et la base de sécurité va pouvoir se former s'il existe un lien d'attachement sécurisé. L'enfant va explorer quand il se sent en sécurité et va revenir vers sa figure d'attachement, « havre de sécurité », s'il s'en sent trop éloigné, pour se rassurer et pouvoir repartir explorer après avoir obtenu réconfort. Quand le lien d'attachement est de mauvaise qualité, les comportements d'attachement ne seront pas désactivés et l'exploration du monde extérieur ainsi que la « sécurité psychique » seront compromises. Selon Bowlby (1973), cité dans [54], « les deux versants de la balance attachement-exploration sont d'importance équivalente dans la théorie de l'attachement, car l'ouverture envers les autres et envers le monde élargi dépend beaucoup de la qualité sécurisante de l'attachement et des « modèles internes de soi et des autres » qui en résultent ». **La qualité de l'exploration est donc liée à celle de l'attachement.** Ainsi l'attachement a non seulement une fonction adaptative de protection mais également une fonction d'exploration. Pour pouvoir explorer sereinement, et plus tard se différencier, il faut être bien attaché. Nous reviendrons sur cette notion dans le troisième chapitre.

C'est cette balance entre attachement et exploration qui est utilisée dans la situation étrange.

Le père et la mère semblent avoir chacun une place particulière dans le développement de la balance attachement-exploration. La mère serait souvent la base de sécurité et le père favoriserait les capacités d'exploration par les jeux et une « incitation sensible » [54].

Un parallèle peut être fait ici avec les fonctions maternelle et paternelle, prenant chacune une rôle spécifique dans le développement de l'enfant. La fonction maternelle passe par un état de fusion permettant à la mère de deviner les besoins de l'enfant et de les combler, permettant à l'enfant de sentir une continuité d'existence par les soins maternels et d'apprendre progressivement la discontinuité par leur irrégularité. La fonction paternelle, entre autre, un rôle de tiers séparateur aidant l'enfant et la mère à sortir cet état de fusion. Ce rôle est un premier élément de différenciation et introduit l'altérité en tant que troisième élément dans la dyade. Le père tient également un rôle dans la différenciation des sexes et un rôle de porteur de l'autorité et de la loi.

#### **d - Le système peur-angoisse (ou peur-vigilance)**

Ce système, également au service de la protection de l'enfant, est en lien étroit avec celui de l'attachement.

<b>Objectif</b>	<b>Protection</b> de l'enfant en le tenant éloigné de tout danger potentiel, Survie
<b>Éléments activateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stimuli immédiats : indices naturels de danger : mouvement d'approche soudaine et excessive, noir, bruits forts...</li> <li>- Stimuli secondaires : mêmes éléments activateurs que le système d'attachement: absence de la figure d'attachement, l'inconnu, le non-familier</li> </ul>
<b>Éléments extincteurs</b>	Rapprochement avec la figure d'attachement
<b>Caractéristiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Éléments activateurs : provoquent des réactions de sauvegarde et de recherche de protection, activent le système d'attachement et donc désactivent le système d'exploration</li> <li>- Correspond à la capacité à identifier et à s'adapter à tout indice signalant la présence de choses effrayantes, c'est-à-dire de la perception et de la réaction de l'enfant à une situation de danger</li> <li>- L'enfant contrôle en permanence la qualité sécurisante ou non de l'environnement</li> </ul>

### **3 - La Situation étrange et les différentes catégories d'attachement**

La situation étrange est un dispositif d'observation. Il s'agit d'une situation standardisée en huit épisodes de trois minutes, avec des temps de séparations et de retrouvailles entre la mère<sup>i</sup>, l'enfant et une personne étrangère. Les **comportements d'attachement sont activés expérimentalement**, mettant fin à l'exploration, par l'induction d'un léger stress provoqué par une brève séparation de la mère ainsi que par la présence d'une personne non familière. La présence ou le retour de la mère constitue le signal d'extinction du comportement. Ainsi le bébé va être placé à plusieurs reprises dans une situation de « danger potentiel » permettant d'évaluer ses réactions au stress, d'observer l'organisation de son comportement envers la mère lors des retrouvailles et ses capacités d'exploration de l'environnement en fonction du contexte.

Les huit séquences sont les suivantes :

- 1- L'observateur installe la mère et le bébé dans une pièce avec des jouets (contexte initial alarmant : environnement non familier).
- 2- La mère et le bébé sont laissés seuls dans la pièce (la mère a reçu comme consigne de ne pas initier le contact et de se limiter à répondre pendant toutes les séquences).
- 3- Une personne étrangère entre, communique avec la mère puis tente d'interagir avec l'enfant.
- 4- **1<sup>er</sup> épisode de séparation** : la mère quitte la pièce, le bébé et l'étranger restent seuls.
- 5- **1<sup>er</sup> épisode de retrouvailles** : la mère revient et l'étranger quitte la pièce. La mère et le bébé restent seuls.
- 6- **2<sup>ème</sup> épisode de séparation** : la mère, après avoir préparé son départ, repart. Le bébé reste seul.
- 7- L'étranger revient dans la pièce et reste seul avec le bébé (permet de mettre en évidence si la détresse observée est liée au fait d'être séparé de sa figure d'attachement ou de se retrouver tout seul).
- 8- **2<sup>ème</sup> épisode de retrouvailles** : la mère revient et l'étranger quitte la pièce. La consigne est alors de s'approcher de l'enfant si celui-ci n'a pas initié de contact de lui-même.

Cette procédure évalue les **caractéristiques d'une relation** en permettant de décrire la capacité de l'enfant à utiliser sa figure d'attachement comme base de sécurité. L'enfant agit, en effet, selon ce qu'il s'attend à recevoir ou non de la part de sa figure d'attachement.

Les résultats, corrélés aux résultats des observations faites au domicile, ont montré que l'enfant **explore plus son environnement lorsque sa mère est à ses côtés**, que lorsqu'il est seul ou en présence d'une personne inconnue. Au retour de la mère dans la pièce, Ainsworth a observé trois modes ou « pattern » de réponse comportementale chez les bébés, selon s'ils cherchent ou non sa proximité pour se rassurer. C'est de cette observation qu'est née la classification en trois catégories d'attachement.

---

<sup>i</sup> Nous parlons ici de la mère car Ainsworth n'a expérimenté ce dispositif qu'avec des dyades mère-enfant mais nous pourrions parler également de « figure parentale », de nombreux travaux ultérieurs ont étudié dans ce même dispositif des dyades père-enfant.

✓ **Attachement Sécure (Type B)** : L'enfant joue et explore l'environnement avant la séparation. Il proteste lors des séparations et manifeste le manque de la mère en pleurant ou l'appelant. Le contact est recherché sans ambivalence lors du retour, il accueille sa mère avec plaisir (sourire, vocalisation, geste). Il peut rechercher le contact avec elle, mais en fonction de l'âge, le contact à distance par un regard peut suffire. Il est rapidement rassuré par cette proximité et se remet à jouer. C'est le comportement typique de la base sécurisante, attendu et décrit par Bowlby : « après une brève activation des comportements d'attachement, la présence du parent, constituant une base sécurisante, permet à l'enfant de repartir explorer la pièce »[89].

Mais, malgré la brièveté de la séparation de quelques minutes seulement, deux groupes ont des réactions qui rappelaient celles observées par Robertson pour des durées de séparation plus longues. Ces enfants ont un **attachement dit « insécure », ou anxieux**, qui prend deux formes :

✓ **Attachement insécure « évitant » (Type A)**: L'enfant paraît peu affecté par la séparation. Il focalise son attention sur les jouets plutôt que sur sa mère malgré la situation de détresse. Il donne ainsi une impression d'indépendance, explorant le nouvel environnement sans devoir utiliser le parent comme base sécurisante et semblant ne pas avoir besoin de réconfort. Au retour de la mère, il a tendance à éviter la proximité ou le contact avec elle, continuant à jouer et explorer comme avant la séparation. Le contact n'est pas refusé mais n'est pas recherché non plus. Si l'enfant est stressé par la séparation, il peut accepter d'être réconforté par la personne étrangère.

✓ **Attachement insécure « ambivalent » ou « résistant » (Type C)** : L'enfant montre de la détresse à la séparation et présente un comportement ambivalent au retour du parent, entre recherche de contact et rejet coléreux immédiatement après. Il peut protester quand il est pris par la mère et aussi quand il est posé. Ainsi, difficilement réassurable, il est plus en difficulté pour reprendre l'exploration. Son attitude a une tonalité immature.

La distribution des patterns est la suivante : 65% d'enfants sécures, 21% d'insécures évitants et 14% d'insécures ambivalents [57].

Huit sous-groupes ont été ensuite distingués (2 pour les groupes A et C, 4 pour le groupe B), constituant un continuum sur un axe sécure-insécure, selon le *schéma 1*. Parmi le groupe de relations d'attachement sécurisant, quatre sous-groupes sont identifiés en fonction de la réaction de l'enfant suivant une progression allant d'une faible expression de détresse et faible recherche de contact à une forte manifestation de détresse avec recherche de contact physique.

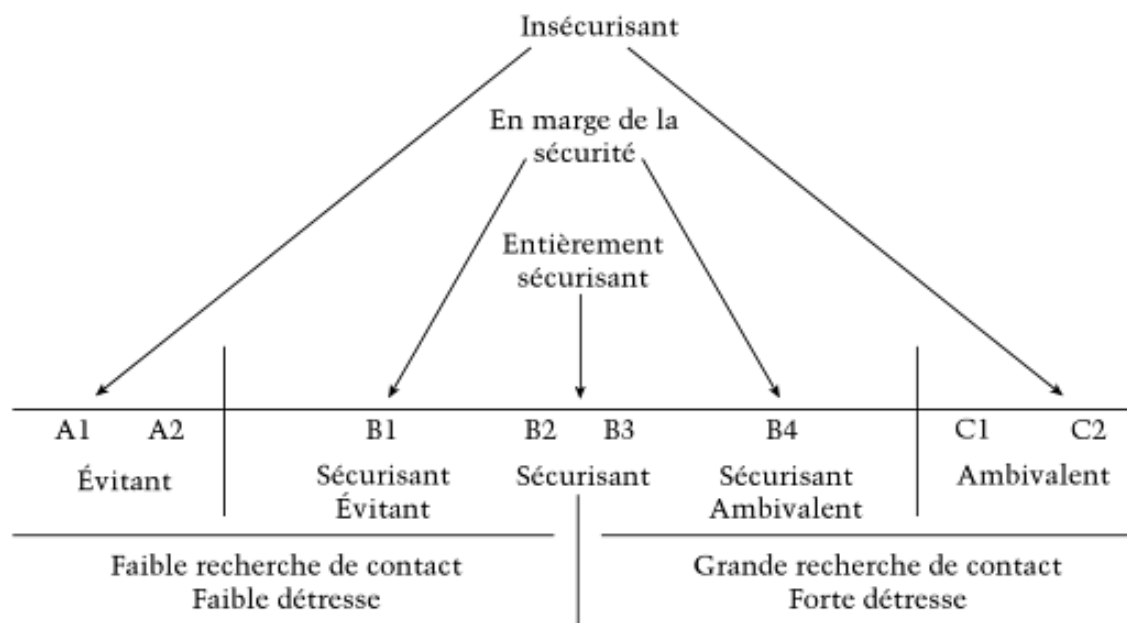


Schéma 1<sup>i</sup> : Huit sous-groupes de pattern d'attachement

La situation étrange traduit « la qualité d'une relation particulière, dépendant d'une histoire relationnelle, plus qu'une « caractéristique » de l'enfant lui-même » [89]. En effet, s'il s'agissait d'une caractéristique, une correspondance élevée devrait s'observer entre les types d'attachement aux différents partenaires, or la corrélation entre les types d'attachement de l'enfant avec son père ou sa mère ne dépasse que de 6% le pourcentage de correspondance dû au simple hasard [89]. L'enfant peut, par exemple, être sécurisé avec son père et anxieux avec sa mère.

Actuellement, la **Strange Situation Procedure** est la procédure la plus utilisée pour évaluer la qualité des attachements d'un enfant (de 12 à 18 mois) aux personnes qui s'occupent de lui et sa fiabilité est bien établie. La cotation se fait avec quatre échelles dites « interactives » évaluant la recherche de proximité, le maintien du contact, la résistance au contact, l'évitement de la proximité.

La classification des comportements d'attachement est stable à court terme (12 mois à 18 mois) et à long terme (entre 12 mois et 5 ans). L'étude du Minnesota<sup>i</sup>, citée dans [89], retrouve une **stabilité des**

<sup>i</sup> Schéma issu de : [103] Attachement et développement, Le rôle des premières relations dans le développement humain ; Tarabulsky G. M., Larose S., Pederson D.R., Moran G. ; Presses de l'université du Québec, janv 2000

**comportements d'attachement** avec la mère à 12 et 18 mois atteignant 96%. Cette stabilité suppose néanmoins qu'il n'y ait pas eu d'évènements de vie négatifs (deuils, séparations, maladie grave...), qui peuvent modifier d'autant plus le style d'attachement quel'enfant est jeune.

Plus récemment, Mary Main (élève d'Ainsworth) a remarqué, dans ses observations d'enfants pour son travail de thèse, que certains des enfants ne peuvent entrer dans aucune des trois catégories d'attachement décrites. Elle introduit donc une quatrième catégorie : l'**attachement « désorganisé ou désorienté » (type D)**.

Lors de la situation étrange, au moment des retrouvailles, l'enfant montre une brève désorientation, plus ou moins évidente, de ses stratégies d'attachement. Son comportement peut apparaître incohérent. On retrouve simultanément différents comportements d'attachement, des différents patterns, mais contradictoires ou conflictuels : évitement marqué associé à de la colère, rapprochement de la figure d'attachement suivi d'un figement... La séquence temporelle des comportements donne une impression de désorganisation, les mouvements de rapprochement peuvent rester incomplets. Ces comportements d'attachement sont associés à des signes de stress ou de peur. L'enfant peut s'immobiliser, comme pétrifié de peur, ou présenter une posture évoquant une sidération, une appréhension ou une confusion. Il se comporte comme si l'alarme était non pas la situation mais le parent lui même, qui devrait pourtant être source de sécurité.

Il s'agit de comportements qui souvent n'apparaissent qu'avec un seul des deux parents. La prévalence d'enfants désorganisés est de 15%<sup>ii</sup>. En dehors des épisodes de désorganisation, ces enfants peuvent être classés dans l'une trois autres catégories. Ainsi il existe par exemple des enfants « désorientés/séures ».

Cette catégorie est fréquemment associée à une problématique d'abus, de maltraitance ou de négligence (dans des contextes de conflits importants entre les parents, d'épisodes dépressifs ou d'alcoolisme chez les parents...) à l'égard de l'enfant, de la part du parent impliqué dans la situation étrange. Cependant elle peut aussi s'observer sans maltraitance ou négligence mais lorsque le parent lui même a subi un traumatisme ou un deuil resté « non résolu » (violence physique dont abus sexuel, perte de la figure d'attachement de la mère, notamment avant 7 ans (Schild 1998, cité dans [54]). Main et Hesse (cité dans [54]) décrivent le paradigme du « **parent effrayant/parent effrayé** » se rapprochant du concept de « fantôme dans la chambre d'enfant » de Selma Fraiberg. Les parents avec un traumatisme d'attachement non résolu adoptent un comportement effrayé (indiquant une peur) ou effrayant (mouvements inhabituels, trop soudains, rapides ou brusques ...) dans leurs interactions de

---

<sup>i</sup> L'étude du Minnesota, par Alan Sroufe et Evrett Waters, élèves de Ainsworth, dans les années 1970, a étudié un « échantillon de classe moyenne du Minnesota ». Elle a permis de suivre un échantillon d'enfants jusqu'à l'âge de 5 ans avec passation régulière de la SSP. Ces enfants ont ensuite été revus devenus jeunes adultes.

<sup>ii</sup>[63] Van Ijzendoorn et coll (1999). Disorganized attachment in early childhood : Meta analysis of precursors, concomitants and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225-249., cité dans [57].

routine avec leur bébé. L'expression d'une peur chez l'enfant peut réveiller, par remémoration de souvenirs, une peur chez l'adulte qui va alors adopter un comportement effrayant pour le bébé. Il peut s'agir également d'effondrements ou de changements imprévisibles dans les réponses, entraînant des ruptures dans les interactions. Tous ces comportements, non liés à l'environnement mais à l'état intérieur du parent, sont inexplicables donc effrayants pour le bébé qui les vit. Le parent n'est alors plus source d'une base de sécurité.

Ces enfants vont donc être confrontés à un conflit interne majeur que l'on peut nommer « **conflit d'attachement** » [89]. Ces comportements, ponctuels, n'empêchent pas l'attachement de se faire, mais la personne censée être source de sécurité est en même temps source d'alarme en provoquant un sentiment de peur. Il y a un conflit motivationnel et un **paradoxe comportemental** entre évitement et rapprochement car l'enfant active simultanément son système d'attachement, pour chercher du réconfort auprès de son parent, et son système d'alarme, qui motive à fuir la source d'effroi, donc le parent. L'enfant se retrouve dans un état de « peur sans solution » [57]. Les manifestations désorganisées sont dues à un **effondrement des stratégies comportementales** d'attachement car l'enfant ne peut ni s'approcher (stratégies sécurisées ou ambivalentes) ni détourner son attention à cause du danger ressenti (stratégie évitante), ni fuir [81]. Il lui est impossible de maintenir une stratégie cohérente et prévisible pour faire face au stress. A la différence des enfants insécures, qui ont trouvé des stratégies secondaires pour s'adapter, ses stratégies sont mises en échec car il ne peut pas utiliser comme base sécurisante une personne qui lui fait peur ou répond à son anxiété en montrant sa propre anxiété. Ou bien, le parent a pu avoir recours à une mise de côté dans sa conscience d'informations qui risqueraient de raviver des émotions insoutenables. Ce processus va l'empêcher de reconnaître certains états émotionnels, qui déclencheront chez lui de l'anxiété, et donc de répondre aux demandes de l'enfant.

Souvent on observe une **inversion des rôles**, une parentification, l'enfant devenant la base sécurisée du parent. La séparation est alors source de désorganisation car l'enfant qui cherche à se rassurer vers son parent ne rencontrera que l'anxiété de séparation et le propre besoin de réconfort de celui-ci qui ne pourra donc pas répondre de manière adaptée à l'anxiété de l'enfant.

#### **4 - Le système motivationnel du caregiving**

##### **a - Description**

Ce système correspond à la fonction de **prendre soin** d'un enfant. Le système motivationnel du caregiving est le système réciproque du système d'attachement de l'enfant. Il **organise les**

**comportements de la figure d'attachement en réponse aux besoins d'attachement de l'enfant** de la même manière que le comportement de l'enfant est organisé par le système d'attachement. La fonction adaptative est la même que celle du système d'attachement, soit la protection de l'enfant. Système d'attachement et système du caregiving « fonctionnent comme un système dyadique de couplage et d'autorégulation qui garde l'enfant dans un état organisé et de protection des dangers et grâce auquel il peut explorer et se développer »[57].

Nous présentons à nouveau ses caractéristiques sous forme d'un tableau :

<b>Objectif</b>	Maintien ou rétablissement d'une <b>proximité</b> , physique ou psychologique, avec le bébé quand celui-ci est en situation de détresse Répondre aux besoins du bébé, apporter sécurité, protection et réconfort
<b>Eléments activateurs</b>	- Signaux de détresse ou de vulnérabilité : signaux infra-verbaux ou verbaux ; contextes, situations perçues par le parent comme effrayantes, dangereuses ou stressantes pour l'enfant ; toute situation de séparation ou d'impossibilité d'établir une proximité avec l'enfant alors que le parent n'est pas sûr qu'il soit en sécurité - Signal d'immatunité
<b>Eléments extincteurs</b>	- Rétablissement d'une proximité physique ou psychologique associé à - Perception de signaux montrant que l'enfant est réconforté et apaisé
<b>Caractéristiques</b>	- le caregiving est associé chez le parent à des émotions spécifiques : plaisir, satisfaction, soulagement quand il peut protéger son enfant ; colère, tristesse, anxiété quand il ne le peut pas
<b>Comportements de caregiving</b>	- rejoindre, appeler, retenir, consoler... - sont corrigés quant au but : changent en fonction du contexte, du développement et du fonctionnement de l'enfant

### **b -Qualités nécessaires pour un caregiving sécurisant**

Le caregiving décrit la capacité d'une figure parentale à prendre soin de son enfant. Pour qu'un caregiving soit sécurisant, et favorise donc le développement d'un attachement sécurisé, le parent doit être muni de certaines capacités spécifiques. Il doit être en capacité de **reconnaître les émotions négatives** de son enfant, de les interpréter, de les lui refléter d'une manière non menaçante et de lui

apporter rapidement une réponse adaptée. Le parent doit « mettre à la disposition de son enfant toutes ses capacités pour l'aider à surmonter sa détresse ou sa peur » [57].

C'est ce qu'**Ainsworth** nomme la **sensibilité** de la mère aux signaux d'attachement de l'enfant qu'elle définit comme la capacité à percevoir et interpréter de façon adéquate les signaux et les demandes implicites de l'enfant et d'y répondre de façon appropriée et synchrone. La sensibilité aux émotions négatives est caractéristique du caregiving sensible.

Cette capacité renvoie également à la **fonction réflexive** de **Fonagy**. La fonction réflexive, ou la mentalisation, selon Fonagy, est la capacité qu'a un individu de percevoir et d'interpréter ses comportements et ceux d'autrui en termes d'états mentaux (pensées, désirs, croyances, sentiments, intentions en lien avec une parole...). Fonagy différencie la fonction réflexive de la théorie de l'esprit, concept très proche mais plus limitatif selon lui. Sous le terme de « théorie de l'esprit » ont retrouvé également les processus cognitifs permettant à un individu d'attribuer un état mental (croyance, intention, désir, jeu, connaissance, etc.) à lui-même ou à une autre personne. Pour Fonagy, la fonction réflexive est la capacité d'un individu à aller au de-delà de l'état mental immédiatement reconnu. Elle lui permet « de répondre au comportement d'une manière qui indique que l'individu a évalué et pris en considération l'état psychique de l'autre quand il organise ses propres actions en relation avec lui »[42], qu'il peut anticiper ses réactions.

Il existe un lien, prouvé par de nombreuses études, entre la sécurité de l'attachement et la capacité de l'enfant à comprendre des états psychiques. Les relations mère-enfant jouent probablement un rôle spécifique dans le développement de la capacité de mentalisation, développement qui peut-être vu soit comme une conséquence des aspects de l'environnement social de l'enfant (par des jeux de faire semblant par exemple), eux-mêmes influencés par la sécurité d'attachement, soit comme une conséquence de la nature de l'expérience avec le caregiver : la personne qui prend soin de l'enfant lui attribue inconsciemment un état psychique qui est lui-même réfléchi dans son comportement. Slade, plus spécifiquement, parle de **fonction réflexive parentale**[75] désignant la capacité du parent à se représenter son enfant comme un individu à part entière ayant ses propres sentiments, désirs et intentions, donc à identifier et à prendre en compte les états mentaux qui sous-tendent ses propres comportements et ceux de son enfant au sein de leur relation. Cette fonction permet de bien comprendre les intentions et émotions sous-jacentes aux comportements de l'enfant et permet d'agir en même temps pour apporter une solution concrète.

Plus le parent a une bonne capacité de réflexion sur soi plus le processus de reconnaissance des émotions négatives se fera facilement. Cela favorise le développement d'un attachement sûr qui, en retour, favorisera le bon développement de la propre fonction réflexive de l'enfant [75]. La validation par le parent des émotions de son bébé permet à ce dernier d'attribuer une existence à son monde interne et de se représenter ses expériences émotionnelles et celles des autres.

Cette capacité permet également de donner du sens, par la mise en mots du parent des signaux de l'enfant et donc des états mentaux qu'il imagine, et par là-même permet l'émergence de la pensée symbolique.

Cette capacité de réflexion sur soi peut être compromise, notamment quand le parent a dû exclure certains affects, ressentis à l'égard de ses propres parents (par un processus d'exclusion défensive que nous aborderons par la suite). Les états mentaux de l'enfant ne sont alors pas tous reconnus et l'échange affectif s'en trouve fragilisé. De plus l'accès bloqué à son monde interne empêche également l'enfant d'y avoir accès et, en conséquence, d'avoir accès à son propre monde interne, ce qui gênera le développement de sa fonction réflexive. L'acquisition d'une fonction réflexive « est liée d'une façon intrinsèque à l'expérience de sécurité de l'enfant qui explore l'esprit de sa mère pour démêler les sentiments et les pensées qui peuvent rendre compte de son comportement » [43].

Cette reconnaissance et compréhension des états mentaux par l'enfant joue un rôle important dans la **régulation des émotions**, nous y reviendrons dans le quatrième chapitre.

D'autres auteurs ont également, sous d'autres termes, théorisés l'importance de cet accordage entre besoins de l'enfant et réponses des parents.

Le terme lui-même d'« accordage » doit nous faire évoquer l'**accordage affectif de Stern**. L'accordage affectif est une interaction affective entre la mère et l'enfant, un partage d'affects. Lors de premiers mois de vie, la mère répond à l'enfant avec la même modalité que lui, en quasi-imitation (vocalise lorsque le bébé vocalise). Puis vers l'âge de neuf mois, la mère ajoute une nouvelle dimension à son comportement, le nourrisson étant alors perçu comme un partenaire possible de l'intersubjectivité. La mère ajoute de nouvelles modalités sensorielles à la communication, on parle d'accordage transmodal. « L'accordage affectif est, alors, l'exécution de comportements qui expriment la propriété émotionnelle d'un état affectif partagé sans imiter le comportement expressif exact de l'état interne » [99]. L'accordage affectif est différent de la simple imitation qui ne permet pas de se référer à l'état interne, « il déplace le centre d'attention vers ce qui sous-tend le comportement, vers le caractère de la sensation en train d'être partagée » [99]. Les différentes expressions comportementales sont appariées sur différentes dimensions (intensité, rythme et forme) et doivent être interchangeable. Un accordage est une reformulation d'un état subjectif. « Il traite l'état subjectif en tant que référent et le comportement manifeste en tant que l'une des manifestations ou expressions possibles du référent » [99]. Cette reproduction des états émotionnels est une modalité importante pour le **développement de la connaissance et reconnaissance des affects** et de son sens de soi.

Cette fonction de caregiver, avec comme mission de percevoir, déchiffrer, traduire le vécu de son enfant et d'y répondre de manière satisfaisante, s'apparente d'un point de vue psychanalytique à la « **fonction alpha** » de **Bion** dans sa théorie sur « l'appareil à penser les pensées ». Appareil qui a pour but de décharger le psychisme de l'excès de stimuli qui l'accable. « La fonction alpha est ce processus

de mentalisation du monde » [67]. C'est le processus qui permet de passer de l'expérience sensorielle, à la forme mentale de cette expérience. Quand la fonction alpha est opérante, l'expérience émotionnelle est transformée en *éléments-alpha*, produits susceptibles d'être appréhendés par le sujet et mis à la disposition de la pensée. En revanche quand elle n'est pas fonctionnelle ces sensations restent inchangées et constituent des *éléments-bêta* qui « ne sont pas ressentis comme des phénomènes mais comme des choses en soi » [16].

« Pour Bion les pensées primitives portent sur des impressions sensorielles ou des vivances émotionnelles très primitives et de qualité mauvaise : les protopensées ne sont que de mauvais objets dont le nourrisson doit se libérer »[82]. Le bébé perçoit des sensations et émotions qu'il ne connaît pas, qui peuvent être désagréables, ce sont les *éléments-bêta*, et qui sont alors projetés à l'extérieur pour pouvoir être traités par un mécanisme d'identification projective. « L'expérience chaotique et confuse du bébé nécessite la présence d'un contenant qui puisse accueillir et transformer cette expérience, la détoxiquer »[29]. « Le bébé clive et projette une partie de sa personnalité en détresse dans l'objet »[29].

L'appareil à penser les pensées s'organise autour de deux concepts [82]:

- *la notion de « contenant-contenu »* : Le bébé communique un état affectif, qu'il n'a pas les moyens de penser, et la mère fonctionne comme un contenant des sensations du bébé. Sa *capacité de rêverie*, facteur de la fonction alpha de la mère, lui permet d'accueillir les projections-besoins du bébé en leur donnant un sens. Bion définit la rêverie comme « un état d'esprit réceptif à tout objet provenant de l'objet aimé, un état d'esprit capable, autrement dit, d'accueillir les identifications projectives du nourrisson, qu'elles soient ressenties par lui comme bonnes ou mauvaises » [16]. La capacité de rêverie est donc la capacité psychique de la mère à faire face à la projection et à contenir ces éléments inassimilables pour le psychisme du bébé en les métabolisant en *éléments-alpha* qui pourront en retour être signifiants pour le bébé. Elle « pense les pensées de son bébé ».

- *la relation dynamique entre position schizo-paranoïde et position dépressive* : La position dépressive permet la réintégration dans le psychisme de l'enfant des éléments dissociés et fragmentés de la phase précédente. Les éléments-alpha sont réintrojetés par le bébé et progressivement son propre appareil à penser se développe. S'il n'y a pas de métabolisation en *éléments-alpha*, ces éléments peuvent devenir persécuteurs pour l'enfant, il réintrojecte sa détresse augmentée des failles de l'objet contenant.

Selon Fonagy [45], la sensibilité du caregiver est proche de cette notion selon Bion, de la capacité de la mère à « contenir » mentalement les états mentaux de l'enfant.

Cette fonction alpha est un premier pas dans l'activité de pensée. « L'objet contenant transforme les *éléments-bêta*, éléments bruts projetés, en *éléments-alpha*, éléments disponibles pour la pensée » [29]. Ainsi la fonction contenante est une fonction symbolisante, « ce qui contient, ce qui détoxique

l'expérience, c'est le processus de symbolisation »[29]. Plus l'enfant grandit plus il peut métaboliser seul ses ressentis.

Les concepts de **Winnicott** sont également proches de ceux de Bowlby. L'importance des soins maternels et la notion de *mère suffisamment bonne* font écho à la préoccupation de Bowlby quant à la qualité des soins réels, qui devraient ni être rejetants ni interférents » [89]. La capacité d'être à l'écoute de son enfant se rapproche, pour les premières semaines de l'enfant, de la notion de *préoccupation maternelle primaire* avec son état d'hypersensibilité, « « maladie normale » qui leur permet de s'adapter aux tous premiers besoins du petit enfant avec délicatesse et sensibilité » [106]. « Si la mère fournit une adaptation au besoin suffisamment bonne, la propre ligne de vie de l'enfant est très peu perturbée par les réactions aux empiètements de l'environnement »[106], ce qui lui permet d'établir « un sentiment continu d'exister ». Citons également les trois fonctions maternelles que Winnicott a identifiées pour un développement harmonieux de l'enfant le *holding*, le *handling* et l'*object-presenting* que l'on pourrait assimiler à des caractéristiques d'un caregiving sécurisé.

A noter que le parent doit également avoir une bonne sensibilité à l'exploration, c'est-à-dire qu'il soutient l'exploration et n'intervient que lorsque l'enfant demande de l'aide. Il l'aide alors à réguler sa détresse quand ce dernier n'arrive plus à explorer. En intervenant de manière intrusive et en lui venant trop en aide, il risque de perturber l'équilibre attachement-exploration en ne lui permettant pas d'explorer à son rythme, de se confronter à des difficultés et de trouver des solutions par lui-même.

### **c - Développement**

Le système du caregiving, comme celui de l'attachement, est organisé par un **système de représentations** appelées **modèles internes opérants**. Il s'agit de représentations des soins parentaux qui dicteront ensuite le comportement de l'adulte pour prendre soin de son enfant.

Les **modèles familiaux** jouent un rôle primordial dans le développement du caregiving. Les représentations qu'un adulte a de son rôle parental de protection se construisent, en effet, à partir de ses propres expériences à partir de la **qualité des soins reçus** par ses figures d'attachement pendant ses premières années de vie, qui semblent représenter une période sensible. En effet, quand l'enfant bénéficie des soins attentifs durant cette période, il formerait un attachement de bonne qualité.

Le système du caregiving se manifeste dès l'âge de 2-3 ans, sous des formes immatures, comme les jeux symboliques, puis il devient mature au moment de la puberté, avec une évolution sur le plan des représentations entre « être attaché à » et « protéger l'autre ».

Le système se développe ensuite surtout durant les **périodes de transition vers la parentalité** dans une interaction bio-psycho-sociale. Parmi les facteurs influençant le caregiving on retrouve : les facteurs hormonaux de la période périnatale (notamment l'ocytocine), l'allaitement maternel, les représentations culturelles, les facteurs liés au bébé (traits physiques, consolabilité, regard ... ) et aux conditions de sa naissance, les relations actuelles avec le bébé. Les facteurs sociaux et contextuels jouent aussi un rôle, notamment l'état psychologique de la mère qui peut entraver sa capacité à se focaliser sur les soins à donner si elle est préoccupée (dépression ou anxiété post-natale, psychose du post-partum... ). Citons également les stress environnementaux et la relation conjugale avec la notion d'alliance de caregiving.

Le **système d'attachement** joue également un rôle dans le système de caregiving. Les représentations d'attachement («être attaché») influencent le développement des représentations de caregiving («protéger»). Des études (Lyons-Ruth et Spielman<sup>i</sup>, Liotti<sup>ii</sup>, cités dans [57]) retrouvent chez les parents sécures, une synergie entre les deux systèmes, celui de l'attachement favorisant l'expression du caregiving. Cette synergie facilitatrice n'est pas retrouvée chez les parents insécures et chez les parents désorganisés, chez qui les deux systèmes peuvent rentrer en compétition : un stress peut entraîner une activation du système d'attachement responsable d'une extinction transitoire du système du caregiving.

#### **d - Influence sur les modèles d'attachement**

L'enfant répercute dans son comportement à la situation étrange, la qualité des relations avec la mère [89]. Ainsi, le système du caregiving peut être **prédicteur** des comportements de l'enfant à la situation étrange, à travers la **sensibilité** de la mère qui, comme nous l'avons vu, serait une caractéristique essentielle pour développer un attachement sécurisé.

✓ Le parent favorisant un **attachement sécure** a une capacité à répondre adéquatement et au bon moment à l'enfant, sans que ce dernier n'ait d'effort particulier à fournir pour être entendu. Il se montre : accessible, **disponible**, **sensible** aux signaux, prévisible. Ses **réponses** sont **ajustées**, synchrones et il est capable d'un partage d'affects et d'attention conjointe.

✓ Le parent d'un enfant avec un **attachement insécure** présente des difficultés d'ajustement aux comportements de l'enfant. Il est peu accessible, **peu disponible** et **peu sensible** aux besoins de l'enfant, voire même indifférent, ignorant ou rejetant ses demandes ou donnant des réponses pauvres.

---

<sup>i</sup>[80] Lyons-Ruth, K. and Spielman, E. (2004). Disorganized infant attachment strategies and helpless-fearful profiles of parenting: integrating attachment research with clinical intervention. *Infant Mental Health Journal*, 25, 318-335.

<sup>ii</sup>[76] Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, 41, 472-486.

Il exprime peu d'émotions, ses interventions dans les activités de l'enfant sont inadéquates et il y a des défauts de synchronisation affective ou temporelle ; ou bien, à l'inverse, la réponse est exagérée. Globalement la réponse aux besoins est soit inadaptée soit incohérente ce qui conduit l'enfant à devoir mettre en place des stratégies particulières d'adaptation, soit de type évitant soit de type anxieux, puisqu'il n'a pas réussi à construire de base sécurisée. Nous les détaillerons dans la prochaine partie.

- Pour ce qui concerne **l'attachement évitant**, le parent tend à repousser les demandes de l'enfant. Il peut s'agir soit d'un **rejet** émotionnel, pouvant se manifester par un évitement de la proximité (particulièrement du contact physique) ou un déni des émotions (indifférence, moquerie ...) surtout quand elles demandent du réconfort, soit par une attitude de **contrôle excessif** des activités autonomes de l'enfant, en cherchant à maîtriser les demandes émotionnelles.

- Pour ce qui concerne **l'attachement résistant**, le parent tend à être imprévisible. Ses comportements oscillent entre le rejet des demandes et l'interférence émotionnelle, la sur-implication, l'hypervigilance anxieuse.

Avant de passer à la cinquième partie, mentionnons ici qu'il existe un dernier système motivationnel, le **système affiliatif**, que nous développerons dans le troisième chapitre.

## **5-Les représentations d'attachement ou modèles internes opérants**

Les modèles internes opérants (MIO), concept emprunté par Bowlby au psychologue britannique Kenneth Craik et étudié par Inge Bretherton, étudiante d'Ainsworth, sont des modèles mentaux de relation que l'enfant a développé à partir des échanges avec son entourage familial.

### **a -Construction et stabilité**

Les MIO s'élaborent progressivement tout au long de la vie. Leur construction est particulièrement active pendant les premières années de vie, lors des phases de découvertes et d'apprentissage. Ils restent ensuite, normalement, flexibles et modifiables.

Initialement le nourrisson est uniquement capable d'intérioriser des séquences d'événements, grâce à la mémoire procédurale, et d'adapter son comportement, dans la séquence interactive du moment, en fonction des expériences passées. Ce sont des MIO « sensori-moteurs ». Puis il va progressivement pouvoir avoir des représentations des objets l'entourant (autour de 5 mois avec l'acquisition de la

permanence de l'objet selon Piaget) et **intérioriser les échanges**auxquels il participe, notamment avec son entourage familial, par des **MIO « représentationnels »**. C'est à partir de ces échanges, lors de ses premières expériences relationnelles, que l'enfant se crée des modèles, ou schémas, de représentation de relations, par une généralisation des expériences individuelles.

Les MIO de l'attachement vont se construire **grâce aux capacités de caregiving** : la disponibilité des personnes, leur capacité à percevoir les signaux et à y répondre tout en permettant une certaine ouverture vers l'extérieur. La construction des MIO des systèmes d'attachement et du caregiving s'effectue parallèlement et ils sont sensiblement identiques.

Les MIO restent relativement stables ensuite. Comme nous l'avons vu il existe une certaine stabilité des catégories d'attachement. Ces modèles donnent des **compétences relationnelles** qui permettront le maintien des mêmes modalités relationnelles qui renforceront en retour les modèles initiaux.

Cependant, malgré cette relative stabilité après ce premier temps de construction, les MIO restent flexibles et accessibles à des remodelages. Les nouvelles expériences sont intégrées dans les acquis précédents permettant la construction d'un nouveau MIO en modifiant le modèle, assurant au sujet un fonctionnement mieux adapté à la nouvelle situation. Si une personne change d'environnement, il est important que le MIO soit réadapté au fil des nouvelles expériences, car celui constitué au contact de ses premières figures d'attachement risque de mal le guider dans ses nouvelles relations (par exemple un enfant battu placé dans famille sécurisante). Une psychothérapie, ou une relation particulière, par un contexte sécurisant, peut permettre de revisiter des MIO chez les personnes insécures.

Il existerait deux systèmes « d'encodage » des informations de nature autobiographique, relatives aux expériences personnelles. D'une part, la **mémoire épisodique**, factuelle et émotionnelle, qui est constituée des événements de l'histoire de vie, d'anecdotes précises et datées. D'autre part, la **mémoire sémantique**, qui contient des représentations généralisées, plus proches de la conscience, et qui peut être influencée par tout ce qui vient d'autrui et notamment le discours de l'entourage. Ce second système d'encodage et de traitement de l'information serait une composante des MIO, ou représentations, selon Bowlby [89]. Ces deux niveaux de codage pourraient expliquer certaines discordances dans le discours des patients, entre les généralisations construites, que le discours des parents a pu influencer dans un certain sens créant des faux souvenirs à l'enfant, et la remémoration de comportements particuliers, par exemple parents aimants/scènes violentes.

La **congruence** entre ces deux plans d'organisation de la mémoire serait plus élevée chez les sujets sécurisés. Cela va constituer un axe de travail dans la prise en charge.

Il existe une **pluralité** des MIO pendant l'enfance. Le bébé et l'enfant disposent de plusieurs schémas d'attachement, l'attachement étant à cet âge spécifique d'une relation. Les MIO de la relation

avec la mère peuvent être différents de ceux de la relation avec le père. A partir de l'adolescence, comme nous le verrons, un modèle général des relations d'attachement va se créer.

### **b -Fonctions des MIO**

Les MIO jouent un rôle dans les compétences sociales et la régulation individuelle des émotions.

Au niveau des **compétences sociales**, les MIO vont guider l'enfant, puis l'adulte, dans sa manière de se conduire dans ses relations interpersonnelles, en lui permettant d'interpréter et de comprendre le comportement et les motivations d'autrui. Il pourra réagir plus rapidement à une situation, sans avoir à retraiter à chaque fois toutes les informations, de manière réflexe. Les MIO agissent comme des filtres au travers desquels les nouvelles expériences sont interprétées, ce sont des modèles relationnels.

Ils sont composés de **deux modèles de représentation** complémentaires :

✓ Un **modèle d'autrui**, formé à partir de l'attention et des réponses aux besoins. Il représente la confiance que l'enfant attribue à autrui notamment en situation de détresse ainsi que les intentions qu'il lui attribue.

✓ Un **modèle de soi** qui correspond à l'image que l'enfant a de lui, plus ou moins méritant d'être soutenu et aimé.

Les MIO de soi et d'autrui influencent la manière d'être de l'individu au sein des relations et ces relations vont elles-mêmes venir confirmer les MIO d'origine.

✓ Un **enfant sécure**, qui a fait des expériences relationnelles de bonne qualité, réconfortantes, aura un modèle de l'autre comme fiable, attentionné et aimant et un modèle de soi valorisé, une image positive de soi, se considérant comme une personne méritant d'être soutenue, aimée, digne de recevoir l'attention des autres. Ces schémas lui permettent de maintenir ses besoins d'attachement à un faible niveau d'activation et de s'ouvrir facilement à l'exploration, c'est-à-dire au monde des connaissances et des autres personnes. Ils lui permettent de construire une bonne estime de lui-même. L'« **estime de soi** », se construit en effet sur le recours libre à la base de sécurité[56], signifiant que les deux modèles sont positifs (avec un sentiment d'efficacité personnelle pour alerter et être compris et un sentiment d'avoir de bonnes relations). Il a de bonnes compétences sociales car il attribue peu d'intentions malveillantes à autrui. Les échanges avec autrui sont donc agréables, validant leurs représentations positives des relations. Ils s'adaptent facilement aux nouvelles situations et la flexibilité des MIO leur permet de construire de nouveaux MIO.

✓ Un **enfant insécure**, qui a fait des expériences relationnelles précoces de mauvaise qualité, aura construit un modèle de l'autre rejetant, non fiable, voire dangereux et un modèle de soi

déprécié. Il va se construire progressivement une représentation du monde comme un lieu plein de menaces potentielles et comme, de plus, il n'a pas établi de base de sécurité son exploration est limitée, l'environnement lui apparaissant trop dangereux sans le recours à cette base. De plus son modèle de soi lui dit qu'il ne mérite pas d'être aidé. Ces schémas sont peu flexibles, peu évolutifs, et retentissent sur les compétences sociales.

La sécurité interne selon Bowlby est proche de la notion d'**assises narcissiques** qui représentent ce qui assure la continuité du sujet et la permanence de son investissement de lui-même.

Le terme de narcissisme, « l'amour porté à l'image de soi » [73], qui est l'investissement du Moi par la libido, apparaît dans l'œuvre de Freud en 1910. Freud a établi une balance entre « libido du moi » et « libido de l'objet » [46]. Le « narcissisme primaire », est un « état précoce où l'enfant investit toute sa libido sur lui-même » [73], « le sujet commence par se prendre lui-même, son propre corps, comme objet d'amour ». Il est souvent défini comme un « état anobjectal » où il existe une indifférenciation entre le moi et le non-moi, le monde extérieur n'existe pas pour l'enfant, ce qui l'amène à investir toutes ses énergies sur lui-même. L'installation de ce narcissisme passe par les réponses de la mère aux attentes du nourrisson, par la continuité de l'expérience vécue avec elle. Puis progressivement quand la mère espace ses réponses, l'enfant prend conscience d'une différenciation, d'une réalité externe. Une partie de la libido va se déplacer sur le monde externe. Le « narcissisme secondaire » indiquerait que l'amour de la mère est introjecté par l'enfant une fois séparé d'elle. Ce narcissisme désigne « un retournement sur le moi de la libido, retirée de ses investissements objectaux » [73].

Les notions de sécurité interne et d'assises narcissiques se nourrissent toutes les deux de la qualité de la relation aux objets. « Insécurité interne » et « fragilité des assises narcissiques » sont des concepts semblables.

Les MIO permettent, de plus, d'apporter une certaine stabilité aux modalités d'attachement. Cette stabilité dépend également des soins reçus après la première année de vie, qui fluctuent en fonction des événements familiaux. L'enfant n'est donc pas le seul à influencer la qualité des relations et subit aussi de son côté d'éventuels changements chez ses proches [57].

Outre les représentations d'attachement, il existe également les **représentations du caregiving**, qui sont sensiblement identiques. Les représentations de l'attachement du parent jouent sur ses représentations du caregiving. En devenant parent, les modèles d'attachement serviraient de guide dans les interactions avec son propre enfant.

Les nouvelles expériences avec le bébé permettent une partie du développement du caregiving de la figure d'attachement. La mère sécurisée intègre ses expériences actuelles avec son enfant dans ses représentations mentales du caregiving, créant de nouvelles représentations de caregiving à partir de l'expérience réelle de soins. Les MIO du caregiving concernent la capacité maternelle à lire et à

comprendre les signaux, sa volonté de répondre aux besoins d'attachement et l'efficacité de ses stratégies de protection.

Les MIO ont également un rôle dans la régulation émotionnelle.

### **c -Un rôle dans la régulation émotionnelle**

Selon Sroufe[43], l'expérience de la sécurité est le but du système d'attachement qui est d'abord et avant tout un régulateur de l'expérience émotionnelle. La capacité de réguler nos réactions émotionnelles n'est pas innée et, comme nous venons de le voir, un système dyadique de régulation est à l'œuvre et se développe progressivement. « Le nourrisson apprend que son excitation en présence de celui qui le garde ne le conduira pas à une désorganisation »[43].

Les stratégies d'attachement peuvent être pensées en termes de **régulation émotionnelle**. Les **interactions précoces** avec la figure d'attachement représentent un **premier modèle de régulation**. L'enfant utilise le parent comme source d'information émotionnelle et celui-ci le guide dans la régulation de ses émotions, par sa manière de stimuler, amplifier ou calmer l'excitation qui formera une trame de régulation émotionnelle. Les stratégies d'attachement s'adaptent donc en fonction des MIO intériorisés. L'enfant va pouvoir ajuster ses comportements d'attachement innés, ou « **stratégies primaires** », en modifiant le fonctionnement de son système d'attachement en développant des « **stratégies secondaires** ».

La stratégie primaire consisterait en un modèle équilibré entre l'activation et la désactivation des émotions. Lors d'un attachement sécurisé, l'enfant a fait des expériences positives de régulation de ses émotions. Le parent a représenté une source de réconfort adapté en réponse à ses comportements d'attachement. L'enfant va donc garder ses stratégies primaires pour rechercher le contact avec la figure d'attachement en cas de détresse. Il a acquis la capacité de mentalisation et il a appris qu'il peut se confier à ses proches en cas de difficultés psychiques, que la verbalisation permet de réguler le débordement affectif et qu'il est important de donner un sens à ce qui arrive.

En revanche, si l'enfant fait l'expérience de réponses parentales moins satisfaisantes à ses besoins de réconfort, c'est-à-dire que les stratégies primaires ne permettent pas de réguler les émotions, alors face à une situation de détresse il va prévoir que les figures d'attachement vont rester insensibles ou auront des réponses inadaptées et il va alors adapter son comportement en mettant en place un mode de contrôle rigide pour réguler ses ressentis. Il s'agit des stratégies secondaires, **stratégies adaptatives** :

✓ Chez un enfant **insécure-évitant**, il s'agit de **stratégies de minimalisation**. L'enfant va inhiber son système d'attachement et mettra en place une stratégie d'**évitement de ses états émotionnels** qui ne sont pas reconnus et traités. Il va éviter d'exprimer ses émotions, les contrôler ou en détourner son attention et se forcer à donner une impression d'indépendance désaffectée et éviter

ainsi d'être confronté à un rejet. Il coupe l'accès à ses émotions par des mécanismes de clivage, un déni.

✓ Chez un enfant **insécure-résistant**, il s'agit de **stratégies de maximisation**. Devant l'imprévisibilité parentale, l'enfant va avoir un fonctionnement quasi-exclusif sur un mode émotionnel. Il va présenter une hypervigilance émotionnelle en suractivant la recherche d'informations relatives à son anxiété. Il va hyperactiver son système d'attachement pour pousser l'adulte à répondre. Pour obtenir et maintenir l'intérêt de sa figure d'attachement, il va **exagérer ses demandes**. Mais comme cela n'entraîne pas forcément le réconfort attendu, les comportements d'attachement restent fortement activés, engendrant une anxiété et une demande de réconfort d'autant plus forts. Le maintien d'une forte activation émotionnelle peut transformer les demandes en colère. Ainsi on peut observer une ambivalence caractéristique dans ce type d'attachement car l'enfant exprime de fortes demandes mais il est aussi mal dans les bras de ses figures d'attachement, ne recevant pas le réconfort attendu.

✓ Il existe également des « stratégies d'attachement masquées » décrites par Miljkovitch. Il s'agit de divers comportements qui, initialement, ne relevaient pas de l'attachement mais qui peuvent occasionner une plus grande attention de la mère (agitation...).

Ces stratégies adaptatives restent dans une construction normale bien qu'adaptatives du lien d'attachement, elles ne sont pas synonymes de psychopathologie. A moins de bénéficier d'un contexte particulièrement rassurant, comme une relation thérapeutique, la personne insécure va maintenir ce fonctionnement malgré ses inconvénients.

#### **d - L'exclusion défensive des affects**

Bowlby a décrit un mécanisme de défense particulier, qu'il a nommé « l'exclusion défensive » des affects. C'est un processus adaptatif qui a deux origines selon Bowlby : soit l'hypersollicitation du système d'attachement sans réponse ou sans réponse adaptée, soit les interdits parentaux (d'évoquer certains sujets par exemple) qui peuvent modifier la mémoire sémantique comme nous l'avons vu. Elle désigne le mécanisme consistant à **ne pas traiter les informations gênantes** et à **les exclure de son système de représentation**[57]. Cette attitude est souvent associée à une « confiance en soi compulsive ».

L'exclusion défensive s'observe chez les enfants **insécures-évitants**, qui, constatant qu'ils n'obtiennent pas de réponse à leurs besoins, ou pas les bonnes, choisissent, pour faire face à cette

situation et minimiser l'insécurité, la stratégie d'exclusion de leurs émotions auxquelles on ne répond pas. Ainsi, pris dans une dynamique interactive, ils perdent le contact avec leur vie affective. Les MIO sont peu flexibles. Ils restent influencés par le modèle de relation mis en place pendant l'enfance, car il permettait alors de minimiser le sentiment d'insécurité. L'exclusion défensive empêche donc l'intégration de certaines informations et donc l'ajustement des MIO.

## **6 - Ontogenèse de l'attachement**

La relation d'attachement se construit progressivement, sur plusieurs mois, à la différence du phénomène immédiat d'empreinte des éthologues. Le schème génétiquement programmé de « s'attacher à quelqu'un » est modelé par l'environnement social, c'est-à-dire les personnes autour de l'enfant les premiers mois. Le lien d'attachement est dirigé **du plus faible vers celui qui protège**, ainsi seul l'enfant est attaché aux parents. Ces derniers donnent protection et réconfort, mais ne lui sont pas attachés au sens de la théorie de l'attachement. Deux indices caractérisent une relation d'attachement pour l'enfant : il recherche auprès de la figure d'attachement proximité et sécurité et il proteste en cas de séparation subie [57].

Ainsworth distingue quatre étapes dans le développement de l'attachement [89]:

✓ **Première étape, de pré-attachement, avant 2 mois** : les comportements d'attachement sont **indifférenciés**, ils ont pour objectif de rapprocher l'adulte en général et ne sont pas encore dirigés vers une figure particulière.

✓ **Seconde étape, de 2 à 7 mois** : l'attachement est en cours. L'enfant commence à contrôler ses comportements d'attachement et à différencier et individualiser les personnes. Cela lui permet de **diriger ses comportements d'attachement**, préférentiellement vers les personnes repérées comme familières et qui vont devenir ses **figures d'attachement**. La substitution de la principale figure d'attachement est encore possible. A ce stade, un début de MIO, uniquement sensori-moteur, se développe pour chacune de ses relations d'attachement [57].

✓ **Troisième étape, à partir de 7 mois et jusqu'au début de la 3<sup>ème</sup> année** : une **relation d'attachement franche** s'établit, selon le concept de monotropisme, et la substitution de la figure principale n'est plus possible. Un des signes caractéristiques de cette période est l'expression de détresse lors des séparations [89]. Tout éloignement ou absence de la figure d'attachement active le système d'attachement (peur de l'étranger et angoisse de séparation apparaissent). Le phénomène de « **base de sécurité** » s'établit pendant cette période. L'enfant va progressivement passer du besoin

de proximité avec sa figure d'attachement à celui de sa disponibilité, puis juste de son accessibilité en cas de besoin.

A ce stade, l'organisation de l'attachement est stable et **évaluable par la Strange Situation Procedure**.

Pendant cette phase l'enfant va acquérir, en plus des capacités motrices lui permettant de développer l'exploration, des capacités cognitives et de communication permettant l'apparition des **comportements corrigés quant au but**. Il est devenu capable de manipuler mentalement des représentations qu'il a intériorisées (représentations des buts à atteindre, des résultats des différents comportements en fonction du contexte...) et donc d'adapter son comportement à un but précis et à ce qu'il perçoit des attentes de ses parents, en choisissant le comportement adéquat dans son « répertoire comportemental ».

✓ **Quatrième étape, de 3 à 4 ans** : l'enfant distingue désormais le point de vue de l'autre du sien et peut en tenir compte. Il est également capable d'échanges verbaux avec sa figure d'attachement, notamment sur ses affects, et de comprendre des relations causales entre objectifs et comportements. Il pourra chercher à agir sur les motivations d'autrui. Un « **partenariat corrigé quant au but** » va pouvoir se mettre en place. L'enfant et sa figure d'attachement vont pouvoir atteindre un but commun en adaptant leur comportement et leurs intentions grâce à ces nouveaux acquis. Ils peuvent par exemple parler et négocier autour de la séparation, notamment pour convenir les modalités de départ et de retrouvailles, ce qui permet de mieux la tolérer. Ces capacités de partenariat, qui conditionnent celles à négocier les conflits et les désaccords, sont un bon reflet de la qualité de l'attachement[57]. Un enfant sécure va avoir confiance dans ses capacités relationnelles, ce qui va lui donner des capacités de négociations en cas de désaccord. Alors que les enfants insécures, qui ont peu confiance dans la relation, auront, en conséquence, peu de possibilités de négociation. S'ils ont inhibé leur système d'attachement, ils ont tendance à se soumettre et s'ils l'ont exacerbé ils ont tendance à entrer en colère.

Crittenden a élaboré un modèle dynamique de développement<sup>1</sup>. Elle a modélisé l'évolution des différents types d'attachement et des stratégies relationnelles qui les sous-tendent de la naissance à l'âge adulte et a défini plusieurs étapes dans le développement de ces stratégies aux différentes périodes de la vie. Ces stratégies sont à l'œuvre chez l'enfant en réponse au comportement de la figure d'attachement : si elles signent un attachement sécure elles permettent d'accéder à un équilibre psychologique avec des réactions adaptées en fonction des circonstances.

---

<sup>1</sup>[32] Crittenden P. (2008). Raising parents : Attachment, parenting and child safety, cité dans [89]

L'attachement du parent, évaluable par l'Adult Attachment Interview (AAI) que nous détaillerons dans le troisième chapitre, permet de prédire à 80% le type d'attachement de l'enfant[105]. Selon la méta analyse de Ijzendoorn (1995), citée dans [89], il existe en effet un taux, variable en fonction des études, de 60 à 80 % de correspondance entre les représentations d'attachement de la mère à l'AAI et les types de comportements d'attachement de l'enfant au cours de la situation étrange.

Le mécanisme de cette **transmission intergénérationnelle** est encore mal connu et probablement multifactoriel. Une part serait liée à la **sensibilité parentale**, responsable d'un meilleur **accordage affectif**. Elle a longtemps été considérée comme le principal mécanisme. L'état d'esprit de la mère vis-à-vis de l'attachement se transmettrait par le biais de ses comportements.

Différents auteurs ont ensuite étudié ce mécanisme de transmission. Pour Peter Fonagy la correspondance intergénérationnelle est liée à la **capacité de conscience réflexive du parent**. Comme nous l'avons vu plus haut, quand cette capacité est fonctionnelle, les besoins de l'enfant sont justement identifiés, les soins adéquats et le développement de la propre conscience réflexive de l'enfant en est facilité. Quand elle est entravée, les réponses sont inadéquates ou imprévisibles. « Au travers des soins et des échanges s'opéreraient ainsi un passage entre le psychisme de la mère et le psychisme du bébé » [89]. Quand les parents ont eu recours à l'exclusion défensive de certains affects, un phénomène de répétition pourra se mettre en place puisque certains affects ne seront pas reconnus par le parent, l'enfant n'y aura donc pas accès.

Le phénomène de transmission intergénérationnelle pourrait être aussi compris comme la transmission par le parent d'un modèle de régulation des émotions [89].

Dans les dyades sécures, le discours riche et cohérent des parents se retrouve dans le discours des enfants à l'âge adulte. Quand chez les parents il n'y a pas de processus défensif qui s'active lorsqu'il y a de l'« émotionnel » en jeu, les enfants apprennent à parler ouvertement et de manière cohérente de leur vécu personnel. Les souvenirs ne sont pas encombrés d'incohérences ou de zones d'ombre, comme chez les insécures où la mémoire sémantique enregistrant la version des parents n'est pas en cohérence avec la mémoire épisodique, aboutissant à des représentations conflictuelles sources de perturbations émotionnelles importantes par la suite.

D'autres facteurs jouent également un rôle dans la transmission intergénérationnelle : les facteurs socioculturels, le tempérament. Concernant la transmission génétique, des études de jumeaux ont montré le faible poids d'hérédité de ce comportement. En revanche la transmission intergénérationnelle serait plutôt épigénétique. Le rôle de l'environnement serait crucial dans la transmission intergénérationnelle, selon Dozier (2001), cité dans [57], pouvant expliquer l'existence d'une transmission dans les familles non biologiques.

## **7-L'attachement au XXIème siècle**

Certaines des études sur l'attachement s'orientent de nos jours du côté de la neuro-imagerie, de la biologie et de la génétique, notamment pour essayer d'en expliquer la transmission.

L'**imagerie cérébrale** de l'attachement est possible in vivo grâce à l'imagerie par résonance magnétique nucléaire fonctionnelle (IRMf). Elle a permis une cartographie des régions concernées par l'attachement et des neurotransmetteurs en jeu. Il a été notamment mis en évidence que [57]:

- les circuits de l'hypothalamus, du cerveau médian, du système limbique et para-limbique et du cortex sont engagés dans les réponses parentales au bébé
- les stimuli provenant du bébé activent les régions basales du cerveau antérieur, qui régulent les circuits de contrôle des réponses de caregiving et qui activent les circuits permettant un comportement parental adapté : circuits de l'empathie, de la régulation émotionnelle et de l'attention (Swain et coll<sup>i</sup>).

Au niveau **biologique**, l'activité du système neuroendocrinien hypothalamique-pituitaire-adrénocortical (HPA) est très sensible à la disponibilité et à la sensibilité de la figure d'attachement. La sécrétion de cortisol, activée par le stress, a été étudiée lors de la situation étrange et il a été montré que chez les enfants de type D, désorganisés, le taux est significativement plus élevé que dans les autres catégories puisqu'aucune stratégie ne permet à l'enfant de s'adapter à la situation stressante, l'enfant est continuellement en état d'alarme. Ce taux serait également plus important quand la figure d'attachement se montre insensible, intrusive ou abusive. Une autre des fonctions de la relation d'attachement sécurisée serait donc de protéger contre les effets dommageables d'un haut niveau de glucocorticoïdes. Le stress intense fragiliserait le cerveau émotionnel, l'amygdale.

Au niveau hormonal, l'ocytocine et la vasopressine ont un rôle important dans les phénomènes d'attachement. La première permettrait la modulation de l'axe HPA et une bonne régulation des réponses au stress et elle faciliterait les comportements maternels envers un nouveau-né. Elle interagit avec les systèmes de récompense-plaisir (dopamine et opiacés endogènes) ce qui permet un renforcement positif dans le développement du caregiving. L'ocytocine inhiberait également le fonctionnement de l'amygdale (impliquée dans les stimuli de menace) et les régions cérébrales impliquées dans le jugement social et la théorie de l'esprit pour les attributions négatives. La seconde, libérée en présence de stressseurs, permettrait des réponses adaptatives.

Au niveau **génétique**, des études ont rapporté une interaction gène-environnement pour ce qui concerne l'attachement désorganisé (Van Ijzendoorn et Bakermans-Kranenburg, Spangler et Zimmermann, Lakatos). On peut retenir, entre autre, que les enfants porteurs de l'allèle 7-repeat DRD4 (gène associé à la sensibilité des récepteurs à la dopamine) et les homozygotes pour l'allèle

---

<sup>i</sup>[102]Swain, J. E. et coll (2007). Brain basis of early parent-infant interactions : psychology, physiology, and in vivo functional neuro imaging studies. Journal of child psychology and psychiatry, 48, 262-287 dans [57]

court du gène transporteur de la sérotonine 5-HTTLPR sont plus à risque d'attachement désorganisé quand l'environnement est à risque.

Enfin, nous pouvons citer la découverte des « **neurones miroirs** », ou « neurones de l'empathie », en 1990 par l'équipe de Rizzolatti. Elle permet de faire un lien entre neurones et mécanismes de l'empathie. La caractéristique de « miroir » de ces neurones réside dans le fait qu'ils réagissent non seulement aux actions que nous produisons mais également à celles que nous observons. Voir ou faire l'action active les neurones miroirs de la même façon et il en est de même pour les émotions, vues ou ressenties. Ainsi une partie de la transmission émotionnelle peut s'expliquer par l'activation des neurones miroirs chez l'enfant en miroir de l'émotion vécue par sa figure d'attachement.

### Pour résumer:

La théorie de l'attachement de John Bowlby, est une **théorie récente**, dont on commence à parler en France au milieu des années 1970.

Elle met en évidence **l'importance de l'environnement** pour le développement de l'enfant. Des relations précoces de bonnes qualités entre la mère, la figure d'attachement principale, et l'enfant sont fondamentales pour un développement sécurisé permettant l'exploration de l'environnement et les apprentissages. Bowlby a décrit un fonctionnement antagoniste entre système d'attachement et système exploratoire, **balance dynamique** primordiale. Une figure d'attachement de qualité va représenter une

base de sécurité permettant l'extinction des comportements d'attachement de l'enfant au profit du système d'exploration.

Au-delà de cet aspect environnemental, de relations « réelles », des **processus intra-psychiques** ont été décrits sous les termes de **modèles internes opérants** de soi et d'autrui, qui se construisent en fonction de la qualité de ces relations précoces. Ces représentations internes donnent des modèles relationnels qui vont donner des compétences sociales et participer à la régulation émotionnelle.

Ainsi la théorie de l'attachement se veut une théorie du lien avec un **rôle dans la régulation émotionnelle**, par des réponses aux demandes de soins adaptées et la formation de modèles positifs permettant une auto-régulation émotionnelle ultérieure, et avec un **rôle dans l'exploration** du monde extérieur, donc de distanciation progressive de l'enfant. **Il faut être bien attaché pour se pouvoir se détacher.**

Des défaillances dans la qualité des réponses apportées à l'enfant vont engendrer un **attachement dit insécure** avec des représentations intra-psychiques négatives qui auront des conséquences en terme de régulation émotionnelle, de sociabilité, d'apprentissages et dans la mise en place des processus de symbolisation.

*Comment ces relations d'attachement mises en place et les modèles internes opérants créés évoluent-ils lors de l'adolescence, période d'intenses remaniements ? Et comment à l'inverse peuvent-ils influencer le processus de l'adolescence ?*

*Comment ces modèles internes opérants vont-ils influencer la psychopathologie ? Peuvent-ils avoir une place dans l'explication des comportements de scarification ?*

# II- Les comportements de scarification : des définitions à la clinique

---

Les scarifications sont des comportements de plus en plus fréquents dans la population adolescente et souvent rencontrés lors des consultations et dans les services de pédopsychiatrie. Nous avons été frappé, pendant nos stages en pédopsychiatrie de liaison au CHU de Nantes et au SHIP, du nombre d'adolescents, souvent d'adolescentes, présentant ce type de comportement.

Ce comportement est peu compréhensible et il est difficilement tolérable pour l'environnement, tant familial que soignant. L'auto-agression est souvent au premier plan de la demande de soins, car elle inquiète l'entourage qui se sent démuni devant la répétition des blessures ou bien car il s'agit du seul moyen d'expression du jeune. Mais il accompagne en fait un véritable mal être qui se dessinera progressivement au fil de la prise en charge.

Nous allons débiter ce chapitre avec des définitions afin de bien délimiter notre champ d'étude. Nous nous intéresserons ensuite à des comportements de scarifications dits non pathologiques avant de donner des données épidémiologiques puis d'étudier la clinique de ce type de comportement.

## **A- Définitions et délimitation du champ d'étude**

Le terme de scarification est très souvent utilisé dans notre pratique clinique. Il fait référence aux coupures cutanées mais est souvent confondu avec les phlébotomies.

### **1 -Définitions**

Lorsque l'on commence à s'intéresser aux scarifications, on remarque immédiatement la grande diversité des appellations faisant référence à ce comportement et la difficulté d'en trouver une définition consensuelle. Dans le vocabulaire français on retrouve, en outre, les termes de « scarifications », « coupures », « attaques cutanées », « acte auto-agressif », « automutilation » ...

Le dictionnaire *Le Robert*, définit le terme de scarification comme « une **incision superficielle**, pratiquée pour provoquer un écoulement de sang ou de sérosité », faisant ainsi apparaître un aspect thérapeutique au geste.

Selon Richard [93], il s'agit d'une « altération **intentionnelle, consciente et directe** des tissus de l'organisme, **sans volonté de mourir** », définition qui lui permet d'exclure les conséquences

involontaires des intoxications, de certaines manœuvres de nature ouvertement sexuelle (lésions génitales, anales), des conduites à risque mais également les mutilations proprement dites (qui ont pour finalité de se débarrasser d'un organe).

S. Lambert [71] définit les « automutilations répétitives », dont il précise que la plupart (entre 30 et 64%) seraient des coupures cutanées, comme « une attaque pathologique, conséquente, délibérée, **impulsive**, d'une **partie du soi corporel**, en dehors d'une intentionnalité suicidaire et d'un risque léthal notables, qui, par sa répétition, marque sa dimension contraignante, compulsive (hors du champ de la manipulation ou de la mythomanie) **et exclut** les ablations irréversibles d'un organe ou d'un membre, ceci chez un adolescent ou un jeune adulte ne présentant ni déficience mentale, ni état psychotique caractérisé ».

Le Breton apporte une précision sur la dimension consciente du geste, « à l'opposé du passage à l'acte, il s'agit là d'un « acte de passage » pour des jeunes **lucides** sur ce qu'ils font et sur ce qu'ils poursuivent, et qui en parlent avec finesse » [27]. Les caractéristiques de l'entaille ne sont jamais aléatoires (profondeur, localisation).

Le vocabulaire anglo-saxon est très riche pour décrire ce comportement. Une large palette sémantique permet de nuancer et de décrire au plus juste un comportement, du terme général d'automutilation « self-mutilation », à la précision de la forme « self-cutting » (to cut : couper) et/ou de la localisation « wrist-cutting » (wrist : poignet) ou à la précision de la caractéristique superficielle de la lésion « delicate self-cutting » ... Il existe également plusieurs définitions : « Self-Destructive Behavior » (comportement autodestructeur), « Self-injuriousbehavior » (comportement d'auto-lésion) qui est « une mutilation délibérée du corps ou d'une partie du corps, réalisée, non dans une intention suicidaire, mais dans le but de contrôler des émotions que les mots ne sont pas à même d'exprimer » [71], ou bien les « Deliberate Self-harm Syndrom » et « Repetitive Self-Harm Syndrom » que nous allons détailler. Ces définitions font références aux automutilations.

## **2 -Scarifications et automutilations**

Les scarifications sont des violences cutanées auto-infligées et appartiennent selon certaines classifications au champ des **automutilations**, elles-mêmes constituant un sous-groupe au sein de la catégorie des **comportements auto-agressifs** (*Annexe 2*). Il convient de bien définir la place des scarifications au sein de cette vaste catégorie.

Le terme mutilation, du latin *mutilatio*, est polysémique, il comprend plusieurs acceptations : mutiler, couper, retrancher, déformer, estropier, diminuer ou amoindrir. Le préfixe auto-, du grec *autos* qui signifie « soi-même » renvoie au fait que le comportement est « réfléchi » sur le corps propre.

Il n'y a **pas de définition consensuelle** des automutilations. La première définition est celle de Lorthoïs, en 1909, citée dans [51] : « l'automutilation comprend toutes les pratiques entraînant des lésions des tissus ou des organes ; on peut la définir comme une atteinte portée à l'intégrité du corps ; elle peut consister soit dans la blessure ou l'ablation totale ou partielle d'un organe ou d'un membre, du revêtement cutané ou de ses annexes ; soit enfin dans des manœuvres (combustion, striction, introduction de corps étrangers) pouvant compromettre sa vitalité et son bon fonctionnement sans que cependant elle ait été accomplie dans le but de se donner la mort ». On peut également retenir celle de Feldman (1998), citée dans [97], « dommage individuel et intentionnel d'une partie de son propre corps apparemment sans intention consciente de mourir », et celle de Herpertz (1995), citée dans [51], définition synthétique et exhaustive des différentes caractéristiques des comportements d'automutilations : « comportement qui consiste à se faire mal de façon délibérée, répétée, de manière directement physique, sans intention consciente de se suicider et qui ne conduit pas à des blessures pouvant menacer le pronostic vital ».

David Le Breton, fait lui la distinction avec les automutilations, qu'il considère comme ayant des atteintes définitives à la fonctionnalité du corps (relevant de la psychose). Pour lui les attaques du corps sont « simplement des altérations de la surface de la peau, laissant au pire une cicatrice » [27].

Les comportements automutilateurs ont longtemps été considérés comme des tentatives de suicide échouées ou comme un symptôme de troubles psychiatriques et non pas comme un phénomène clinique en soi. Le comportement automutilateur était retrouvé dans différentes catégories diagnostiques du DSM ou de la CIM, notamment les troubles psychotiques. Par la suite plusieurs auteurs ont réalisé des **classifications des comportements auto-agressifs**, visant à en faire une catégorie clinique propre et à **individualiser des syndromes**, en donnant ainsi une autre vision. Les classifications se sont axées notamment sur la gravité des lésions.

Nous pouvons en retenir deux, qui ont permis d'individualiser deux syndromes.

#### **a -Le « Deliberate Self-Harm Syndrom »**

En 1983, dans un article qui fait référence pour le champ des automutilations, **Pattisson et Kahan**[87] ont présenté, à partir de l'étude de 56 cas cliniques, une classification différentielle des comportements autodestructeurs prenant en compte trois paramètres appliqués au comportement: le caractère direct ou indirect, le niveau de létalité (faible, moyen ou élevé), l'aspect répétitif (épisode unique ou multiple) [51](*Annexe 3*). Cette classification leur a permis d'introduire le Deliberate Self-harm Syndrom ou **Syndrome d'auto-agression délibérée** (SAD) dont la description est **critériologique** et a été déclinée sous forme d'items. Les auteurs postulaient que leur entité clinique avait toute sa pertinence en tant que diagnostic propre au sein du DSM-IV.

Il s'agit d'une atteinte auto-agressive physique de caractère direct, à des fins de dommages corporels.

Le SAD se définit par sept critères [71] :

- le début à la fin de l'adolescence
- les multiples épisodes et multiples moyens d'attaques du corps (et dans ce cas la prédominance féminine)
- la durée sur plusieurs années
- la faible létalité
- la prédominance de certains symptômes (désespoir, anxiété, colère, contraintes cognitives)
- l'association à la psychose et à la dépression
- les nombreux facteurs prédisposant (déficit du support social, homosexualité (pour les hommes), abus de toxiques, idéations suicidaires (surtout chez les femmes)).

Les traits cliniques essentiels du SAD sont une impulsion soudaine à s'automutiler avec impossibilité concomitante de résister à l'impulsion, un sentiment de vécu intolérable, incontrôlable, une anxiété croissante avec agitation et colère en réponse à la situation perçue, une restriction des processus de perception et de cognition aboutissant à une sensation d'impasse et d'absence d'alternative[51]. Il existe une forte probabilité d'augmentation de la létalité des comportements.

#### **b - Le « Repetitive Self-Harm Syndrom »**

La classification la plus utilisée pour les automutilations est la **classification de Favazza[40]** (Annexe 4). Elle est purement phénoménologique et répartit ces comportements en trois catégories : majeures (le plus souvent dans un contexte de psychose), stéréotypiques (stéréotypées voire rythmiques, dans les autismes, les retards mentaux et les atteintes cérébrales organiques), superficielles ou modérées (avec des sous-catégories compulsives, impulsives répétitives, impulsives épisodiques).

Les scarifications sont, selon cette classification, des **automutilations superficielles ou modérées impulsives** épisodiques (faible nombre de passages à l'acte durant la vie) ou répétitives (après une dizaine de passages à l'acte épisodiques). Cette catégorie d'automutilations est la plus fréquente à l'adolescence. Cela pose à nouveau la question du symptôme ou du syndrome, les automutilations épisodiques pouvant se concevoir comme symptôme ou trait d'un trouble psychiatrique et les automutilations répétitives comme syndrome individualisé au titre d'un trouble du contrôle des impulsions non classé ailleurs.

Ainsi Favazza a individualisé le « Repetitive Self-Harm Syndrom », **Syndrome d'automutilations répétées (SAR)**, qui présente les critères d'un trouble du contrôle des impulsions, et est caractérisé, selon le modèle DSM, par différents points :

- préoccupation quant à se blesser
- échec récurrent de résister aux impulsions de se blesser physiquement aboutissant à des dommages corporels
- sensation croissante de tension précédente au passage à l'acte
- soulagement après être passé à l'acte (effet cathartique)
- absence d'intention suicidaire et absence de liens avec la psychose, le transsexualisme, le retard mental ou un trouble du développement

Ce syndrome peut être isolé ou associé à d'autres comportements impulsifs (troubles du comportement alimentaire, abus de substances ... ).

### c - Le Non-Suicidal Self-Injury

Un terme et une définition semblent faire consensus actuellement pour désigner les automutilations. Il s'agit du **Non-Suicidal Self-Injury** (NSSI), défini comme « la destruction directe et délibérée d'une partie de son propre tissu corporel, socialement désapprouvée, et ce en l'absence d'intention de mourir » [51], définition qui renvoie aux automutilations superficielles/modérées de la classification de Favazza. Il n'y a pas actuellement d'équivalent français pour ce terme.

### 3 -Distinction avec la phlébotomie

Le terme de « phlébotomie » est souvent confondu avec celui de scarification et utilisé à tort. Une phlébotomie est, étymologiquement, une coupure dans une veine et représente chez les adolescents un des modes les plus fréquents de tentative de suicide, après l'ingestion médicamenteuse. Ainsi elle se distingue des scarifications par la **profondeur** de la coupure et la présence d'une **intentionnalité suicidaire**. Même si les patients qui se scarifient ont des idéations suicidaires, généralement ce ne sont pas elles qui motivent le geste auto-agressif. Les scarifications sont, de plus, pratiquées majoritairement hors de tout contexte dépressif caractérisé, les patients seraient plus anxieux que déprimés. Au décours d'un passage à l'acte il est donc important d'en évaluer l'intentionnalité.

Une autre distinction importante est que les sujets qui se scarifient voient dans l'agression une solution possible, temporaire, à leur détresse. Ils cherchent à modifier leur état de conscience pour soulager une souffrance psychique à la différence des personnes suicidaires qui voient dans le geste la solution finale pour les soulager.

Certains auteurs considèrent les automutilations et les suicides aboutis comme les deux extrémités d'un même spectre. Il est important de noter qu'il existe une augmentation significative du risque

suicidaire chez les automutilateurs. Une étude française<sup>i</sup> a montré que, parmi les 11-19 ans ayant déclaré avoir déjà fait une tentative de suicide, près des trois quart (72,6%) signalaient des antécédents de coupures ou brûlures contre 15,9% chez les non-suicidants. Les blessures auto-infligées constituent des **indicateurs de risque suicidaire**. Pour De Luca [78], les scarifications sont un facteur de risque indéniable d'une tentative de suicide.

Deux hypothèses pourraient expliquer ce constat : la récurrence du geste peut conduire « par désespoir » à attenter à ses jours [51], ou bien les automutilateurs peuvent en arriver à un acte suicidaire lorsque l'effet du passage à l'acte diminue ou disparaît.

#### **4- Place dans le DSM-IV**

Les comportements de scarification ne sont pas individualisés dans le DSM-IV[4] mais peuvent être classés comme « Trouble du contrôle des impulsions non spécifié » (F63.9 [312.30]), dont les critères sont : l'impossibilité de résister à l'impulsion, la tension croissante avant la réalisation de l'acte, l'expérience de détente, de plaisir, de gratification quand l'acte est commis. Cependant, le recours aux scarifications ne se limite pas à ce critère de perte de contrôle des impulsions.

On retrouve les comportements de scarification, à titre symptomatique, dans le trouble de personnalité borderline (présents dans un tiers à 80% des cas), dans les troubles de personnalité histrionique ou antisociale, au cours des syndromes post-traumatiques et dans les troubles du comportement alimentaire notamment la boulimie [93].

Il convient de citer également les troubles factices avec le Syndrome de Lashtënie de Ferjol. Ce syndrome a été décrit en 1967 par Pr Bernard après l'étude de cas de jeunes femmes souffrant d'anémie microcytaire attribuable à des saignements chroniques et persistants. Ces jeunes femmes sont extrêmement pâles et fatiguées mais ne s'en plaignent pas et semblent même ne pas s'en inquiéter, à la différence des syndromes de Münchhausen. Il s'agit d'un comportement intéressant des jeunes femmes souvent dans le milieu médical. En fait ce sont ces patientes elles-mêmes qui se provoquent des saignées volontaires mais dissimulées, pour induire une anémie ferriprive sans point d'appel retrouvé. Les gestes de scarifications ou de ponctions veineuses sont donc préparés et non pas impulsifs.

---

<sup>i</sup>[28] Choquet M. ; Pommereau X. ; Lagadic C. 2001. Les élèves à l'infirmerie scolaire : identification et orientation des jeunes à haut risque suicidaire, Paris, Editions Inserm.

## **5- Champ d'étude**

Au vu de ces différentes classifications et définitions nous pouvons définir les scarifications de notre champ d'étude comme :

- une attaque pathologique d'une partie de soi corporel
- à type de coupure superficielle ou modérée, directe
- impulsive
- intentionnelle
- sans intentionnalité suicidaire
- n'engageant pas le pronostic vital ni fonctionnel
- excluant : les ablations irréversibles d'organe ou de membre dans des contextes de déficience mentale ou de psychose, les troubles factices

## **B - Les comportements de scarification non pathologiques**

Favazza distingue des comportements automutilateurs pathologiques ceux « culturellement signifiants ». Il existe en effet des altérations corporelles socialement admises que l'on retrouve dans les sociétés traditionnelles dans les rites culturels mais également dans des pratiques religieuses (circoncision, auto-flagellation...), dans des groupes « marginaux » (marins, prisonniers, légionnaires...) comme marquages distinctifs. Toutes relèvent d'une intentionnalité symbolique groupale. Il peut s'agir de scarifications mais aussi d'autres attaques cutanées telles les tatouages, les brûlures, les percements ... Dans le champ des scarifications non pathologiques se trouvent également les marquages à visée esthétique et artistique. Nous allons nous intéresser aux scarifications dans chacune de ces catégories.

### **1- Les rites initiatiques**

Dans les sociétés traditionnelles, il existe de nombreux rituels culturels qui renvoient à des activités se transmettant de génération en génération et reflétant « les traditions, le symbolisme et les croyances d'une société » [51]. Les rituels automutilateurs visent à promouvoir trois grands objectifs sociétaux : la guérison, la spiritualité, l'ordre social. Concernant ce dernier point, une marque corporelle

contribuerait en effet à organiser la société en indiquant notamment l'appartenance à un clan. Parmi les rituels culturels, on trouve de nombreux rituels aux moments clés de la vie des individus (naissance, puberté, mariage, mort). Les **rites initiatiques**, ou **rites de passage**, sont ceux qui marquent symboliquement le **passage de l'enfance à l'âge adulte**. Ces rites sont circonscrits dans le temps, collectifs et encadrés par les adultes. Ils ont pour but d'introduire les adolescents à la société des adultes, en inscrivant leur appartenance à un groupe et en les intégrant comme membres actifs de la communauté. Ces rites permettent également de soutenir le travail psychique individuel en servant de cadre d'expression socialisée aux conflits inhérents à cette période de transition entre le monde de l'enfance et le monde adulte. Ils offrent, « par le **jeu de la symbolisation**, des aménagements psychiques à l'angoisse de castration qu'entraîne l'accès à la maturité sexuée et à la problématique de séparation » (Sibertinčić dans [13]). Sur la forme, le rite des garçons est souvent collectif, celui des filles souvent individuel, puisqu'il s'organise fréquemment après les premières règles. Pour Lacan<sup>i</sup> « la fonction de l'entaille est de situer la place du sujet pour les autres » et elle semble également nécessaire à l'accession au désir : « pour que le désir traverse avec bonheur certaines phases, le phallus doit être marqué [...] nous retrouvons sa marque dans les rites de circoncision, de puberté, de tatouage, à chaque accès du sujet à un certain niveau de désir, il est marqué ».

Le schéma initiatique, selon Van Gennep, comporte trois phases [13].

Les **rites préliminaires**, qui constituent une phase de séparation du milieu familial et social (séparation d'avec la mère notamment et symbolisant la mort de l'enfant).

Les **rites liminaires**, phase transitoire avec des épreuves gardées secrètes par la société et pendant laquelle il peut y avoir différents enseignements (religieux, social, sexuel...) et également des transformations ou inscriptions corporelles, entre autre par des scarifications. « L'initié est socialement redéfini par une modification physique de son apparence ayant une éminente valeur symbolique » [26]. C'est une phase de renaissance symbolique.

Enfin, les **rites post-liminaires**, ou rituels d'agrégation, qui constituent la phase de réintégration de la société. L'initié accède à une identité sociale, à un nouveau statut, il est désormais membre à part entière de la société. « La cicatrice, qui possède une signification précise pour la culture concernée, traduit dans la peau l'immersion au sein du groupe » [26]. C'est un signe d'identité que nul ne conteste.

Ces rites sont une véritable rupture pour l'individu. « L'enfant est mort, l'adulte est né » [13].

Ce qui oppose ces pratiques de scarification des pratiques de scarifications pathologiques est « leur caractère foncièrement social et symbolique » [71] et encadré par les adultes.

---

<sup>i</sup>[70]Lacan J. Séminaire sur les formations de l'inconscient (1958-1959), cité dans [14]

## 2-Les motivations esthétiques

De tout temps le corps a été l'objet d'ornements et chacun a la liberté de transformer son corps selon ses motivations. L'apparence physique joue un rôle dans le processus **identitaire**, mais a également une dimension de séduction et peut donner une place au sein de la société, permettant de s'inscrire dans un groupe. Cette apparence physique a, dans nos sociétés occidentales, une place particulière, avec « des standards », des « critères de beauté » recherchant une uniformisation. Les atteintes du corps à but esthétique existent à travers le classique percement du lobe de l'oreille, les piercings, les tatouages, la chirurgie esthétique.

Cette apparence physique a une place particulière à l'adolescence. Comme nous le verrons plus loin l'adolescent, qui va devoir se réapproprier son corps et s'individualiser, va être en recherche de marques distinctives, souvent en opposition au modèle parental mais en tenant compte du regard des autres et notamment des pairs pour se faire accepter. Cela passe par les vêtements, les coiffures, mais également par les marques corporelles, principalement les piercings et les tatouages.

Il y a une vingtaine d'année ces modifications corporelles étaient perçues par les professionnels de santé comme un acte automutilateur (car intentionnelles, délibérément mis en œuvre, avec un faible risque légal). Cette vision a évolué et n'est plus d'actualité au début du XXIème siècle, les modifications corporelles se sont intégrées au paysage socioculturel. Une différence notable est l'absence de recherche de soulagement d'une détresse dans ces comportements. Il convient tout de même de rechercher les motivations sous-tendant les modifications corporelles lorsqu'un individu présente d'autres formes de gestes auto-agressifs directs ou indirects.

Depuis une dizaine d'années se développent diverses pratiques de modifications corporelles à visée esthétique dont les scarifications qui sont des cicatrices ouvragées pour dessiner un signe en creux ou en relief sur la peau avec un éventuel rajout d'encre. Ces nouvelles pratiques regroupent aussi : le stretching (élargissement du piercing pour y mettre une pièce plus volumineuse), le cutting (inscriptions à l'encre sur la peau sous forme de cicatrices ouvragées grâce au scalpel ou à d'autres instruments tranchants), le branding (cicatrice en relief dessinée sur la peau par l'application au fer rouge ou au laser d'un motif), le peeling (surfaces de peau enlevées) ou les implants sous cutanés (incrustation de formes en relief sous la peau). Selon Le Breton, ces entames faites au sein des boutiques « participent d'un climat de réflexion personnelle, de tranquillité d'esprit » au contraire des scarifications solitaires. Elles visent à « une représentation de soi dans le contexte d'une société où l'image de soi tend à primer sur toute autre considération » [26]. Ces pratiques concernent peu les adolescents.

### **3- Les motivations artistiques : le Body Art**

Enfin, nous pouvons évoquer le « body art », pratique artistique qui a débuté dans les années 1960 aux Etats-Unis. Dans ce courant, c'est le corps de l'artiste lui-même qui devient la surface de représentation de l'œuvre. L'œuvre n'est plus à distance sur un support extérieur. Les artistes mettent en scène leur corps propre, à travers une multitude de pratiques innovantes dépassant de loin la représentation traditionnelle du corps [13]. Le corps est mis à nu, peint, exposé, décoré mais certains artistes ont poussé les limites des représentations en pratiquant des techniques violentes (coupures, brûlures, greffes de divers éléments, suspensions ...) et mettant en scène sang et autres matières organiques. Le body art est alors une « **critique par corps** des conditions d'existence »[26], une insurrection du sens contre les représentations aseptisées du corps dans le monde contemporain des images et de la marchandise. L'artiste paie de sa personne pour dire par le corps son refus des limites imposées à l'art ou à la vie quotidienne. « La volonté d'atteindre physiquement l'autre s'affirme dans la surenchère des altérations et des mises en scène »[26]. Des happenings ou performances sont des réalisations en public. Elles interrogent, entre autres, l'identité sexuelle, les limites corporelles, la résistance physique, les représentations du masculin et du féminin, la sexualité, la douleur. Gina Pane est l'une des principales représentantes du body art.

Les gestes automutilateurs ont ici des soubassements artistiques qui encadrent les passages à l'acte.

## **C- Epidémiologie des scarifications**

Les études concernent surtout les automutilations en général, et les populations américaines, du Royaume-Uni et du Canada. Nous allons essayer d'en dégager les données principales concernant les scarifications.

L'incidence des comportements d'automutilation est à la hausse depuis 1960 [52].

### **1- En population générale**

En population générale, la prévalence des automutilations est estimée entre 1 et 4 % pour la population américaine et entre 4,6 et 6,6% au Royaume-Uni [52].

Les différentes études concernant les adolescents issus de la population générale (collégiens et/ou lycéens) (Ross et Heath<sup>i</sup>, Whitlock 2006, Gollust et al. 2008 citées dans [51]) retrouvent globalement un taux d'automutilation autour de 15% et entre 33,7 et 43% de coupures. Les coupures n'arriveraient qu'en cinquième position des automutilations. Une méta-analyse de 2007 [51] a montré que la majorité

---

<sup>i</sup>[95] Ross S., Heath N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of youth and adolescence*. 2002. 1 : 67-77, cité dans [51].

des adolescents issus de la population générale tendrait à n'avoir qu'un seul moyen d'automutilation contrairement aux échantillons cliniques. Ces adolescents sont souvent très bien insérés dans la société et manifestent peu de signes de détresse. De plus, chez eux le comportement tendrait à disparaître plus rapidement. Il cesserait en moyenne 6 mois à 2 ans après leur début, alors qu'en population clinique il se prolonge pendant plusieurs années.

Au Royaume-Uni, dans une étude de Hawton et coll.<sup>i</sup>, auprès d'élèves de 15-16 ans, 4,3% (dont trois filles pour un garçon) déclarent s'être coupés pendant les douze mois précédents.

En France, dans l'étude de Pommereau et Choquet[28], réalisée auprès d'adolescents jugés plus en difficultés (consultant régulièrement l'infirmerie scolaire), le taux est plus élevé (parmi un échantillon constitué de deux tiers de filles) avec 11,3% des filles et 6,6% des garçons qui déclarent s'être fait mal volontairement (coupure, brûlure) au cours des douze derniers mois.

## **2- En population clinique**

En population clinique, au sein d'échantillons d'adolescents hospitalisés en psychiatrie, le taux de comportements d'automutilations est plus important. 40 à 61% de ces jeunes auraient eu un comportement automutilateur. 47% des adolescents suivis en consultations ont déclaré s'être automutilés au moins une fois [51] et environ le tiers des patients consultant se sont scarifiés dans les trois mois précédents [93]. Les coupures représentent le comportement le plus fréquent, jusqu'à 80% selon les études (Favazza et Conterio<sup>ii</sup>, Herpetz<sup>iii</sup>).

## **3- Genre et âge de début**

Concernant la prédominance féminine du comportement, les résultats ne sont pas consensuels. Pour certains (Klonsky<sup>iv</sup> et Patisson et Kahan[87]) cette prédominance n'est pas certaine. En population clinique il semblerait qu'il existe une prévalence de ces comportements chez les femmes (Hawton et Favazza, cités dans [51]). Il en est de même pour les adolescents : un relevé sur 5 ans à l'institut mutualiste de Montsouris montre que 21% des garçons et 31% des filles hospitalisés ont indiqué avoir présenté des conduites d'automutilation. En population générale adolescente, en revanche, des études récentes mettent en évidence une certaine parité donc une hausse des automutilations au sein de la

---

<sup>i</sup>[59]Hawton, K. et coll, 2002. Deliberate self-harm in adolescents : self report survey in schools in England, *BMJ*, 325, p 1207-1211 cité dans [91].

<sup>ii</sup>[41]Favazza A. R.; Conterio K. (1989). Female habitual self-mutilators *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 79 : 283-289, cité dans [51]

<sup>iii</sup>[60]Herpetz S. (1995). Self-injurious behavior. Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injuries. *Acta Psychiatrica Scandinavia*. 1995. 91 : 57-68, cité dans [51]

<sup>iv</sup>[69]Klonsky D, Oltmanns T, Turkheimer E. Deliberate Self-Harm in a Nonclinical Population : Prevalence and Psychological Correlates. *Am J Psychiatry* 2003;160(8):1501-8. Cité dans [93]

population adolescente masculine (Gratz 2001, Klonsky, Gollust et al 2008, Mac Allister <sup>i</sup>, Walsh<sup>ii</sup>, Whitlok 2006 cités dans [51]).

Il existe un relatif consensus autour de la période de 12 à 14 ans (sujets cliniques et non cliniques) comme âge de début le plus fréquent pour le comportement automutilateur. La fréquence des automutilations est, en effet, relativement faible chez l'enfant. Elles se produisent plutôt au cours d'épisodes clés de l'adolescence. Nous l'avons vu, il s'agit rarement d'un comportement durable.

#### **4- Facteurs de risque**

Dans les antécédents des sujets automutilateurs, sont fréquemment retrouvés des antécédents de **carences affectives**, de **séparation précoce**, de **violences physiques**, d'**abus sexuels**, de **disputes** ou de **violences intrafamiliales**[93]. Favazza, dans son étude de 1989, retrouvait que 62% de ses patientes automutilatrices avaient été abusées pendant l'enfance : abus physiques et sexuels pour 29%, abus sexuel (un ou plusieurs) pour 17% et maltraitements physiques seules pour 16%. On peut retrouver dans le style de fonctionnement de ces familles : manque de soutien affectif, répression de l'expression de l'agressivité et de la colère, ce qui en favorise le retournement contre soi.

Chez les filles il existerait une concomitance avec la période prémenstruelle [93]. Les scarifications chez les filles seraient une tentative de contrôler leur corps qui leur échappe au moment de leurs règles. Rosenthal et al., ont montré dans une étude que 65% des femmes automutilatrices éprouvent une relation négative avec leurs règles et que 60% des inscriptions corporelles surviennent lors de leurs menstruations, 20% dans les deux jours qui suivent et 20% dans les deux jours qui précèdent [26].

Nous pouvons évoquer dans cette partie le **rôle du système sérotoninergique**. L'hypothèse d'un dysfonctionnement sérotoninergique commun à certains troubles (contrôle des impulsions, personnalité) est d'actualité, dysfonctionnement qui trouverait dans le comportement automutilateur une expression comportementale spécifique. En effet, des études récentes ont montré le fait que plus le système de la sérotonine est hypo-actif, plus les dimensions d'agressivité et d'impulsivité sont élevées, et que si l'on intègre les troubles de la personnalité il est plus difficile de différencier en terme de dysfonctionnement sérotoninergique les automutilateurs des non-automutilateurs.

---

<sup>i</sup>[84] Mc Allister M. (2003). Multiple meanings of self-harm : A critical review. International journal of mental health nursing. 2003 ; 12 : 177-185

<sup>ii</sup> Walsh BW. (2006). Treating self-injury – a practical guide. New-York : Guilford Press, 2006, 46-47

## **5- Comorbidités**

Les automutilations sont associées à diverses pathologies psychiatriques et troubles de la personnalité. Nous allons évoquer succinctement ces principales comorbidités.

Les **troubles du comportement alimentaire** (conduites anorexiques ou boulimiques) sont un des diagnostics le plus fréquemment associés aux automutilations. Ils sont présents chez près de la moitié des automutilateurs. Inversement, les sujets présentant un trouble alimentaire présentent un comportement automutilateur dans 25 à 40% des cas, surtout s'il existe un comportement de purge. Ces deux comportements ont en effet un terrain assez similaire : prédominance féminine, début à l'adolescence, baisse de l'estime de soi, comorbidité addictive [83][51][52]. Les patients avec des comportements automutilateurs sont donc à risques de troubles du comportement alimentaire et vice-versa.

Il existe une comorbidité addictive avec une consommation de toxiques, notamment alcool et cannabis fréquemment retrouvée [83][93]. Pattison et Kahan trouvent que 36 % des sujets consomment de façon excessive de l'alcool ou des toxiques [87].

La fréquence des associations entre troubles du comportement alimentaire et automutilation et abus de substance et automutilation a conduit certains auteurs à envisager ces comportements comme une addiction [13]. Addictions et automutilations possèdent en effet des caractéristiques communes : contrôle de l'objet, soulagement, auto-renforcement, recours à l'agir plutôt qu'à l'élaboration...

On retrouve également une association avec les états dépressifs, les troubles anxieux [83][51], les troubles de l'identité sexuelle [83] et syndrome de stress post-traumatique [51].

On retrouve des comorbidités sur l'axe II du DSM-IV également, avec principalement le trouble de la personnalité borderline, pour plus de la moitié des sujets. Nock et Prinstein, en 2006, constataient que 51,7% des adolescents automutilateurs présentaient ce trouble de la personnalité. Il s'agit de scarifications dans environ 60 à 75% des cas. La présence d'automutilation serait de plus un indice de gravité de ce trouble, les passages à l'acte suicidaire seraient en effet plus sévères dans ce cadre.

Nous pouvons mentionner également les troubles de la personnalité antisociale et histrionique [83][51].

## **D- Clinique des scarifications**

### **1- Description**

Les scarifications sont des coupures **superficielles** et **contrôlées** du revêtement cutané, dont les lésions, comme nous l'avons déjà vu, n'engagent pas le pronostic vital ni fonctionnel. Ce sont des incisions **linéaires** uniques ou le plus souvent multiples, typiquement parallèles entre elles ou en quadrillage. Il peut s'agir également d'inscriptions, d'un mot ou d'un symbole, ou de la réouverture de plaies anciennes, rendant la cicatrisation plus difficile. Les scarifications laissent, en général, des **cicatrices fines**, définitives, qui ont tendance à s'effacer avec le temps pour laisser des fins liserés de peau claire, mais qui initialement sont visibles et inesthétiques, pouvant gêner par exemple le port de manches courtes. La présence de cicatrices d'âges différents indique une répétition du comportement. La plupart du temps les scarifications sont pratiquées dans la solitude et elles peuvent être longtemps dissimulées et donc demeurer méconnues de l'entourage.

### **2- Les moyens utilisés et les localisations des lésions**

Les scarifications sont obtenues au moyen d'**objets tranchants très variés** : objets directement coupants ou perforants (lames de rasoir, couteau, éclat de verre ou de porcelaine, aiguilles, morceau de disque compact brisé, cutter, outils scolaires comme des pointes de compas,...) ou bien détournés à cet effet (bord de carte électronique, couvercle de disque compact, ...). La variété et la banalité des moyens retrouvés rendent leur éviction totale impossible même en milieu hospitalier. La plupart des patients auront successivement recours à plusieurs de ces moyens.

Les lésions peuvent être réalisées sur des zones dissimulées ou bien visibles. Toutes les parties du corps peuvent être concernées et les adolescents ne fournissent pas d'explications concernant le choix de l'endroit du corps attaqué. Certaines localisations sont néanmoins privilégiées, il s'agit du **bras** et du **poignet**. Rosenthal et al. ont d'ailleurs décrit le « wrist-cuttingsyndrom ». L'étude de Favazza<sup>i</sup>, a mis en évidence cette prédominance aux membres supérieurs, en retrouvant que les zones les plus fréquemment coupées étaient les poignets et les bras à 74%, les jambes à 44%, l'abdomen à 25%, la tête à 23% et le torse à 18%, les parties génitales dans 8% des cas. Une étude en 2006 a mis en évidence cette même prédominance aux membres supérieurs : 47,3% les bras, 38% les mains, 29% les poignets [51]. Cette prédominance pourrait s'expliquer par la facilité d'accès de la main effectrice, le

---

<sup>i</sup>[39]Favazza AR. (1989), « Why patients mutilate themselves ».Hospital and Community Psychiatry.A989 ; 40 : 137-145 dans [51].

contrôle constant de la vue sur l'acte et le fait qu'ainsi elles peuvent être facilement cachées ou exhibées.

Certaines zones prennent une connotation particulière (zone interne des cuisses, pourtour des organes génitaux, seins). Le visage est rarement touché, il incarne « le principe sacré de l'identité corporelle, le lieu le plus sacré de soi » [26].

### **3- Les signes de gravité**

Nous venons de décrire les scarifications typiques, les plus fréquemment rencontrées, mais certaines caractéristiques en font des lésions dites **atypiques** et représentent des signes de gravité. Il s'agit de la survenue, avant la puberté ou après 18 ans, du caractère durable et de l'intensité croissante des attaques cutanées, d'une survenue chez un garçon, d'incisions en lettres bâtons composant des mots morbides ou des motifs elliptiques, de la violence des moyens employés allant jusqu'à associer de véritables automutilations, d'un contexte délirant, de lésions affectant d'autres parties du corps que le membre supérieur.

Les atteintes du ventre, des cuisses ou des parties génitales traduisent une symbolique sexuelle plus particulière et celles du visage une perturbation grave et plus rare de l'identité [71]. Hormis celles liées au genre, les lésions atypiques peuvent révéler l'existence de béances identitaires majeures appartenant au champ des troubles graves de la personnalité (états limites, psychose) [91].

### **4- La séquence comportementale typique**

Bien que le geste soit pratiqué dans l'impulsivité, pour plusieurs auteurs, dont Leibenluft [71], il est possible de décrire le déroulement du passage à l'acte selon une séquence comportementale récurrente de cinq étapes stéréotypées.

✓ L'apparition d'un **événement précipitant** (séparation, frustration ...), qui apparaît de plus en plus insignifiant à mesure que les comportements s'installent.

✓ L'apparition, en conséquence, d'un **vécu psychique désagréable** et croissant, principalement sous la forme d'angoisses massives, archaïques et difficilement verbalisables, reflétant une tension interne. La colère et la rage suscitées par l'événement déclenchant semblent être à l'origine du déclenchement de l'acte et « soulignent l'irruption pulsionnelle de l'agressivité qui met en péril les limites du sujet et le déborde » [14].

✓ Cette tension interne et cette souffrance psychique vont **réclamer une décharge**, un retournement de la passivité de la tension subie à l'activité. Le sujet va ressentir une conviction de se

trouver dans une impasse relationnelle sans issue, ni alternative ou contrôle possibles. Il va éprouver une envie compulsive de se blesser, accompagnée du sentiment qu'il est impossible d'y résister, anticipant ainsi l'automutilation, agir déjà expérimenté dans sa valeur d'apaisement.

Un moment de **déréalisation** ou **dépersonnalisation** peut être ressenti entre la colère et l'acte, « l'envahissement du sujet par la colère entraîne par régression, une modification des rapports avec l'extérieur, une indistinction transitoire entre le Moi et le non-Moi » [14], que les sujets décrivent comme une perte d'identité « je n'étais plus moi-même ».

✓ Il en résulte le **passage à l'acte**, agissant en tant que court-circuit élaboratif, pour maintenir une homéostasie.

✓ Le dénouement de cette séquence est l'**apaisement** de la tension psychique suite au passage à l'acte. Le soulagement se constate par une attitude de détente perceptible et il peut persister de quelques heures à plusieurs semaines, en fonction des patients. Il peut s'accompagner d'une légère euphorie et d'un certain degré de fierté liée au sentiment de maîtrise du monde interne.

La dimension scopique semble avoir une part importante dans l'aboutissement du soulagement, les patients exprimant souvent le fait que de se voir saigner favorise l'apaisement. La localisation prépondérante aux membres supérieurs permet justement d'avoir un contrôle constant de la vue sur l'acte. La plaie et le sang signent l'extériorisation de cette souffrance intolérable intérieurement ; cela permet d'en prendre le contrôle et de la révéler. L'adolescent peut contrôler l'exhibition de ses lésions par lesquelles il expose sa souffrance, illustrant bien l'enjeu de la dimension scopique mais également la dimension relationnelle de ce comportement par sa fonction d'appel.

La vue du sang signe également la fin de l'état de dépersonnalisation, permettant un retour à la réalité.

## **5- La douleur physique**

On ne peut évoquer les attaques cutanées de la peau sans évoquer la douleur physique.

Le moment de l'atteinte corporelle est **rarement douloureux**, selon Le Breton, « sa visée est justement de couper la souffrance, même si l'individu n'en a pas une conscience claire » [26]. Certains patients affirment, en effet, ne pas ressentir de douleur corporelle au moment du passage à l'acte et ne montrent d'ailleurs pas d'attitude antalgique avant plusieurs dizaines de minutes. Dans une étude de Ross et McKay, citée dans [26], la moitié des jeunes avec des comportements de marquages corporels disent ne ressentir aucune douleur lors de leur acte, 31% une légère douleur, 18% une extrême douleur. Le sujet « est dans l'anesthésie de son acte car il est en quête d'un soulagement, d'une décharge de la tension » [26]. Quand la douleur est ressentie, souvent, les patients affirment que c'est cette douleur physique qui **les soulage** de leur insupportable tension interne. Cela inscrit la souffrance hors du psychisme, la douleur physique permet au sujet d'avoir un contrôle sur sa douleur psychique.

La douleur est souvent ressentie dans l'après coup et c'est une autre forme de douleur dans ce cas. Il s'agit de la douleur de la blessure provoquée et celle attribuée aux soins. Il est important de noter en effet qu'un sujet automutilateur qui se blesse accidentellement, ressent autant de douleur qu'un autre. Selon Bertagne[14], le moment de la douleur tire toute son importance du fait qu'elle est généralement déniée ou attribuée à l'intervention de l'autre sur le corps du sujet. Mais il précise qu'un déni ne signifie pas forcément inexistence, au contraire, il souligne la place possible d'une jouissance masochiste et de l'apparition d'une économie psychique au moment de l'acte.

Sur le plan biologique, le **système des opioïdes endogènes** serait impliqué. Une hypothèse considère un dysfonctionnement constitutionnel qui constitue une vulnérabilité qui, à un moment du développement psychoaffectif et sous l'influence de divers facteurs, peut induire un comportement automutilateur, ou bien duquel peut résulter une sensation douloureuse altérée par un seuil de la douleur plus élevé. Une seconde hypothèse, considérant le système fonctionnel, explique la chronicisation du comportement par un phénomène de tolérance vis-à-vis de ses propres opioïdes lié à une surstimulation du système opioïde par les automutilations répétées. Il se créerait alors une boucle d'auto-renforcement avec également un renforcement en terme de répétition et d'intensité pour obtenir le soulagement (soulagement induit par les opioïdes) après la réalisation du geste. Cette hypothèse fait écho à une possible dimension addictive de ce comportement. L'accoutumance exigerait la répétition. L'implication du système des opioïdes endogènes est également évoquée devant l'engourdissement psychique survenant pendant l'acte, qui pourrait être lié à une anesthésie opioïde.

## **6- Les raisons du passage à l'acte**

Les auteurs parlent assez peu spontanément de leur passage à l'acte ou insistent sur l'impulsivité. Dans une étude de 2005, menée sur 424 adolescents (citée dans [51]), pour plus de la moitié des sujets les principales raisons étaient la dépression, le sentiment de solitude, les pensées négatives contre soi-même, le besoin de se faire mal. Mais en échangeant avec ces patients, la raison la plus souvent évoquée est la recherche d'un **soulagement d'une tension psychique interne** qui ne trouve pas d'autre voie d'expression. Cette tension est parfois décrite comme une souffrance morale et en lien avec un sentiment désagréable (désespoir, dépression, échec, frustration, rejet, sentiment de solitude, excitation pénible, colère, tristesse, craintes d'abandon ...). La dimension scopique, comme nous venons de le voir, semble avoir une place particulière dans l'aboutissement au soulagement recherché mais voir le sang couler peut également prendre le sens « d'évacuer de soi le « mauvais » (angoisses, dépendance...) » [91], de « se purger ».

Il peut s'agir également d'un besoin de se punir, d'obtenir l'attention d'autrui, d'un souhait de changer son apparence corporelle, d'appartenir à un groupe et de cesser de se sentir seul, de s'empêcher de

penser au suicide ou de passer à l'acte, de ne plus se sentir sans lien avec la réalité ou bien d'exercer un contrôle sur soi. En effet, concernant le dernier point, l'adolescent va essayer de reprendre le contrôle d'un corps dont il ne contrôle plus les changements et dont il peut se sentir étranger.

Les scarifications ont également des bénéfices secondaires comme la mobilisation de l'entourage (parents, pairs, équipe soignante ...) obtenue ainsi sans avoir à la demander. Par les scarifications certains adolescents testent l'investissement des soignants car elles sont rarement signalées mais plutôt laissées à deviner (manche légèrement relevée sur la plaie ...).

## **7- Un phénomène contagieux**

Dans les collectivités (prison, internat, services hospitaliers ...), des « **épidémies** » d'automutilations peuvent s'observer. En milieu hospitalier par exemple, les adolescents peuvent s'encourager mutuellement à passer à l'acte. Mais on peut noter aussi que la présence d'un sujet qui passe à l'acte dans un service de soins augmente le risque que d'autres adolescents fassent de même. Il y a d'abord un effet de fascination puis d'**identification**, mais également un sentiment de jalousie par le temps que les soignants consacrent à reprendre cet acte et aux soins. Ces épidémies s'observent surtout dans des institutions coercitives, comme les prisons, mais elles peuvent également être favorisées par un cadre institutionnel insuffisamment contenant et sécurisant ou par l'anxiété de l'équipe soignante. Les différents passages à l'acte se produisent alors le même jour ou sur plusieurs jours consécutifs et concernent un sous-groupe de patients, individuellement prédisposés, fréquemment entraînés par un leader. Pour autant on ne peut pas parler de pratique groupale, le geste reste une réalisation en solitaire.

Les scarifications peuvent servir, au niveau individuel, à réguler une excitation difficilement maîtrisable d'une autre façon, excitation résultant de multiples dynamiques relationnelles à l'œuvre dans le groupe telles que des rapprochés érotisés entre eux, des sentiments de rivalité concernant l'attention préférentielle d'un soignant ou l'affirmation d'une solidarité contre un adversaire commun, le soin et ses acteurs. Ces épidémies se produisent en effet souvent dans une ambiance de dénigrement des soins, mais paradoxalement constituent aussi un appel à l'équipe soignante.

On peut également observer une « contagion » des scarifications influencée par la multiplication de sites internet et forum les concernant. Elles séduisent alors les adolescents par leur fonction d'identification, d'appartenance groupale.

## **E-Éléments de génétique et de neuro-imagerie**

Après avoir déjà évoqué, au niveau biologique, l'influence de la sérotonine et des opioïdes endogènes dans les comportements de scarification, nous terminerons cette partie par quelques mots concernant la génétique et la neuro-imagerie. Les recherches concernent les comportements auto-agressifs en général et en population clinique, surtout les sujets présentant un trouble de la personnalité borderline. Mais peu d'études existent sur le sujet et encore moins en population générale. Ainsi ces données ne sont pas généralisables à l'ensemble des automutilations.

Il a été montré (méta-analyse de Lin et Tsai, en 2004, citée dans [51]) que des patients psychiatriques porteurs de l'allèle court du gène du transporteur de la sérotonine (5-HTTLPR) présentaient davantage de comportements auto-agressifs. Une autre étude a montré que les événements de vie stressants constituaient un indice de prédiction d'un risque auto-agressif chez des sujets porteurs de l'allèle court. Certains endophénotypes en lien avec le système sérotoninergique pourraient ainsi contribuer à rendre vulnérable certains sujets au risque de développer certains comportements.

Rappelons que nous avons vu dans la première partie que les homozygotes pour ce même allèle (allèle court du gène transporteur de la sérotonine 5-HTTLPR) étaient plus à risque d'attachement désorganisé quand l'environnement est à risque.

Concernant les données de neuro-imagerie, retenons quelques données, des études de Schmahl, Russ et Ludaescher<sup>1</sup>[51] :

- l'automutilation est étroitement liée à une dysrégulation émotionnelle ce qui permet de cibler les structures cérébrales à étudier.
- le seuil de ressenti de la douleur est plus élevé chez les sujets borderline et cela est corrélé au niveau de tension interne. Ce seuil s'élève lors de conditions stressantes et diminue puis se normalise après l'arrêt des automutilations.
- il existerait une dysfonction de certaines zones cérébrales régulant la composante affectivo-émotionnelle de la perception douloureuse, mise en évidence par une hypoactivation du cortex cingulaire antérieur et de l'amygdale et une hyperactivation du cortex préfrontal dorsolatéral en réponse à une stimulation nociceptive.
- il existerait un trouble du contrôle des impulsions dont les automutilations pourraient représenter une forme d'expression : une anomalie dans l'activation du cortex orbito-frontal lors de la diffusion de séquence impliquant des réactions cognitives et émotionnelles face à une situation stressante suggère une désactivation de cette zone de régulation émotionnelle, qui pourrait être en lien avec leur échec à inhiber ou moduler leur réactivité émotionnelle qui tendrait à augmenter l'urgence de s'automutiler pour palier à cette tension.

---

<sup>1</sup>Etudes chez des sujets présentant un trouble borderline de la personnalité.

### Pour résumer :

Les scarifications sont un comportement de plus en plus présent au sein de la population adolescente. La multitude de dénominations, de définitions et de classifications en fait un comportement sans définition consensuelle. Les caractéristiques principales de la scarification qui s'en dégagent sont une attaque **directe et délibérée** du corps, par des coupures superficielles et modérées, avec un caractère d'impulsivité et une **absence d'intentionnalité suicidaire**. Les scarifications sont retrouvées tant en population clinique que générale, bien que plus fréquente dans la première. Les comportements dits typiques commencent au début de la puberté, se localisent préférentiellement sur les avant-bras et les poignets et les marques sont linéaires. Les scarifications se déroulent selon une **séquence comportementale typique** dont d'un événement précipitant déclenche le début suite à un envahissement intolérable d'angoisses dépersonnalisantes ou déréalisantes par atteinte des limites psychiques, et ne s'apaisant qu'avec la coupure et la vue du sang, voir la douleur qui peut être ressentie chez certains. Une des principales raisons évoquées à la scarification est bien le soulagement d'une tension psychique interne, tension menaçant le sentiment d'identité.

Parmi les facteurs de risque, on retrouve notamment les carences affectives, les séparations précoces, les violences intra-familiales, ce qui nous amène à nous interroger sur le rôle des relations et des représentations d'attachement dans la survenue de ces comportements.

*Comment évoluent les concepts de l'attachement lors de l'adolescence, période d'apparition des scarifications?*

*Un attachement sécure est-il un facteur protecteur de la survenue de scarifications ?*

*A l'inverse, les représentations négatives de l'attachement insécure sont-elles un facteur de risque d'avoir recours à la scarification ?*

# III -Le devenir de la théorie de l'attachement à l'adolescence et les outils d'évaluation à cette période

---

L'adolescence est un moment de profonde mutation dans l'histoire d'un individu, avec d'importantes transformations tant au plan physique que psychique. C'est en effet une période de développement, d'un point de vue étymologique « adolescence » vient du latin « adolescere » qui signifie « grandir ». C'est l'âge du passage entre l'enfance et l'âge adulte. Les liens avec les parents se remanient. Il apparaît donc normal qu'il y ait également un retentissement de toutes ces transformations sur les relations d'attachement, les modèles internes opérants et les moyens d'assurer le sentiment de sécurité interne.

Il nous a semblé important de nous intéresser, dans un premier temps, à des éléments de compréhension psycho-dynamique de l'adolescence, afin d'évoquer les remaniements psychiques inhérents à cette période, avant de voir dans quelle mesure ces remaniements jouent un rôle dans l'évolution de la théorie de l'attachement à cette période. Enfin nous verrons l'évaluation de l'attachement à cette période.

## **A-Abord psycho-dynamique de l'adolescence**

L'adolescence peut être étudiée sous l'angle de divers modèles de compréhension toujours en interaction les uns avec les autres. Le modèle psychanalytique est en partie conditionné par les modèles physiologiques et sociologiques.

Le principal enjeu du processus d'adolescence est l'accession à l'**autonomie**. L'enfant va progressivement évoluer pour devenir un adulte indépendant. La **question des liens** est donc au centre de la problématique adolescente.

### **1 -La question du corps à l'adolescence**

Le corps prend une place centrale à l'adolescence puisqu'il est le sujet de transformations ayant d'importantes répercussions psychologiques. L'adolescence débute par la **puberté** avec ses

changements physiologiques et morphologiques, contribuant à l'apparition du corps sexué donc à la sexualité génitale et à la capacité de procréer. Le corps **se transforme**, se sexualise, sans que l'adolescent n'ait choisi ces changements. Selon Jeammet [66], l'adolescent est « dépossédé » de son corps, il subit ces changements plus qu'il n'a le sentiment de pouvoir les agir. L'adolescent est ainsi renvoyé à un **vécu de passivité**, avec une sensation de ne plus avoir le contrôle de son corps.

Le schéma corporel, défini comme les projections corticales de la sensorialité, se modifie et l'image du corps de référence que l'enfant s'était construite est bouleversée. Selon Françoise Dolto [36], le schéma corporel, qui est en principe le même pour tout individu, « est une réalité de fait, il est en quelque sorte notre vivre charnel au contact du monde physique ». C'est une réalité physique dont l'expérience dépend de l'intégrité de notre organisme. Le schéma corporel permet l'objectivation d'une intersubjectivité. L'image du corps, elle, est propre à chacun, dépendant du sujet et de son histoire. C'est une représentation de soi qui se construit à partir des expériences vécues. C'est une notion qui appartient au symbolique et dont la base est affective. Dolto définit l'image du corps comme « la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles ». Elle dépend des investissements dynamiques libidinaux et agressifs, est en remaniement constant et implique la reconnaissance d'une limite. Selon Angelergues, cité dans [83], « l'image du corps est un processus symbolique de représentation d'une limite qui a fonction « d'image stabilisatrice » et d'enveloppe protectrice ». De plus pour Dolto, l'image du corps est le support du narcissisme.

Ainsi, la perte de ses repères infantiles peut induire chez l'adolescent un inquiétant **sentiment d'étrangeté**. Le corps tient en effet une place prépondérante concernant le sentiment d'identité et représente un repère intangible de la continuité du sujet. Le sentiment d'identité est ainsi déstabilisé par ces transformations.

Cette transformation corporelle entraîne une **sexualisation des liens** avec l'environnement, ainsi qu'une érotisation des pensées, à laquelle l'adolescent va également devoir faire face.

L'adolescent va avoir besoin de tout un temps pour élaborer psychiquement ses nouvelles dimensions cutanées, physiques et psychiques dans sa relation à l'autre. Un des travaux de l'adolescence va être de se **réapproprier** ce nouveau corps sexué, afin de maintenir un sentiment de continuité de soi et d'intégrer les transformations corporelles. La réappropriation du corps peut se traduire par un **hyper-investissement de soi** (temps passé dans la salle de bain, importance des tenues ...). L'apparence physique, qui a une fonction identitaire, comme nous l'avons déjà vu, a une place majeure dans cette affirmation de soi. La réappropriation va passer entre autre par les phénomènes de mode (mode vestimentaire, mode capillaire ...). « Le « look » est une seconde peau indispensable mais certains adolescents sont aussi tentés d'appliquer cette limite de soi, qui donne apparence et contenance, à la peau elle-même » [91].

La réappropriation du corps peut en effet passer par des **marques corporelles**. Chez la plupart des adolescents ce marquage a une fonction de signe distinctif transitoire et est modéré, esthétique et souvent réversible. Il s'agit principalement des piercings et dans une moindre mesure des tatouages, car non réversibles et souvent refusés par les parents. Les adolescents appliquent sur leur corps leur **marque personnelle**. C'est le corps social, au centre des échanges relationnels affectifs interindividuels, selon Schilder, qui est ici en jeu. L'adolescent utilise son corps comme support d'un discours social pour à la fois se différencier de ses parents, « ils percent ainsi l'image idéale que les parents ont d'eux, image dont ils veulent se défaire de façon vitale » [74], et chercher une ressemblance rassurante avec ses pairs, recherche influencée par la « pression normative ». Ces marques sont un élément d'appartenance à un groupe, une communauté (« communauté des percés »). La fréquence des atteintes cutanées, qui représentent une perte de l'intégrité du corps, lors de ce remaniement de l'investissement du corps montre que celui-ci passe souvent par la destructivité et l'agression.

Ces pratiques de piercing et tatouages, comme certaines conduites de consommation, qui débutent à l'adolescence, pourraient faire figure d'un **pseudo-rite de passage**. Dans nos sociétés occidentales, les limites concernant les espaces et le temps (âges de la vie, différence des générations ...) sont floues. Il n'y a plus d'évènement symbolique du passage de l'enfance à l'âge adulte comme dans les sociétés traditionnelles hormis les échéances scolaires, ce qui s'avère insuffisant pour assurer la construction identitaire. Mais à la différence des rites initiatiques, ces pratiques sont « des conduites privées qui possèdent une valeur transgressive, même si celle-ci perd de sa violence sous l'effet de la mode, et visent une intégration intra-générationnelle » [91].

L'hyper-investissement de soi, résulte également d'une modification du narcissisme à l'adolescence. « L'adolescent doit choisir de nouveaux objets, mais doit aussi se choisir soi-même en tant qu'objet d'intérêt, de respect et d'estime » [83]. La façon dont certains jeunes maltraitent leur corps est une indication sur leurs difficultés narcissiques.

L'adolescence est comme nous venons de le voir une période pendant laquelle les relations corps/psyché sont au premier plan. Les transformations pubertaires vont nécessiter un remaniement du Moi. Selon Kestemberg [68], « l'adolescence se caractérise par le **réajustement de la structure antérieure du Moi** à une modification corporelle ». En effet, Freud relie Moi et sensations corporelles par sa définition du Moi comme « dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source dans la surface du corps » [48]. A contrario, « toute modification du corps infléchit sur le fonctionnement du moi » [77].

« L'automutilation transitoire s'inscrit dans les apories de ces relations, quand les figurations du rapport ambivalent au corps viennent à manquer » [77]. Chez les adolescents aux failles narcissiques importantes, le marquage cutané prend une autre dimension et une autre fonction qu'une simple réappropriation corporelle.

Ainsi, le corps prend une place particulière à l'adolescence et il n'est alors pas étonnant qu'« une des caractéristiques de l'adolescent est de se servir du corps et des conduites dites somatiques comme **mode d'expression** de ses difficultés mais aussi comme moyen de relation » [83].

Evoquons également que le corps est un bon représentant des liens objectaux avec les parents.« Ce corps est le fruit de l'union des parents, représentant privilégié de la scène primitive et des parents combinés » [65]. La relation que l'adolescent noue avec son nouveau corps reflète donc la **qualité du lien** établi avec les objets parentaux pendant l'enfance.

## **2-La seconde phase de séparation-individuation**

Les transformations du corps ont un impact fondamental dans le processus de l'adolescence. La poussée pubertaire entraîne, comme nous venons de le voir, une **sexualisation des liens** secondaire au nouveau corps sexué, notamment avec les parents et fait naître une excitation sexuelle. La poussée pubertaire s'accompagne également d'une modification et d'une intensification des pulsions dans le corps et la psyché, pulsion sexuelle et pulsion agressive. Les transformations pubertaires vont amener « la vie sexuelle infantile à sa forme définitive et normale » [47]. Les pulsions partielles, pré-génitales, se regroupent en **pulsions génitales** et les zones érogènes partielles se subordonnent au primat de la zone génitale. Pour Freud, la pulsion jusque là essentiellement autoérotique, « va maintenant découvrir l'objet sexuel » [47].

Gutton [58] décrit une version psychique de ces changements « **le pubertaire** », qui serait « aux phénomènes psychiques ce que la puberté est au corps : remaniements sexuels dont l'interprétation est œdipienne ». « Le pubertaire est théorisé comme un processus rendant compte de la pression exercée par le réel biologique de la puberté sur les trois instances psychiques (Moi, Surmoi, Ça). Cette pression vient se heurter à la barrière de l'inceste léguée par l'élaboration du développement œdipien » [83]. C'est un processus qui pousse l'adolescent à trouver un but à la pulsion sexuelle que la puberté vient d'actualiser dans le corps.

La **problématique œdipienne** qui se réactive à l'adolescence, se trouve, à cette période de la vie, dans un contexte très différent. Le conflit œdipien s'exerce maintenant, avec un corps pouvant réaliser les vœux œdipiens, et par conséquent implique un danger intensivement présent. L'**inceste** et le **parenticide** sont maintenant **physiquement possibles**. La période de latence, temps de la maturation sexuelle, a permis d'édifier la barrière contre l'inceste. « L'enfant a pu se pénétrer des préceptes moraux qui excluent expressément du choix de l'objet les personnes aimées pendant l'enfance, appartenant au même sang que lui » [47]. Freud parle ici du lien du sang mais nous pouvons préciser

que cet interdit, cette barrière contre l'inceste, est aussi valable dans le cas d'adoption plénière. Le nouveau lien de filiation prononcé par la loi équivaut au lien de filiation biologique.

Devant ce constat, l'adolescent ressent alors une vive nécessité de se défendre de ces deux actes réalisables. Les transformations corporelles qui, par l'accession à la sexualité génitale, rendent possible la réalisation sexuelle génitale, obligent l'adolescent à devoir s'éloigner du milieu parental. La **séparation** réelle et fantasmatique s'impose [18].

Le concept de processus de séparation-individuation de Margaret Mahler a été repris notamment par Blos, pour parler d'une **seconde période de séparation-individuation** à l'adolescence. La première phase de séparation-individuation que décrit Mahler se situe entre, environ, 8 mois et 3 ans, après la phase symbiotique. Par ce processus, le petit enfant va progressivement se séparer psychiquement de sa mère, par déplacement de l'investissement libidinal entre autre sur « les appareils autonomes du self et des fonctions du Moi » [82]. Il va se construire un « sentiment d'être séparé de la mère ». Cette séparation va permettre à l'enfant une construction d'une représentation différenciée de lui-même, participant à l'individuation. L'enfant va progressivement acquérir la permanence de l'objet libidinal, qui signe que « l'image maternelle est intra-psychiquement disponible pour l'enfant, lui donnant soutien et réconfort » [82]. Dans la première phase l'enfant « s'est dégagé de sa mère par internalisation », dans la seconde « l'adolescent se dégage des objets internalisés pour aimer les objets extérieurs et extra-familiaux » [83].

Le principal travail psychique de l'adolescence est en effet celui de la séparation, influencée par la distanciation nécessaire mais également par une forte pression sociale qui pousse l'adolescent vers l'**autonomie**. Jeammet définit la séparation comme « un processus biologique inscrit dans le développement même de l'être vivant en tant qu'il va former une **unité indépendante** de ce qui lui a donné son origine, mais qui va s'opérer par des processus de complexification croissante » [64]. A cette séparation se fait conjointement un travail d'identifications par lequel l'adolescent va devoir s'affirmer en tant qu'individu avec sa propre identité.

L'adolescent rejette ses parents dont la présence réactive les conflits œdipiens, il y a un « meurtre des imagos parentales » [83]. « Grandir est par nature un acte agressif » selon Winnicott. Mais il rejette également les bases identificatoires de son enfance. Une recherche de nouveaux objets d'identification va se mettre en place ; l'adolescent vit une angoissante quête identitaire. A l'adolescence il existe un antagonisme narcissico-objectal. L'adolescent doit s'individualiser et développer sa subjectivité et pour cela, paradoxalement, il a besoin des relations avec autrui pour permettre des intériorisations servant de base aux identifications. « Pour être soi il faut se nourrir des autres et en même temps s'en différencier » [66]. Or cette attirance pour l'objet peut être vécue comme une menace de l'intégrité

narcissique, en fonction de la qualité des assises en place.« Cette tension conflictuelle entre l'appétence objectale pour quérir les identifications nouvelles et la préservation narcissique pour conserver l'assise identitaire représente un des enjeux essentiel de l'adolescence » [83].Ce travail psychique de mise à distance du lien aux objets parentaux, d'affirmation de soi et de recherche identificatoire se fait d'autant plus sereinement que l'attachement s'est fait de manière sécurisée avec la formation d'assises narcissiques solides.La solidité des assises narcissiques, c'est-à-dire la qualité de l'intériorisation des liens interactifs aux objets primaires, va être largement interrogée par ce processus de distanciation. D'une part, il va mettre à jour la solidité des acquis antérieurs en dévoilant les assises narcissiques sous-jacentes et les moyens dont l'adolescent dispose pour assurer sa différence, ses propres limites et pouvoir investir de nouvelles relations. D'autre part, il va obliger l'adolescent à devoir s'affirmer en tant qu'individu avec sa propre identité, « identité qui renvoie au narcissisme de l'individu et à la qualité des premières relations, en particulier des relations de soins précoces constitutives de ce narcissisme » [83].

Cette sexualisation des liens avec les figures parentales va également permettre de tester la solidité de ces liens et leur flexibilité.L'adolescent va devoir trouver la bonne distance pour poursuivre le processus de maturation.

### **3- Un travail de deuil et des épisodes de dépression**

Ce travail intra-psychique « lié à l'expérience de séparation des personnes influentes de l'enfance, à un changement dans les modes relationnels, les projets et les plaisirs élaborés en commun » [83] peut se rapprocher d'un travail de deuil.Anna Freud a fait un parallèle entre les réactions des adolescents et les réactions des individus endeuillés par des pertes réelles. Le travail inhérent à l'adolescence, comme celui de deuil, consiste en « une perte d'objets ». Pour l'adolescent il s'agit de la **perte des objets infantiles**. D'abord la perte de « **l'objet primitif** » (qui fait comparer l'adolescence à la phase de séparation de l'objet maternel de la petite enfance et ainsi parler de deuxième phase du processus de séparation-individuation), puis perte de « **l'objet œdipien** » « chargé d'amour, de haine, d'ambivalence »[83] par laquelle l'adolescent gagne son indépendance, se libère de l'emprise parentale et liquide la situation œdipienne.

Dans une évolution développementale normale, l'adolescent va traverser plusieurs **moments de dépression** inhérents au processus, lors de ces périodes de deuil mais également en lien avec les autres multiples pertes de cette période (perte de la quiétude de l'enfance, séparation du milieu familial, obligation de faire des choix qui font subir forcément des pertes ...) et en lien avec la régression narcissique qui a un potentiel dépressogène. Cette dépression permet le réaménagement

psychique. Fédida parle de **dépressivité** pour cette « capacité dépressive » [100], processus inhérent à la mise en place de la vie psychique, définition qui rejoint sous certains aspects la position dépressive de Mélanie Klein.

Braconnier [83] parle également d'un « syndrome de menace dépressive », qui est une crise anxio-dépressive témoignant du conflit psychique entre la nécessité de se désengager des premiers objets d'amour pour investir un nouvel objet d'amour.

#### **4- Des mécanismes de défense spécifiques**

Pour rendre supportable la confrontation aux conflits l'adolescent a divers moyens de défense à sa disposition. Aux moyens de défense tels que le refoulement, le déplacement et l'isolation, on trouve des moyens défensifs spécifiques à l'adolescence : intellectualisation, ascétisme, mise en acte, clivage et les mécanismes archaïques associés (identification projective, idéalisation primitive, projection persécutive). Concernant les conduites centrées sur le corps deux types de défense sont prévalents [83]:

✓ **Le besoin de maîtrise** : l'adolescent a besoin de garder le contrôle sur les fantasmes pouvant surgir en lui et sur les sources d'excitation pulsionnelle interne. Les changements inhérents à cette période désignent le corps comme objet à contrôler pouvant aller jusqu'à un besoin d'emprise sur ce dernier. L'ascétisme, mécanisme de défense du Moi pour mieux contrôler les pulsions au niveau du corps, pourrait en être une illustration. « Cette crainte de la pulsion ressentie par l'adolescent a un caractère dangereusement progressif et peut, après n'avoir concerné que les véritables désirs pulsionnels, être reportée jusque sur les besoins physiques les plus ordinaires ».

✓ **La régression** : Elle s'exprime principalement par des conduites centrées sur le corps ou des demandes corporelles directes. La régression peut être de trois types : soit temporelle (retour à des buts de satisfaction pulsionnelle propres à des stades antérieurs du développement), soit formelle (abandon des processus secondaires de pensée au profit des processus primaires), soit topique (passage d'un niveau d'exigence moïque ou surmoïque à un niveau d'exigence du ça). Concernant le corps, il s'agit principalement de régression temporelle : « face à l'émergence de la sexualité, le retour protecteur à des buts pulsionnels témoignant de pulsions partielles est fréquent ».

#### **5- Le recours à l'agir**

A l'adolescence, l'agir est considéré comme **un des modes d'expression privilégiée** des conflits et des angoisses pour tout adolescent.

Deux types de facteurs favorisent le recours à l'agir à cette période. D'une part les **facteurs environnementaux** regroupant les différents changements en cours, « tout changement est une incitation à l'agir » [83], notamment le changement de statut social avec l'autonomie nouvellement acquise. Les contraintes trop importantes de la réalité peuvent également favoriser le passage à l'acte. Et d'autre part, et principalement, des **facteurs internes** facilitent l'agir. Il s'agit de l'excitation pubertaire responsable d'un état de tension physique puis psychique et de la résurgence de l'angoisse qui nécessitent des actions de décharge. On peut également citer la résurgence des pulsions pré-génitales, la peur de la passivité avec besoin de reprendre le contrôle, les modifications corporelles avec le trouble du schéma corporel et du sentiment d'identité qu'elles induisent. Le recours au passage à l'acte est aussi beaucoup plus fréquent lorsque le recours au langage est difficile.

Le recours à l'agir revêt différentes fonctions. Il peut s'agir :

- d'une **stratégie interactive** (moyen d'entrer en contact, d'interpeller, souvent par des provocations, ou moyen de prendre une place et de défendre son estime de soi)
- d'un **mécanisme de défense** (avec une fonction restitutive par rapport au Moi, par le passage à l'acte l'adolescent reprend le contrôle, il redevient actif face à un vécu de passivité)
- d'un **mécanisme d'entrave de la conduite mentalisée** (fuite vis-à-vis de l'affect ou de la représentation désagréable à la conscience ; agir pour éviter de ressentir).

## **B-Le devenir de la théorie de l'attachement à l'adolescence**

L'attachement est présent tout au long de l'existence, « du berceau à la tombe » selon Bowlby. A chaque étape du développement il est nécessaire de remanier l'équilibre entre les besoins de sécurité et l'autonomie, les liens d'attachement subissant des transformations par les processus de maturation. C'est au cours de l'adolescence que le système comportemental d'attachement évolue vers l'équilibre dynamique qui prévaudra chez l'adulte.

Les transformations liées à l'adolescence vont induire une modification des modalités d'attachement par une évolution des MIO et des remaniements des relations d'attachement et réciproquement, les MIO vont influencer le processus d'autonomisation de l'adolescence.

### **1-La question de la continuité de l'attachement à l'adolescence**

Selon Atger[10], « une fois établis dans les premières années de vie, les liens d'attachement ont tendance à persister, en particulier lorsque l'environnement est stable, tout en subissant des transformations rendues nécessaires par la maturation ». Théoriquement effectivement, lorsque

l'environnement est stable et le caregiving constant, les expériences relationnelles confirment les MIO en place et les consolident tout en permettant une certaine flexibilité adaptative.

Cependant, les résultats des travaux concernant la question de la continuité de l'attachement de l'enfance à l'adolescence ou à l'âge adulte sont **contradictaires**.

Certains retrouvent une **corrélation forte** entre la catégorie obtenue à la situation étrange à 12 mois et celle à l'AAI à l'âge adulte. C'est le cas de l'étude de Waters<sup>i</sup>, dans laquelle 64 % des sujets sont classés dans la même catégorie, ce chiffre atteignant 72% si l'on ne considère que les sujets n'ayant pas subi d'événement de vie traumatique. Dans une étude de Mary Main[17] une prédictibilité de continuité sécuritaire versus insécure de 80% est retrouvée.

En revanche d'autres études ne retrouvent pas cette corrélation, notamment celle de Zimmerman<sup>ii</sup>.

L'**absence de corrélation** semblait liée aux **facteurs socio-environnementaux défavorables** et à la présence d'**événements de vie défavorables**.

La tendance à la continuité est donc significative mais loin d'être générale, il existe une sensibilité au contexte avec une modifiabilité possible. Atger retient que l'attachement, « tout en étant stable pendant l'adolescence, reste très sensible à l'environnement psycho-social »[57].

## **2- L'acquisition de nouvelles capacités cognitives**

À l'adolescence, il s'opère également un bouleversement dans les structures cognitives, dont on parle moins, mais tout aussi important que les transformations pubertaires. Le préalable aux modifications des MIO et des relations est l'acquisition de ces nouvelles capacités cognitives. La principale transformation est l'accès à la **pensée formelle**, selon la théorie cognitive de Piaget. L'adolescent devient capable de raisonner sur des données abstraites, des hypothèses et peut se libérer du concret. La notion de probabilité prend sens et la méthode expérimentale devient possible. La mise en place du raisonnement hypothético-déductif est possible par l'accession au groupe des opérations formelles de transformation. Ce stade des opérations formelles va permettre un changement de l'adolescent dans son rapport au monde. Il va développer ses **facultés réflexives** et ses **capacités métacognitives** en commençant à pouvoir réfléchir sur ses propres processus de pensée.

Ces nouvelles capacités cognitives vont avoir deux conséquences du point de vue affectif en permettant d'une part une réorganisation des MIO et d'autre part d'améliorer le partenariat corrigé quant au but avec les parents.

---

<sup>i</sup>[104] Waters E. et al., (1995) Attachment security from infancy to early adulthood : a 20-year longitudinal study.

<sup>ii</sup>[107] Zimmerman P. et al., (1995) Attachment in adolescence : a longitudinal perspective.

Etudes présentées lors d'un meeting (Society for Research in Child Development in Indianapolis), cité dans [17].

### **3- Evolution des modèles internes opérants**

Avant l'adolescence l'attachement est spécifique d'une relation. Ensuite une organisation prépondérante de l'attachement, **modèle interne intégré des relations**, à partir des patterns distincts va progressivement émerger. Les modèles internes rattachés aux expériences avec chaque caregiver, c'est-à-dire les différentes représentations de soi et de l'autre, vont être intégrés dans un modèle général des relations d'attachement. L'adolescent va pouvoir faire des liens entre des expériences d'attachement divergentes et élaborer des réponses avec une plus grande souplesse. Les représentations dans les relations d'attachement dépendent ainsi moins d'une relation particulière, ce qui permet le développement des capacités de distanciation.

Mary Main décrit un « **état d'esprit** » **général** concernant les relations d'attachement et elle formule une seconde hypothèse quant à la formation de ce modèle général. Selon elle, il pourrait également résulter d'un choix d'un seul modèle de l'enfance, confirmant l'idée de Bowlby selon laquelle les relations de l'individu sont toutes calquées sur le modèle relationnel avec la figure d'attachement principale. Crittenden parle, elle, de « **méta-modèle** ». Il s'agit d'un modèle généralisé qui comprendrait en même temps plusieurs sous-modèles spécifiques à une relation donnée. Ainsi l'individu peut se constituer une identité propre et réagir à autrui de façon avvertie.

C'est ce modèle généralisé qui sera souvent mobilisé en cas d'activation du système d'attachement. Cependant les modèles différenciés ne disparaissent pas et continuent à jouer un rôle dans certains contextes. Cela n'exclut pas non plus la formation d'autres MIO de nouvelles relations.

L'adolescent va également pouvoir réfléchir sur les relations intra-familiales et accéder au « **modèle interne opérant partagé** », c'est-à-dire aux « représentations de la manière dont, au sein de la famille, on est relié les uns aux autres et dont on prend soin les uns des autres »[35]. Delage évoque la participation à un MIO systémique permettant d'évaluer en partie les MIO de chacun.

### **4- La relation de l'adolescent avec ses parents**

#### **a -Le partenariat corrigé quant au but**

Le développement des capacités réflexives va permettre de perfectionner le partenariat corrigé quant au but. L'adolescent va pouvoir tenir compte de ses propres besoins et désirs actuels, tout en tenant compte de ceux de ses parents qu'il se représente plus finement. Le partenariat sera plus souple et le niveau de coordination plus important. L'adolescent peut mettre en perspective différents éléments de la relation. Il va ainsi pouvoir **modifier ses comportements d'attachement en tenant compte de**

**l'état d'esprit de ses parents** ; il aura recours moins fréquemment aux parents comme figure d'attachement. Leur rôle reste cependant important comme nous allons le voir.

Ce partenariat corrigé joue, de plus, un rôle déterminant dans la négociation des conflits, nombreux lors de cette période.

### **b -Le remaniement des relations avec les parents**

Le processus de l'adolescence va également provoquer un remaniement des relations d'attachement par le processus d'autonomisation. Le remaniement des relations avec les figures d'attachement primaires se matérialise par une **prise de distance** des adolescents vis-à-vis de leurs parents. Ils partagent moins de temps et d'activités avec eux, les manifestations physiques d'affection sont moins présentes et l'adolescent exprime un besoin d'intimité. Dans le but d'affirmer sa différence, l'adolescent a souvent un comportement conflictuel, confus et contradictoire vis-à-vis de ses parents. Les désaccords et disputes se multiplient et « s'ils permettent de développer les capacités de négociation, ils contribuent à un désengagement »[57]. On observe simultanément au niveau affectif un mouvement de rapprochement des pairs.

La théorie de l'attachement n'aborde pas les interrelations entre système d'attachement et système sexuel et explique ces remaniements par le processus d'autonomisation et la pression sociale[7]. Cependant, d'un point de vue psychodynamique, on peut penser que la sexualisation des liens, précédemment évoquée, joue probablement un rôle important dans ce mouvement.

Du fait de la sexualisation des liens et de la barrière de l'inceste, objets d'investissement narcissique (objets d'amour primaire) et objets d'investissement libidinal (objets d'amour génitaux) ne peuvent plus être identiques. Le système d'attachement est donc réactivé dans sa globalité devant l'obligation de se séparer des objets œdipiens menaçants, sollicitant les besoins de sécurité, et celle de trouver de nouveaux objets d'investissement, sollicitant les capacités d'exploration. La distanciation rend possible mais surtout indispensable l'investissement de nouveaux objets extérieurs au cercle familial. Nous l'avons vu, cette distanciation met en lumière la qualité de l'attachement, dans les possibilités d'investissement de nouvelles relations et d'affirmation identitaire.

### **c - Rôle du comportement d'attachement à l'adolescence**

A l'adolescence, l'attachement n'est plus orienté comme dans l'enfance par un besoin vital de protection. C'est la fonction de **régulation des émotions** qui est principalement en jeu. Des deux composantes de l'attachement, recherche de sécurité et exploration, c'est la deuxième qui est la plus fortement activée. La recherche de sécurité s'active lorsque l'adolescent rencontre des difficultés lors

de son autonomisation. Les caregivers aident l'adolescent à faire face aux affects rencontrés lors de cette phase.

La sécurité chez l'adolescent est, selon Allen et al.,<sup>i</sup> la possibilité de se référer tranquillement à ses souvenirs d'attachement avec ses parents, la possibilité de traiter ses pensées et d'utiliser des stratégies de régulation émotionnelle assez facilement, la capacité à maintenir avec les figures d'attachement des relations positives malgré les aléas de l'adolescence.

#### **d - Un paradoxe : être bien attaché pour s'éloigner**

L'adolescent donne l'impression de fuir ses liens aux figures d'attachement primaires, comme s'ils constituaient une contrainte et empêchaient son autonomisation. Mais paradoxalement ces liens sont primordiaux. Le processus d'autonomisation à l'œuvre nécessite la présence des parents comme base de sécurité pour qu'il puisse se faire facilement. La balance attachement-exploration est à nouveau fortement sollicitée et le **système exploratoire** est au cœur du processus d'autonomisation. En effet, l'autonomie se construit à travers l'exploration du monde physique, comme pendant l'enfance, mais également l'exploration de nouveaux rôles sociaux, de nouvelles relations, de la sexualité, de soi-même, de son corps, de ses émotions. Elle permet au sujet de développer ses compétences (physiques, intellectuelles, sociales) et de nouer de nouvelles relations, ce qui parallèlement participe à la distanciation. Nous l'avons vu, ce système d'exploration n'est optimal que si le système d'attachement n'est pas trop activé, c'est-à-dire si l'adolescent a un attachement sûr avec un sentiment de sécurité assuré et qu'il sait donc qu'il peut avoir un soutien de ses parents s'il en a besoin. Ainsi, « l'adolescence peut être vue comme un interrogateur de la qualité des intériorisations établies pendant la première enfance » [64] et « de ce qui reste de dépendance non résolue aux personnes clés de l'environnement infantile » (Jeammet 1990, cité dans [18]).

**L'attachement est au service de l'autonomie** de l'individu et non pas un facteur de dépendance comme on pourrait le supposer. Alors qu'habituellement dans le processus de séparation-individuation l'accent est mis sur le travail psychique individuel de séparation, par le désengagement et l'élaboration du manque, « la théorie de l'attachement met l'accent sur la dimension relationnelle en soulignant la qualité de la présence » [35]. De nombreux travaux confirment l'importance de la **qualité du lien d'attachement** actuel avec les parents dans le processus d'autonomisation. Allen<sup>ii</sup> a notamment montré qu'il existe une forte corrélation entre la présence de comportement de recherche d'autonomie

---

<sup>i</sup>[3] Allen et al., (1999) Attachement in Adolescence, cité dans [35].

<sup>ii</sup>[2] Allen et coll., 1994, Longitudinal assessment of autonomy and relatedness in and adolescent-family interactions as predictors of ego development and self-esteem, Child Development, 65, p. 179-194. Cité dans [7].

et des indices d'une relation positive avec les parents. Une autre étude<sup>1</sup>a montré que la sécurité pendant l'enfance est plus prédictive de la qualité de l'autonomie et de la capacité à entrer en relation de l'adolescent qu'elle ne l'est de la sécurité apparente de l'attachement à l'adolescence évaluée par un entretien.

Loin d'être antinomique aux défis développementaux de prise de distance, le fait « d'être attaché » à ses parents joue un rôle fondamental pour surmonter ce défi lorsque cet attachement est sécurisé. L'acquisition de l'autonomie se fait plus aisément quand l'adolescent peut s'appuyer sur des relations sécurisées avec ses parents. **Pour pouvoir explorer sereinement et se différencier, il faut être bien attaché.**

Lors d'une recherche de sécurité, les adolescents se tournent encore souvent vers leurs parents pour assurer leur sentiment de sécurité interne, même s'ils peuvent en première intention avoir recours à leurs intériorisations ou aux pairs. Ainsi malgré cet apparent éloignement, les liens d'attachement avec les parents restent intenses. « Cette séparation au niveau des apparences ne met pas nécessairement en cause le maintien de liens d'investissement inchangés aux premiers objets. La prise de distance apparente ne signifie pas toujours séparation au niveau inconscient » [64].

#### **e - Notion de métacognition du système d'attachement**

En parallèle de la mise en place de l'indépendance, se met en place la distance émotionnelle nécessaire pour permettre l'action des capacités cognitives. Main propose la notion « **d'espace épistémique** » pour qualifier cette liberté cognitive et émotionnelle donnée par l'autonomie [57]. Cet espace permet le développement de ce que Main nomme la « **métacognition du système d'attachement** » qui permet à l'adolescent de réfléchir sur ses relations d'attachement et notamment de se réapproprier les liens avec ses parents. Cela peut permettre de surmonter certaines des difficultés dans les relations avec les parents et donc de développer l'autonomie, créant en quelque sorte un cercle vertueux.

### **5- La relation de l'adolescent avec ses pairs**

#### **a -Le système motivationnel affiliatif**

Le système affiliatif est un autre système motivationnel lié au système d'attachement. Il concerne l'intersubjectivité et décrit la motivation d'un individu à s'engager dans des **relations sociales**. Le fait

---

<sup>1</sup> Becker-Stoll et Fremmer-Bombick cité dans [10]

de créer des liens a également un but adaptatif comme tout système motivationnel, car le groupe donnerait plus de chance de survie.

Dès l'âge de 2 mois les nourrissons ont une curiosité pour leurs pairs et dès 3 ans les enfants sont capables d'échanges sociaux complexes avec des pairs du même âge. Puis, comme nous venons de le voir, plus les enfants grandissent, plus ils consacrent de temps à leurs pairs plutôt qu'à leurs parents. Le système affiliatif s'active quand l'individu engage des relations avec ses pairs et que ces relations concernent un individu singulier non interchangeable. Ces relations ou liens d'amitiés reposent sur la volonté de chacun, et chacun peut y mettre fin, ce qui n'est pas vrai pour les liens d'attachement. Ces systèmes motivationnels sont en effet bien distincts (surtout les premières années de vie). Les relations d'attachement sont asymétriques sans réciprocité et ont pour but de favoriser un sentiment de sécurité : le jeune recherche de la sécurité et reçoit des soins sans en procurer en retour. Les relations affiliatives reposent davantage sur une réciprocité, une coopération et des échanges mutuels. Elles sont excitantes et stimulantes.

Malgré tout, on ne peut envisager les liens sociaux affiliatifs sans considérer l'influence des liens d'attachements. L'étude du Minnesota, ainsi qu'une étude de Sroufe, ont mis en évidence l'importance de la sécurité de l'attachement sur le développement de l'enfant. Les types d'attachement auraient une capacité prédictive sur divers aspects du développement [89], notamment sur les relations sociales (avec les parents, les pairs, les amis, la fratrie, les adultes non-familiers) mais aussi sur les compétences préscolaires et scolaires, les capacités d'exploration, le jeu, l'intelligence et le langage, la résilience, la tolérance à la frustration, la curiosité, la capacité de compréhension sociale, l'estime de soi ou encore les problèmes de comportement.

Il existe ainsi un **lien entre qualité de l'attachement et qualité des relations** avec les pairs. Elle favorise des relations sociales plus harmonieuses, une meilleure considération par les pairs et moins de conflits avec eux. Les enfants à l'attachement sécure répondent de manière plus appropriée à leurs partenaires de jeu, ils sont plus sociables, ils ont plus d'amis, ils sont à l'aise dans la relation. Ils montrent de l'empathie et sont apaisants. Ils savent faire face aux difficultés et demander de l'aide.

Les enfants à l'attachement anxieux semblent chercher l'attention et le réconfort mais sans savoir s'y prendre et ont tendance alors à susciter le rejet. Hors du cadre familial, ils génèrent des contre-attitudes venant renforcer des comportements qui auraient leur origine dans l'histoire relationnelle précoce. Bien qu'ils aient le plus fortement besoin d'attention, ils se comportent d'une telle manière qu'ils tendent à être infantilisés ou rejetés. Un système risque de s'installer dont il sera difficile de sortir et qui risque d'être source de vulnérabilité. Dans les relations avec les pairs, ils sont anxieux, peu sûrs d'eux, peuvent être « collants », ils sont souvent rejetés à cause de leur malaise par rapport aux affects et leur manque de compétences sociales. Les stratégies relationnelles d'adaptation affectent les relations de l'enfant avec ses pairs.

Les enfants évitants, usant de stratégies de minimalisation, se présentent indépendants et imbus d'eux-mêmes, ils peuvent se montrer souvent hostiles, agressifs et refusant les échanges positifs avec les pairs.

Les enfants ambivalents utilisent des stratégies de maximisation, reflétant de façon exacerbée leur besoin de soin et d'attention, leur vulnérabilité et leur désir de trouver des amis.

Selon Ainsworth les relations des adultes avec leurs pairs reflètent leur style d'attachement.

### **b-Création de nouvelles relations d'attachement**

Alors que les adolescents s'éloignent physiquement de leurs parents, ils passent en revanche plus de temps avec leurs pairs. Pour la première fois depuis la petite enfance, de nouveaux liens d'attachement vont se créer, fortement incités par la poussée vers l'autonomie.

A partir de l'adolescence les **relations avec les pairs**, auparavant relevant surtout du système affiliatif, vont, pour certaines, jouer un rôle dans l'évolution du système d'attachement. Comme pour les figures d'attachement primaires, les pairs peuvent procurer un sentiment de sécurité, aider à réguler la détresse dans certaines situations, créer une détresse lors de la séparation et leur proximité peut être recherchée en cas de détresse. Les relations amicales sont instables à l'adolescence et c'est uniquement vers la fin de l'adolescence que, parmi ces relations amicales, « des relations à longs termes se mettent en place dans lesquels les pairs vont pouvoir représenter des figures d'attachement stables »[57]. Ces nouvelles relations d'attachement sont des **relations de réciprocité** dans lesquelles chacun offre et reçoit soutien, attention et protection, à la différence des relations d'attachement jusque là asymétriques. L'enfant peut désormais donner autant que recevoir.

Le développement de relations d'attachement avec les pairs permet **d'élargir les investissements** des adolescents vers différentes figures pour satisfaire les besoins d'attachement. Les pairs peuvent être utilisés comme figures d'attachement dans des situations de faible activation du système d'attachement, permettant d'éviter le recours aux parents. Ces relations favorisent donc une évolution du système d'attachement en permettant « de se distancier et de diminuer l'investissement de la relation avec les parents afin de trouver une **autre voie de régulation interpersonnelle** des sentiments de détresse » [57].

Cette diversification relationnelle peut également prendre la forme, entre autres, d'affiliation à une bande ou à la mise en place de relation d'attachement avec d'autres adultes (professeurs, entraîneurs ...). Ces relations, plus que de réelles relations d'attachement, ont plutôt des « fonctions d'attachement » notamment pour la régulation des émotions négatives.

Ainsi, la distance qui apparaît dans les relations d'attachement avec les parents, ne conduit pas à leur remplacement par les pairs [57] mais permet la mise en place d'une **diversification des moyens d'assurer un sentiment de sécurité**. Les besoins d'attachement ne disparaissent pas, ils sont progressivement et partiellement transférés sur les pairs.

Les pairs et les groupes de pairs jouent également un rôle important dans la construction identitaire.

### **c- Devenir un caregiver**

Les multiples changements que nous venons de voir vont permettre à l'adolescent d'assurer le rôle protecteur qui lui était auparavant destiné. Il peut **devenir lui-même** pour la première fois **une figure d'attachement**[10]. « L'adolescent, en même temps qu'il découvre l'altérité, apprend la réciprocité »[35]. Le système de caregiving se développe. Il va en effet y avoir une évolution sur le plan des représentations entre le fait « d'être attaché à » et de « protéger l'autre ». L'adolescent a acquis les capacités nécessaires pour pouvoir devenir un caregiver.

### **d- Les relations amoureuses**

La sexualité contribue à l'établissement d'un nouveau type de relations de l'adolescent avec ses pairs : les **relations amoureuses**. Ces relations relèvent du système d'attachement et du système de caregiving en fin d'adolescence mais également, au début de l'adolescence, pour une large part du système motivationnel sexuel qui émerge sous l'influence du changement hormonal. La composante sexuelle est un facteur déterminant dans la création d'un nouveau lien d'attachement [57]: elle apporte une motivation pour entrer en relation, suscite des affects intenses, amène une grande intimité autant physique que psychique permettant une expérience unique partagée. Le système sexuel a donc un rôle crucial dans les remaniements du système d'attachement et réciproquement l'état d'esprit vis-à-vis de l'attachement va influencer les relations amoureuses.

## **C-L'évaluation de l'attachement à l'adolescence**<sup>i</sup>

Les échelles d'évaluations de l'attachement à l'âge adulte et à l'adolescence se sont multipliées après l'élaboration de l'AAI en 1985, notamment pour la réalisation d'études cliniques sur l'attachement. On distingue deux catégories d'outils d'évaluation de l'attachement à l'adolescence (et à l'âge adulte), issues de deux courants différents, développemental et psychosocial. Elles permettent l'évaluation des représentations d'attachement mais aussi d'évaluer les relations d'attachement dans le couple.

---

<sup>i</sup>données issues de [57] et [88]

## **1 - Outils d'évaluation issus du courant développemental**

Ces outils sont issus des travaux sur la petite enfance et la parentalité et de la Situation étrange. Il s'agit de :

✓ *L'Adult Attachment Interview (AAI)*. C'est un entretien semi-structuré destiné à cerner **l'état d'esprit actuel d'un adulte vis-à-vis de l'attachement** à l'égard de ses expériences relationnelles de l'enfance. Elle permet d'analyser les **représentations d'attachement**, c'est-à-dire les MIO intériorisés, qui permettent de passer des comportements d'attachement observés lors de la situation étrange à l'expression verbale recueillie lors de cet entretien (en partant du présupposé important que l'adulte n'ait qu'un modèle interne opérant unique, général). A la différence de la situation étrange qui cote une relation, l'AAI aboutit à une catégorisation de l'individu.

L'AAI est utilisable à partir de l'adolescence, période à partir de laquelle l'attachement est évaluable en termes d'organisation unique prédominante stable.

Elle ne vise pas à évaluer rétrospectivement l'attachement du sujet enfant, même s'il est surtout invité à parler de son enfance. L'AAI permet une évaluation fiable, par **l'analyse du discours**, d'un certain mode de fonctionnement et d'une certaine représentation de soi, d'autrui et du monde, même si ces aspects ne sont pas directement évalués [105].

Cet outil, a été élaboré par Mary Main et Kaplan en 1985, après la constatation qu'il existe un lien entre le type d'attachement d'un enfant à la situation étrange et les représentations et discours des parents sur leur propre enfance, mais aussi sur leurs relations avec leurs propres parents, c'est-à-dire leur état d'esprit par rapport à l'attachement. L'élaboration des échelles de cet outil fait suite à l'étude de la narration de parents dont les enfants avaient été examinés lors d'une situation étrange. La cotation prend peu en compte le contenu du discours, ce sont surtout les **qualités intrinsèques du narratif** (cohérence, blocage de l'accès aux émotions, ...) qui sont évaluées. Le sujet est interrogé sur sa relation avec chacun de ses parents (qualification par des adjectifs, souvenirs), sur les expériences de séparation, d'abus, de rejets et de deuil, sur l'évolution de ses relations avec ses figures d'attachement enfin sur ses relations avec ses propres enfants. Elle s'intéresse aux évocations de nature épisodique et aux représentations sémantiques. La cohérence du discours est prise comme indice de sécurité.

La classification distingue quatre catégories de l'état d'esprit actuel vis-à-vis de l'attachement :

- **Etat d'esprit autonome, F (Free)** : Les sujets font un récit riche et cohérent de leurs expériences passées, qu'elles aient été difficiles ou non. Ils peuvent explorer librement leurs pensées concernant leurs figures d'attachement sans se laisser déborder par les émotions liées à leurs souvenirs. Il n'y a pas de décalage entre mémoire épisodique et mémoire sémantique. Ils peuvent examiner les tenants et aboutissants de relations spécifiques. Ils ont confiance en eux et en autrui.

- **Etat d'esprit détaché, Ds (Dismissive)** : Les sujets se montrent indifférents et désengagés émotionnellement à l'égard des expériences relationnelles. Ils évitent d'évoquer dans leur récit des expériences en rapport avec l'attachement, insistant sur leur absence de souvenirs sur leur enfance ou leur difficulté de les obtenir. Il n'y a donc pas d'étayage par des éléments autobiographiques convaincants. Le récit n'est pas cohérent : ils ont, par exemple, une description générale positive de leur enfance mais sans pouvoir donner de souvenir précis ou avec des souvenirs contraires à cette image. Ils offrent un portrait « normalisé », voire « idéalisé » de leurs parents. Ils se présentent comme ayant confiance en eux et non en autrui. On reconnaît chez eux les processus d'exclusion défensive et de confiance en soi compulsive.

- **Etat d'esprit préoccupé, E (Enmeshed)** : Les sujets font un récit très fourni, souvent digressif et confus, de leur passé sans parvenir à se focaliser sur les questions de l'entretien. Ils perdent le fil. Leurs pensées semblent envahies par les souvenirs de leurs expériences passées et de leurs relations avec leurs parents et ils se trouvent débordés par les émotions qui y sont liées. Ils se présentent comme manquant de confiance en eux.

- La catégorie « **désorganisé** », **U (unresolved-disorganized)**, regroupe les sujets dont le discours se désorganise dans sa forme ou dans son contenu quand des expériences traumatiques sont évoquées. Ces sujets ont souffert de traumatisme et ne sont pas parvenus à une élaboration mentale qui aurait permis de prendre une certaine distance émotionnelle à l'égard de ces événements.

Certains discours sont « non classifiables », quand la transcription montre des patterns distincts d'état d'esprit ou d'autres signes majeurs d'incohérence.

Différentes études sur l'AAI (Bakermans-Kranenburg et Ijzendoorn<sup>i</sup>, Sagi et coll.<sup>i</sup>, Crowell et coll.<sup>ii</sup>, Ammanitiet coll.<sup>iii</sup>, l'étude du Minnesota cités dans [57]) retrouvent :

---

<sup>i</sup>Bakermans-Kranenburg, M. J. and Van Ijzendoorn, M. H.

- une stabilité de l'AAI (à 2 mois, 3mois, 18 mois après la première évaluation) variant de 70 à 90% entre les trois catégories principales
- une distribution, sensiblement la même chez les mères et les pères, proche de la distribution des patterns d'attachement, desquelles elles correspondent(*Annexe 5*):(F vs H) état d'esprit détaché 23-28%, autonome 58% et préoccupé19-15% versus pattern évitant 22%, sécure 66%, ambivalent 12%. La catégorie non résolue vient se superposer à l'une des trois.
- une correspondance de 72% entre les catégories de la situation étrange et celle de l'AAI à 21 ans, voire de 78% si l'on retire les jeunes ayant perdu un de leurs parents, montrant ainsi le rôle des événements importants associés aux figures d'attachement dans cette continuité.
- l'AAI du parent permet de prédire avec une justesse d'environ 80% le style d'attachement de l'enfant[105].

Les autres outils sont :

✓ L'*Attachment Interview for Childhood and Adolescence (AICA)*, qui est une version de l'AAI adaptée par Ammaniti et coll. pour les enfants et adolescents.

✓ *LeQ-Sort*, qui est une méthode alternative, simplifiée, de cotation de l'AAI, élaborée par Kobak (1993). Un Q-sort est un type particulier de questionnaire dont les items sont proposés sur des cartes qu'il s'agit de sérier selon leur degré de pertinence. Elle utilise deux dimensions qui évaluent les stratégies émotionnelles en lien avec la régulation des affects et les représentations de l'attachement. Il s'agit des dimensions de sécurité-anxiété et de désactivation-hyperactivation.

✓ *Lequestionnaire CaMir*, développé par l'équipe de Pierrehumbert, portant sur les représentations d'attachement à l'âge adulte. Il s'agit d'un questionnaire en français, qui interroge sur les relations dans le groupe familial actuel et passé (questions destinées à saisir des éléments de l'expérience passée avec les deux parents ou avec l'un d'eux plus particulièrement). Il s'agit d'un

---

[11] (1993). A psychometric study of the Adult Attachment Interview : Reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology*, 29, 870-890.

[12] (2009). The first 10 000 Adult Attachment Interviews : distributions of adult attachment interview representations un clinical and non-clinical groups. *Attachment and Human Development*, 11, 223-263.

<sup>i</sup>[96]Sagi et coll. (1994). Stability and discriminant validity of the Adult Attachment Interview : a psychometric study in young israeli adults. *Developmental Psychology*, 330, 771-777.

<sup>ii</sup>[33]Crowell and coll (1999).Measurement of Individual differences in adolescent and adult attachment. In Cassidy, *Handbook of attachment : theory, research and clinical applications*

<sup>iii</sup>[5]Ammaniti et coll. (2000). Internal working models of attachment during late childhood and early adolescence : an exploration of stability and change. *Attachment and Human Development*, 2, 328-346.

auto-questionnaire en format Q-sort qui comporte 13 échelles. Il vise à cerner les stratégies de traitement de l'information et le style de régulation émotionnelle en rapport avec les figures d'attachement.

✓ L'*Adult Attachment Projective*, par George et West (2001), qui analyse les réponses du sujet à un jeu de huit dessins, à l'image des histoires à compléter chez l'enfant.

## **2 - Outils de mesure issus du courant psychosocial**

Ils évaluent l'attachement envers les relations actuelles. Ce sont des auto-questionnaires (les plus utilisés) ou des entretiens semi-structurés.

Il s'agit de :

✓ L'*Attachment Style Questionnaire (ASQ)* de Hazan et Shaver (1987). Le patient doit choisir la proposition qui lui correspond le plus parmi trois propositions de descriptions de comportements et de sentiments concernant la façon de se percevoir dans ses relations amoureuses et interpersonnelles. Chaque description correspond à une catégorie de la Situation Etrange.

✓ L'*Adult Attachment Scale (AAQ)* de Collins et Read (1990), est un auto-questionnaire issu du questionnaire de Hazan et Shaver avec des items liés aux aspects développementaux de la théorie de l'attachement. Elle comporte trois sous-échelles permettant d'évaluer le confort dans la proximité, la capacité à pouvoir avoir besoin des autres, l'angoisse d'abandon. Cet outil est traduit et validé en français.

✓ L'*Adolescent Relationship Questionnaire (ARQ)* de Sharfe (1999), version pour adolescents du RQ (Relationship Questionnaire). L'adolescent doit préciser, pour les quatre brèves descriptions de façons d'être et de se comporter avec les gens en général qui lui sont présentées, dans quelle mesure elles correspondent à sa façon d'être avec les autres.

✓ L'*Adolescent Relationship Scale Questionnaire (ARSQ)*, de Sharfe (1999), version de la RSQ (Relationship Styles Questionnaire), qui comporte 17 items décrivant les sentiments que les sujets ressentent à l'égard des personnes de leur entourage.

✓ La RQ et la RSQ sont issues du modèle de Bartholomew et Horowitz qui ont conceptualisé un modèle de l'attachement en considérant deux dimensions, selon le concept de MIO (le modèle de soi et le modèle des autres) et qui permet une classification en quatre catégories en fonction de la valeur

positive ou négative de chaque dimension : sécurisée (modèles de soi et des autres positifs), préoccupé (modèle de soi négatif et modèle des autres positif), détaché (modèle de soi positif et modèle des autres négatif), craintif (modèle de soi et des autres négatifs). La RQ comporte quatre paragraphes descriptifs des modalités relationnelles prototypiques de chaque catégorie d'attachement à coter. La RSQ comporte 30 items provenant de phrases constituant les descriptions de la RQ et de l'AAQ.

✓ *L'Experiences in Close Relationships (ECR)*, de Brennan et coll. (1998), qui est un auto-questionnaire créé à partir de l'analyse factorielle de plusieurs auto-questionnaires. Il comporte deux échelles de 18 items évaluant l'anxiété pour l'une et l'évitement pour l'autre.

✓ *L'Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA)*, de Armsden et Greenber (1987), qui évalue trois dimensions : le degré de confiance mutuelle, la qualité de la communication et le degré de colère et d'aliénation, pour les relations que le sujet entretient avec sa mère, son père et ses amis proches. Ces dimensions fortement corrélées entre elles dans chaque type de relation permettent de donner un indice de sécurité envers les parents ou les proches. Avec cet outil, la sécurité envers les parents n'est pas liée à la sécurité envers les pairs.

### Pour résumer :

L'adolescence est la phase de **transition** entre l'enfance et l'âge adulte. Cette transition va nécessiter des **transformations** tant physiques que psychiques, mises en œuvre par deux processus, la puberté et le pubertaire. L'adolescent **subit** passivement tous ces changements qui s'imposent à lui et qui sont sources d'angoisses. L'objectif vers lequel tend le processus de l'adolescence est l'**autonomisation**. La **question des liens** est au centre de la problématique adolescente. Les liens avec l'environnement qui se sexualisent, associés à la réactivation œdipienne, alors menaçante dans ce contexte, vont imposer une séparation de l'adolescent avec ses parents. Ce processus de séparation-individuation se fait facilement lors d'un attachement sécurisé avec la constitution d'assises narcissiques solides.

Les marques corporelles peuvent s'inscrire comme une tentative de **réappropriation corporelle** mais dans certains cas elles peuvent « marquer » des **difficultés narcissiques majeures**.

L'attachement a tendance à rester stable à l'adolescence, bien que sensible à l'environnement psychosocial. Les relations d'attachement évoluent dans le sens d'une distanciation des figures d'attachement principales et d'un rapprochement des pairs. Dans ce contexte de transformations, l'adolescent acquiert de nouvelles capacités cognitives lui permettant un perfectionnement de ses capacités de régulations émotionnelles. La **palette des possibilités de régulation des émotions s'élargit**. Les adolescents vont de plus en plus souvent avoir recours à une **régulation interne** des émotions négatives, impliquant les MIO construits pendant l'enfance et le modèle intégré se construisant à l'adolescence. A ces moyens de régulations internes s'ajoutent les **relations d'attachement avec les pairs** et le **recours aux parents** qui reste toujours possible mais passant au second plan. Bien que les relations d'attachement soient caractérisées par une prise de distance des parents, ces derniers continuent de jouer un rôle important. **L'attachement est au service de l'autonomie**. Certains pairs vont pouvoir devenir de nouvelles figures d'attachement et réciproquement l'adolescent va pour la première fois être une figure d'attachement pour quelqu'un.

L'évaluation se fait par des questionnaires et s'attache aux représentations d'attachement. L'AAI est le principal outil.

*Les pistes qui se dégagent pour expliquer un recours aux scarifications à l'adolescence sont une entrave dans l'autonomisation et le développement de stratégies de régulation des émotions dans le cadre d'un attachement insécuré.*

# IV- Apports de la théorie de l'attachement à la psychopathologie et à la prise en charge des scarifications

---

Pour l'entourage proche, à qui il s'adresse et qu'incontestablement il agresse, ce comportement de scarifications est difficilement compréhensible et difficilement tolérable, « même si l'acte s'impose au sujet plus qu'il ne le maîtrise » [31]. Le comportement de scarifications, qui, nous l'avons vu, n'a pas de définition consensuelle ni de place bien définie dans les classifications, a de plus une diversité d'approches compréhensives qui représentent autant de facettes de ce comportement. Suyemoto<sup>i</sup> a regroupé ces diverses approches en six modèles fonctionnels, sous-tendus par différentes théories (cognitivo-comportementale, systémique, psychodynamique, psychologie du soi), modèles : environnemental, antisuicide, sexuel, régulation des affects, dissociation, question des limites. La théorie de l'attachement permet d'apporter un éclairage théorique complémentaire en apportant de nouveaux concepts pour la compréhension des phénomènes mentaux. Elle ne peut expliquer à elle seule ce comportement, mais aide à la réflexion.

Nous venons de voir comment le processus de l'adolescence influence les relations, les représentations et les comportements d'attachement. Réciproquement, la qualité des relations d'attachement actuelles et les MIO constitués influencent le déroulement de l'adolescence dans l'acquisition de l'équilibre entre l'autonomie et le maintien d'un lien avec les parents, tout en en créant de nouveaux avec les pairs.

Nous allons maintenant voir, dans une première partie, comment le type d'attachement influence ces processus et en quoi l'attachement insécurisé représente un facteur de risque psychopathologique. Puis, dans une seconde partie, nous étudierons les apports de la théorie de l'attachement à la compréhension psychopathologique des comportements de scarification. Afin d'apporter une illustration nous étudierons deux situations cliniques dans une troisième partie avant de finir par voir l'apport de la théorie de l'attachement à la prise en charge.

## **A- Place de l'attachement dans la psychopathologie à l'adolescence**

---

<sup>i</sup>[101] Suyemoto K.L. The functions of self-mutilation. Clinical Psychology Review, 1998, N)8, 531-554, cité dans [53]

L'adolescence et le processus d'autonomisation vont être sources de multiples situations générant un **sentiment d'insécurité**. Les changements physiques, cognitifs et sociaux, les remaniements des relations, les diverses tensions, etc., sont autant de situations créant excitation et anxiété. Face à cette insécurité, le système d'attachement va être activé de façon quasi chronique. L'adolescent doit être suffisamment bien équipé pour faire face à ce tourbillon et en ressortir autonome avec un sentiment d'identité stable. Les représentations et les stratégies d'attachement en place vont avoir un rôle majeur dans le développement.

## **1 -L'attachement sécure : un facteur protecteur**

Un attachement sécure permet au processus de l'adolescence de se faire de manière adaptée et apaisée. « Les adolescents sécures disposent des **ressources optimales** pour faire face aux multiples changements de cette période » [57]. La sécurité de l'attachement permet un équilibre entre l'autonomie et le maintien de la qualité des échanges avec les parents. Selon Bowlby [21], cité dans [10], « une confiance absolue dans l'accessibilité infaillible et le support des figures d'attachement est le support fondamental sur lequel les personnalités stables et confiantes sont construites ». Les travaux de Freeman sur un groupe de sujets sains, illustrent bien les liens entre « état d'esprit » vis-à-vis de l'attachement et relations avec les parents [7] :

- les adolescents avec un état d'esprit sécure désignent leurs parents comme figure d'attachement principale dans 80% des cas
- les adolescents « insécures-détachés » désignent dans 2/3 des cas un ami ou un membre de la fratrie, dans 1/3 des cas ils se désignent eux-mêmes
- les « insécures-préoccupés » et « insécures-détachés » désignent plus fréquemment leurs amis ou fratrie puis les parents pour 1/3.

Ainsi les adolescents sécures communiquent plus facilement avec leurs parents. Ils parlent facilement des sujets concernant l'attachement.

L'adolescent sécure a construit, comme nous l'avons décrit dans le premier chapitre, des représentations positives de soi et d'autrui, avec entre autre une **bonne estime de lui-même**, un sentiment d'être digne de recevoir de l'aide de la part d'autrui et un **modèle de l'autre comme fiable**.

Ces schémas positifs lui confèrent de **bonnes capacités pour gérer les émotions**. Il existe une cohésion entre les représentations et le vécu, une cohérence du discours et une souplesse dans le traitement des informations. Nous l'avons vu, la palette des possibilités de régulation des émotions s'élargit. L'adolescent verbalise facilement et de manière cohérente sur ses expériences et états émotionnels permettant de les traiter de manière adéquate autant dans la relation aux parents qu'aux

pairs. Au recours aux parents toujours possibles'ajoutent les relations d'attachement avec les pairs mais surtout le recours, de plus en plus fréquent, à une régulation interne des émotions négatives, grâce aux intériorisations. Il peut donc maintenir ses besoins d'attachement à un faible niveau d'activation et s'ouvrir facilement à l'exploration du monde extérieur, à l'apprentissage et aux relations hors du cercle familial, conditions nécessaires à la construction de l'autonomie. Le **processus d'autonomisation** va pouvoir se réaliser d'autant plus sereinement que ces schémas positifs lui confèrent de bonnes compétences sociales générales et une souplesse dans la relation à l'autre et dans la relation à ses représentations. Ils lui permettent de pouvoir facilement **investir de nouvelles relations** harmonieuses avec des pairs, ce qui va participer à la distanciation. De plus, les adolescents et les parents qui ont une relation sécurisée entre eux, savent conserver des relations positives malgré des désaccords. L'adolescent sécurisé peut entrer en conflit avec ses parents, vérifiant ainsi que le conflit ne remet pas en cause « l'inconditionnalité de la base sécurisée » [35]. Cela contribue à la différenciation. L'attachement sécurisé permet un investissement de soi en continuité permettant la mise en place d'assises narcissiques suffisamment solides et un sentiment d'identité suffisamment stable et assuré pour que l'adolescent puisse s'éloigner des objets œdipiens sans se sentir menacé. Comme la relation d'objet précoce a toujours étayé l'investissement narcissique dans l'attachement sécurisé, le « besoin d'objet » ne menacera pas l'assise narcissique du sujet et l'antagonisme entre le besoin objectal et l'intégrité narcissique se fera moins sentir. La quête identificatoire est possible.

Selon plusieurs études, l'attachement sécurisé semble représenter un **facteur de protection** pour un développement de qualité, un bien-être psychologique et également, bien qu'il ne garantisse pas à coup sûr une santé mentale optimale, contre l'émergence de troubles psychiatriques internalisés et externalisés à l'adolescence. Selon Bowlby, l'attachement sécurisé n'exclut pas en effet l'émergence de difficultés psychologiques de type névrotique ou des manifestations d'anxiété ou de dépression mais les troubles développés seront rarement plus sévères.

Fonagy [38] propose que le développement de la capacité auto-réflexive, favorisé par l'attachement sécurisé, inhibe la survenue de troubles du comportement, compte tenu du fait de la meilleure sensibilité aux émotions de l'autre, de la meilleure capacité d'empathie et de lire les émotions, dans une situation de stress.

## **2- L'attachement insécure : un facteur de vulnérabilité**

Un individu avec un attachement insécure est plus **vulnérable** sur un plan psychopathologique. L'insécurité interne et la fragilité des assises narcissiques constituent un **facteur de risque** de survenue de troubles psychopathologiques à l'adolescence [7].

Les adolescents insécures sont plus en difficulté pour affronter le processus inhérent à l'adolescence. Les représentations de l'attachement sont marquées par l'insécurité, la discontinuité et des angoisses d'abandon. L'adolescent s'est construit des représentations de soi et d'autrui négatives, avec un autre perçu comme menaçant et non fiable. Les assises narcissiques en place sont fragiles. Il a une mauvaise image de lui et une incertitude quant à la capacité d'être aimé, auxquels s'ajoutent à l'adolescence divers sentiments vis-à-vis des parents (peur, colère ... ), dont l'intensité peut le déborder. Les **capacités de régulation émotionnelle** sont en effet **peu fonctionnelles** et cette régulation passe par les **stratégies secondaires**, qui sont des mécanismes rigides et très organisés. Ces stratégies le rendent, de plus, plus vulnérable à la souffrance psychologique et aux troubles du comportement.

Les adolescents qui ont un style d'attachement « **détaché** », ont des stratégies relationnelles visant à minimiser les besoins de proximité et de réassurance. Les comportements d'attachement sont désactivés. Les sujets détournent l'attention du soi et de ses angoisses, sans résolution de conflits internes et des représentations négatives (vécu d'abandon, peur de la perte, autodépréciation), dans une stratégie de fuite face à leurs difficultés. Ils ont donc très **peu accès à leur souffrance** psychologique et n'arrivent pas à la verbaliser. L'expression des affects est limitée et pour réguler ces affects les structures sont rigides : le discours est verrouillé, rationalisé, banalisé, il y a des mécanismes de clivage et d'exclusion défensive des émotions.

Chez les adolescents qui ont un style d'attachement « **préoccupé** », les stratégies en place visent à une maximisation des besoins d'attachement, dans un objectif de réassurance de la permanence du lien à l'autre. Leur système d'attachement est **hyperactif**, car ils sont en permanence envahis psychiquement par le sentiment d'insécurité dans la relation avec leurs figures d'attachement et les émotions qui y sont liées, notamment la peur d'être abandonnés ou rejetés. Ils sont débordés par les affects puisque les structures de régulation des affects sont faibles ou absentes. Cet envahissement entrave l'exploration et la création de nouveaux liens. Cette stratégie d'adaptation rend l'adolescent dépendant de l'autre, ce qui altère d'autant plus les capacités d'exploration et le processus de séparation-individuation.

Du fait des schémas négatifs, il existe une défaillance dans les aptitudes sociales et les capacités adaptatives. L'exclusion défensive des informations peut entraîner une distorsion des échanges et des expériences négatives avec les autres [10]. Ils sont souvent rejetés par leurs pairs. L'environnement hors du cercle familial est perçu comme dangereux. L'**exploration** du monde et donc l'**autonomisation** sont **menacés**. Pour ces adolescents l'attachement est confondu avec **dépendance**.

De plus, les assises narcissiques fragiles entravent la distanciation de l'objet et l'attraction pour l'objet est « vécue comme une **menace dans son intégrité narcissique** » [83] tant que de nouveaux choix objectifs ne seront pas faits.

Les conflits avec les parents sont fréquents. Ils alternent attitudes dépendantes et mouvements de colère. La crispation des interactions familiales peut retentir sur le degré de sécurité.

Ainsi, quand la sécurité interne est fragile, que la poussée vers l'autonomie est très intense, ou bien que leur rapport est trop déséquilibré, la balance attachement-exploration risque de se bloquer et d'entraver le développement. Ces représentations négatives, qui risquent de bloquer le développement, ainsi que la menace narcissique et le vécu de dépendance peuvent expliquer le recours à l'agir de l'adolescent pour reprendre le contrôle.

Claes [30] expose dans son article le fait que de nombreuses études ont montré que le détachement ou la pauvreté du support parental sont associés à un certain nombre de difficultés dans le développement et que les adolescents vivant dans un contexte de dysfonctionnement familial avec relations parentales caractérisées par la coercition, l'hostilité ou la présence de conflits, présentent des risques accrus de développer des comportements déviants.

Mary Main a identifié cinq facteurs de risque de troubles psychiques en lien avec l'attachement parmi lesquels on retrouve « les formes « organisées » d'attachement insécurisé » [81]. Sont également évoqués : l'incapacité à former un lien d'attachement entre 6 mois et 3 ans, notamment par carence maternelle, une séparation majeure ou définitive avec la figure d'attachement, un attachement désorganisé dans un contexte de maltraitance, un attachement désorganisé résultant de l'effet intergénérationnel d'un traumatisme du parent.

Une revue de la littérature<sup>i</sup> va dans ce sens, en montrant qu'un grand nombre de troubles psychiatriques seraient en effet associés à des représentations d'attachement insécure. L'étude de Fonagy<sup>ii</sup>, comparant 82 patients psychiatriques hospitalisés à 85 sujets normaux, a montré que 50 des sujets normaux sont classés « sécures » contre seulement 9 des psychiatriques. De plus, la catégorie « désorganisée » est retrouvée chez 76% des patients et chez seulement 7% des contrôles. Cette différence ne semble pas liée à des difficultés actuelles, car elle est également retrouvée quand il y a un antécédent d'hospitalisation 11 ans auparavant (Allen 1996<sup>iii</sup>).

La plupart des troubles psychiatriques ayant une origine multifactorielle, on peut donc considérer l'attachement insécure comme un **facteur de risque de survenue de troubles psychiatriques**. Ainsi tous les adolescents avec un attachement insécure ne présentent pas de trouble psychiatrique. En revanche, il a été constaté que la grande majorité de ceux qui développent un trouble affectif ou un trouble des conduites ont un état d'esprit insécure. Plus spécifiquement, **l'attachement insécure-détaché** prédisposerait à des **troubles dits « externalisés »** et **l'attachement insécure-préoccupé** à

---

<sup>i</sup>[37] Dozier M, Chase Stovall K, Albus KE. Attachment and psychopathology in adulthood. Cité dans [90].

<sup>ii</sup>[44] Fonagy et al ; (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64 : 22-31. Cité dans [17]

<sup>iii</sup>[1] Allen J. P., et al (1996). Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology : an eleven year follow up study. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64 : 254-263. Cité dans [17].

des **troubles dits « internalisés »**. Dans l'étude de Rosenstein et Horowitz<sup>i</sup>, sur 60 adolescents hospitalisés pour troubles des conduites ou troubles affectifs, 97% des adolescents souffrant de troubles psychiatriques avaient un attachement insécure, les 47% avec un attachement insécure-détaché présentaient pour la plupart des troubles des conduites et les 50 % avec un attachement insécure-préoccupé avaient pour la plupart un trouble affectif.

Cette spécificité psychopathologique selon les styles d'attachement s'explique par les stratégies mises en place pour réguler leurs émotions. La fuite des affects de l'attachement insécure détaché prédispose aux **troubles externalisés** de type troubles des conduites (troubles des conduites alimentaires, conduites addictives), formes hostiles de dépression, formes externalisées de troubles anxieux (comme des symptômes phobiques), troubles de la personnalité de type personnalité antisociale. Quant à l'attachement insécure préoccupé, il prédispose à des troubles dits **internalisés** par le déséquilibre dans l'investissement des affects et des capacités cognitives en faveur des affects. Les pathologies sont du registre hystérique, narcissique ou anxio-dépressif [10]. C'est l'hyperactivation du système d'attachement qui expose l'adolescent à une grande sensibilité face à l'environnement social. Ainsi, lorsque l'environnement est confus ou lors de périodes de transition, un trouble psychiatrique risque d'émerger. Il traduit le manque de ressources adaptatives de l'adolescent face au changement.

Quant à l'attachement **désorganisé**, il semble être un marqueur d'une évolution défavorable à l'adolescence. Les enfants ont plus de risques de présenter des troubles du comportement, le développement émotionnel est de moins bonne qualité. Lyons-Ruth[79] a montré le risque accru de présenter une **dissociation** ou des **symptômes borderline** à l'adolescence. Dans ce type d'attachement on peut retrouver une inversion des rôles depuis l'enfance. L'un des parents a grandi en développant un attachement anxieux et utilise son enfant comme figure d'attachement. A l'adolescence, cette configuration entraîne des difficultés d'exploration pour l'adolescent et un sentiment de menace de perte pour le parent.

Réciproquement, la pathologie est une source d'activation et éventuellement de perturbation du comportement d'attachement [90].

## **B - Psychopathologie des scarifications à la lumière de la théorie de l'attachement**

---

<sup>i</sup>[94]Rosenstein, D.S.; Horowitz, H.A. 1996. Adolescent attachment and psychopathology, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64 (2), p. 244-253. Cité dans [7].

Dans quelle mesure la qualité des relations précoces peut-elle expliquer le recours aux scarifications à l'adolescence ? A partir des caractéristiques de l'attachement insécure que l'on vient de voir, trois hypothèses explicatives se dégagent : elles peuvent résulter d'une menace du sentiment d'identité, d'un trouble de la régulation des affects ou bien de difficultés d'individuation.

La théorie de l'attachement, en tant que théorie de la relation, invite à considérer ce qui est en jeu chez l'individu, tout en tenant compte des partenaires de la relation et de leur style relationnel.

## **1 - Les scarifications et la question des limites : une restauration du sentiment d'identité**

### **a -Limites et sentiment d'identité**

Les modifications corporelles de l'adolescence entraînent un changement dans le rapport au corps. La référence corporelle infantile change et les sentiments de continuité et d'identité s'en trouvent déstabilisés, cela d'autant plus que les assises narcissiques formées sont fragiles.

Pour Pommereau, lors de l'adolescence la **peau** joue un rôle non négligeable dans le **maintien de son sentiment d'identité**. Elle est « une enveloppe garantissant l'unité et la continuité de soi-même, une figuration différenciée de sa propre personne » [91] et une surface de soi que l'on peut maîtriser dans le regard de l'autre en la parant. Nous l'avons vu, la peau a longtemps été le support de l'appartenance et de l'identité des humains. Les adolescents sont tentés d'utiliser cette enveloppe pour se réapproprier ce nouveau corps et retrouver une stabilité identitaire avec des **signes distinctifs identitaires** en parant leur enveloppe cutanée ou en la marquant (piercing, tatouages ...). Cette utilisation de la peau est favorisée par la société centrée sur l'importance de l'image, où l'apparence se veut une marque identitaire majeure et où les limites s'effacent. En ayant une action sur leur enveloppe cutanée, leur limite entre intérieur et extérieur, ils assurent leur sentiment d'identité.

Cependant, parallèlement à l'augmentation de ces types de marques cutanées, que l'on pourrait qualifier de développementales, se développe la pratique des scarifications ou « entames corporelles » selon Le Breton. Les adolescents avec des failles narcissiques et des souffrances identitaires majeures ont tendance à accumuler les marques et à leur attribuer une toute autre fonction. Ces marques sous forme de coupures ont également une fonction identitaire, Bertagne rapproche d'ailleurs ce comportement des « blessures symboliques » de Bettelheim<sup>i</sup>, qui font de la peau le lieu des emblèmes et de l'inscription dans une culture [14]. Mais il s'agit là, non pas de retrouver une stabilité identitaire mais plutôt d'une **recherche deson identité** par la **recherche de ses limites**, mal établies. « Nombre d'incisions concernent des personnalités souffrant d'absence de limites, d'une incertitude sur les frontières de leur psychisme et de leur corps, de leur réalité et de leur

---

<sup>i</sup>[15] Bettelheim B. (1971), Les blessures symboliques. Essai d'interprétation des rites d'initiation. Gallimard

idéal, de ce qui dépend d'eux et de ce qui repose sur les autres » [26]. Ils cherchent une enveloppe substitutive pour trouver cette limite.

Freud relie le Moi et le corps, et plus précisément la limite que représente la surface corporelle, Pour Freud[48], le Moi est « avant tout un Moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface, mais il est lui-même la projection d'une surface ». Il est « **dérivées sensations corporelles**, principalement de celles qui ont leur source dans la surface du corps. Il peut ainsi être considéré comme la projection mentale de la surface du corps, et de plus,[...] il représente la surface de l'appareil mental ». Sa conception du Moi s'apparente à la conception de Didier Anzieu. Ce dernier a fait le lien entre les deux instances et a élaboré la notion de Moi-peau.

Cette question des limites nous amène donc à nous arrêter sur la notion de Moi-peau, l'œuvre de Didier Anzieu construite sur les limites et les contenants.

### **b - L'enveloppe psychique, le concept de Moi-Peau**

Le Moi-peau est une instance psychique, que Didier Anzieu définit comme une « figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour **se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques**, à partir de son expérience de la surface du corps. Cela correspond au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif » [6].

De nombreux auteurs (Spitz, Bowlby, Winnicott) ont souligné le rôle essentiel des interactions précoces, notamment l'importance des échanges tactiles, dans le développement psychique du nourrisson. C'est à partir des théories de ces auteurs, et également inspiré par le concept de relation de contenant/contenu de Bion, que Anzieu a théorisé le concept de Moi-peau.

Pour Anzieu, « toute activité psychique s'établit sur une fonction biologique » [6]. Le Moi-peau, peau psychique, est une **métaphore de la peau biologique**. La peau biologique est une enveloppe qui recouvre tout le corps et sépare le corps propre de l'individu de l'espace environnant, elle fait fonction de « frontière entre le dehors et ce qui incarne l'intérieur du corps, c'est-à-dire l'identité propre du sujet » [74]. Elle incarne la personne en la distinguant des autres. Elle contient et est un lieu de communication avec autrui. « De cette origine épidermique et proprioceptive, le Moi hérite de la double possibilité d'établir des barrières (qui deviennent des mécanismes de défense psychique) et de filtrer les échanges (avec le ça, le surmoi et le monde extérieur) » [6].

Dans le cadre d'une relation sécurisante d'attachement, la **mère enveloppe le nourrisson de soins**, en s'efforçant de satisfaire ses besoins physiques et psychiques. Le bébé va acquérir la perception de la peau comme surface l'entourant grâce aux expériences sensorielles de contact avec le corps de la mère

lorsqu'il se sent porté, manipulé. Il va pouvoir ainsi différencier une surface comportant une face externe et une face interne. Cette surface engendre la notion de limite entre l'intérieur et l'extérieur et également un sentiment d'intégrité de l'enveloppe corporelle. Les expériences de la satiété et d'un bain de paroles et de communication qui l'entoure participent également à cette différenciation. L'enfant a la sensation d'un contenant. Ce sentiment d'intégrité donne au Moi une **enveloppe narcissique**. L'idée du Moi-peau vient de la nécessité de cette enveloppe narcissique qui assure à l'appareil psychique la certitude et la constance d'un bien-être de base. Une « enveloppe maternante » de qualité, répondant de manière adaptée aux besoins du bébé, fait écho à la notion de caregiving sécurisant répondant de manière adéquate aux besoins de l'enfant.

L'enfant va acquérir un Moi-peau qui lui est propre à partir du Moi-peau maternel, interface réalisant un « **fantasme d'une peau commune** ». Progressivement, à partir de cette interface, le nourrisson va acquérir son Moi-peau selon un processus de double intériorisation : intériorisation de l'interface, qui devient une enveloppe psychique contenant les contenus psychiques, et intériorisation de l'entourage maternant qui devient le monde interne des pensées, des images et des affects.

A partir des travaux de Bowlby et d'Herman, Anzieu formalise une **pulsion d'attachement**, car ce qui est important « ce n'est pas tant la peau que les investissements psychiques de celle-ci qui permettent la constitution d'un fantasme de peau imaginaire ou Moi-peau » [34]. Selon Anzieu la pulsion d'attachement est une pulsion auto-conservatrice, ayant pour but de satisfaire le besoin de protection et de réconfort. L'objet de cette pulsion est le Moi-peau maternel. Si la pulsion n'est pas satisfaite le sujet ressentira une détresse. En revanche, si celle-ci est suffisamment satisfaite, elle apporte au nourrisson « la base sur laquelle peut se manifester l'élan intégratif du moi » : le Moi-peau. « Cette pulsion permet l'établissement d'une trame narcissique sur laquelle l'échange signifiance avec l'autre peut s'engager selon une pluralité de codes » [34].

Anzieu, en faisant le lien entre la surface du corps et la superficie de l'appareil psychique, a identifié huit fonctions au Moi-peau en faisant un parallèle avec celles de la peau. Il va en quelque sorte transposer sur le plan psychique les vécus corporels liés à la peau. Nous ne détaillerons que les quatre plus importantes dans l'étude des scarifications.

✓ *Une fonction de maintenance du psychisme* : le Moi-peau supporte le psychisme comme la peau soutient le système musculo-squelettique. Cette fonction se construit grâce à l'intériorisation du holding maternel, c'est-à-dire la façon dont la mère soutient le corps du bébé et maintient le corps et le psychisme du bébé dans un état d'unité et de solidité. « L'étayage externe sur le corps de la mère permet au nourrisson d'acquérir un étayage interne » [34], par appui interne sur sa colonne vertébrale. Cette fonction prépare l'expérience d'avoir une vie psychique à soi et permet la construction du **sentiment d'unité**.

✓ *Une fonction contenant* : Elle se construit principalement grâce à un handling de qualité avec des réponses adaptées aux besoins de l'enfant et des soins corporels bien accordés. L'ensemble des contacts sensoriels avec la mère permet au bébé d'acquérir une enveloppe pour son appareil psychique et une représentation de son Moi-peau. « Le Moi-peau comme représentation psychique émerge des jeux entre le corps de la mère et le corps de l'enfant, ainsi que des réponses apportées par la mère aux sensations et aux émotions du bébé, réponses gestuelles et vocales » [6]. L'enfant est enveloppé par le Moi-peau maternel, cela lui donne la sensation d'une enveloppe, d'un sac, qui entoure tout le corps. Le Moi-peau vise à envelopper tout l'appareil psychique avec une « fonction sac » qui permet également de limiter l'intérieur et l'extérieur. Le « contenant » est le réceptacle des sensations du bébé, neutralisées et conservées. Le « conteneur » correspond à l'aspect actif, à la rêverie maternelle et la fonction alpha selon Bion. Les pulsions vont rencontrer une limite, ce qui va contribuer à la constitution du **sentiment de continuité de soi**.

Un défaut de la fonction contenant peut provoquer deux types d'angoisse. Dans le cas d'une absence d'enveloppe ou d'une faiblesse il peut exister une expérience angoissante liée à une excitation pulsionnelle permanente et difficile à localiser et à identifier, puisqu'elle ne trouve pas de limites. Dans le cas d'une enveloppe discontinue, percée, « Moi-peau passoire », il peut exister une angoisse du vidage « de l'agressivité nécessaire à toute affirmation de soi » [6], d'une « hémorragie narcissique », de fuite des pensées.

✓ *Une fonction d'individuation du Soi*, qui confère le sentiment d'être un être unique. Le Moi-peau apporte le sentiment des **frontières du Soi** et permet de se distinguer d'autrui, de s'**individualiser** et de faire la différence chez autrui des figures d'attachement. Sa carence entraîne le sentiment « d'inquiétante étrangeté ».

✓ *Une fonction d'inscription des traces sensorielles ou de signifiante* : Le Moi-peau « est un parchemin » qui conserve l'inscription des traces sensorielles, « les brouillons [...] d'une écriture « originaire » préverbale faite de traces cutanées » [6], traces permettant de donner un sens aux expériences vécues dans des **première formations symboliques**.

✓ *Une fonction de pare-excitation* : La mère sert de pare-excitation auxiliaire au bébé jusqu'à ce que « le Moi-peau de celui-ci trouve sur sa propre peau psychique un étayage suffisant » [6].

✓ *Une fonction d'intersensorialité* : le Moi-peau relie, en un tout cohérent, les différentes sensations c'est-à-dire les différentes informations extérieures. La carence de cette fonction est responsable des angoisses de morcellement.

✓ *Une fonction de soutien de l'excitation sexuelle ou de sexualisation* : qui se construit par l'investissement libidinal de la mère de la peau de son nourrisson, par les contacts peau à peau.

✓ *Une fonction d'énergisation* : fonction de recharge libidinale du fonctionnement psychique.

Le Moi-peau a un schéma topographique précis. Il est conceptualisé comme une enveloppe formée de deux couches. Une « enveloppe d'excitation », feuillet externe pare-excitant qui filtre les stimulations du monde externe et laisse passer une partie de l'excitation qui produit soit un plaisir d'excitation, soit une douleur. Elle permet également de maintenir la montée pulsionnelle interne dans un système fermé et permet un plaisir de la décharge, lorsque celle-ci est nécessaire (et possible). Et une « enveloppe de communication ou de signification », feuillet interne sensible aux signaux sensoriels qui apporte le bain sensoriel permettant le fonctionnement de la psyché. Elle permet l'inscription de traces mnésiques tout en filtrant les sensations. Elle est une interface qui sépare monde interne et externe et les met en relation.

La mise en place des enveloppes psychiques est une étape essentielle, préliminaire, pour permettre **l'accès à la symbolisation**. « La cohérence de l'enveloppe psychique facilite la mise en place des processus de symbolisation puis des capacités de verbalisation » et « c'est grâce à l'enveloppe psychique que la sensation cutanée va accéder au statut de perception, puis pourra être liée à l'émotion » [72].

### **c - Moi-peau, attachement et scarifications**

Ainsi, concernant un modèle explicatif des scarifications et à la lumière de la théorie de l'attachement, plusieurs hypothèses sont possibles : une défaillance des fonctions du Moi-peau ou une défaillance de sa constitution. Comme le souligne Bertagne [14], « les atteintes du Moi-peau ne jouent pas forcément un rôle étiologique dans l'apparition du geste », il est possible que les scarifications interviennent aussi « comme tentative de restitution d'une ou de plusieurs fonctions défaillantes ».

Des interactions précoces de qualité ont permis la constitution d'une image du corps avec la reconnaissance d'une limite, avec une individualité et des sentiments d'unité et de continuité de soi. Les limites indispensables de soi, du self, sont bien établies. « L'image du corps est un processus symbolique de représentation d'une limite qui a fonction « d'image stabilisatrice » et d'enveloppe protectrice » [83]. En revanche un attachement insécurisé, notamment par un caregiving défaillant, n'a pas permis l'établissement d'une enveloppe suffisamment solide pour assurer la fonction de contenance et les sentiments d'identité et de continuité de soi sont menacés et d'autant plus menacés que le surcroît pulsionnel de l'adolescence peut faire effraction dans l'enveloppe psychique. Ce surcroît pulsionnel difficilement contenable provoque une souffrance et « quand la souffrance submerge, les limites s'effondrent entre soi et non-soi, entre le dehors et le dedans, entre le sentiment de la présence et les affects qui déferlent » [27]. Le sujet peut alors ressentir un vécu de perte des limites de son psychisme et une insuffisance de distinction entre soi et l'autre pouvant conduire à la

dépersonnalisation, à un sentiment de déperdition de soi. « Le narcissisme nécessaire à l'existence est insuffisamment étayé » [26]. Ce moment de dépersonnalisation est souvent ressenti par les sujets qui se scarifient, qui peuvent dire « je n'étais plus moi-même », « je ne me rappelle pas de ce moment ».

De plus, les manques de limites des adolescents insécures les conduisent « à éprouver toute perte d'objet comme perte d'une partie de soi, et tout rapproché affectif comme un risque de fusion » [53]. Leurs craintes d'abandon suscitent d'intenses émotions qui menacent leur sentiment d'identité. Paradoxalement, ce sont souvent les bons moments partagés avec ces adolescents qui accroissent le sentiment de perte de limites [93] et dans les suites desquels des scarifications peuvent apparaître, à cause d'une menace de leur identité, soit par éloignement du bon objet soit par un rapproché affectif trop intense pour eux. Il faut trouver la juste distance pour être ensemble.

✓ Les scarifications peuvent donc être vues comme une tentative de remédier aux **défaillances** des fonctions du Moi-peau, notamment des **fonctions de contenance et d'individuation**.

Elles auraient alors un but de restauration de l'enveloppe psychique « en provoquant par sa conduite la sensation de son enveloppe cutanée, sur laquelle la psyché s'étaye » [72]. Les scarifications permettent de redéfinir les contours de son corps, d'en retrouver les limites qui lui donnent apparence et contenance, c'est-à-dire de **rétablir les frontières de soi** et de **retrouver un sentiment d'unité et d'identité**. Elles ont une fonction de « rassemblement du moi » [93], faisant fonction d'« un cran d'arrêt » à l'effondrement, face à une perte du sentiment d'identité, une dépersonnalisation. Le comportement automutilateur « témoigne de la recherche de limites psychiques chez un sujet en voie de dissolution faute de repères internes suffisamment limitants et stables » [31]. La scarification dans « le choc du réel qu'elle induit, la douleur consentie, le sang qui coule renouent les fragments épars de soi. Elle permet de rassembler » [27].

Le sujet recherche une « enveloppe de souffrance<sup>i</sup> » ou « enveloppe de douleur » comme **enveloppe substitutive**. Le rôle de la douleur prend une importance particulière « puisqu'elle assure le sentiment d'identité, d'existence et le passage d'un « corps en souffrance » au « corps de souffrance » » [14]. « L'enveloppe de douleur est le prix à payer pour assurer la continuité de soi » [27]. Le Breton parle de « butées identitaires » pour ces marques corporelles, entendant par là des manières d'inscrire des limites à même la peau, les adolescents cherchent à trouver une butée qui fasse office de contenant. Les cicatrices laissées participent à ce sentiment d'identité en tant que traces de l'histoire de l'adolescent sur sa peau. Ces adolescents font de leur peau une « feuille de route » identitaire. La peau est en effet « la mémoire de la subjectivité », en cartographiant les particularités distinctes du sujet

---

<sup>i</sup> Didier Anzieu parle d'une « enveloppe de souffrance » alors que David Le Breton préfère lui parler d'« enveloppe de douleur » expliquant que la souffrance est justement à quoi s'oppose l'attaque au corps. Il s'agit de jouer la douleur contre la souffrance.

(tâches de naissance, grains de beauté, marques de vaccination ... ) [74]. La répétition des actes, visible par les cicatrices d'âge multiples, permet d'éprouver le **sentiment de continuité d'existence**.

Il s'agit littéralement « de RE-sentir, se sentir exister à nouveau » [74]. Ainsi les scarifications participent au maintien de l'identité et nourrissent le sentiment d'être vivant. Elles tendent plus du côté de la vie que de la mort, elles sont « un remède pour ne pas mourir, ne pas disparaître dans l'effondrement de soi » [26]. Elles permettent de **reprendre le contrôle**.

Le surcroît de pulsion et d'affects, notamment d'angoisse, qui n'est pas contenable et est vécu comme « une souffrance qui emporte tout sur son passage ». Les scarifications sont, pour certains, un moyen de **contenir cette souffrance**. Les sujets « reprennent le contrôle d'un affect puissant et destructeur, ils cherchent un contenant et trouvent alors la douleur ou la blessure » [27]. Cela leur permet d'avoir une prise sur une situation qui leur échappe, d'en devenir l'acteur au lieu d'en être la victime.

On peut attribuer deux fonctions à l'écoulement de sang de la scarification : il renforce la frontière entre le dedans et le dehors, la représentation de soi séparée et différenciée, matérialisant une frontière rassurante et il libère, à l'image d'une « saignée identitaire », de tensions et de souffrances intolérables qui menacent de désintégrer le Moi.

Les scarifications peuvent également traduire une **défaillance de la fonction d'inscription du Moi-peau**, s'inscrivant plus globalement dans une défaillance dans la mise en place des enveloppes psychiques. La mise en place des processus de symbolisation puis des capacités de verbalisation n'a pas pu se faire correctement, retentissant sur la reconnaissance émotionnelle. Les scarifications représenteraient alors une forme d'expression de la souffrance. Nous y reviendrons dans la prochaine partie.

✓ La qualité des relations précoces mère-bébé permet à l'enveloppe psychique de se tisser. L'investissement pulsionnel est essentiel pour l'élaboration du fantasme de peau commune sur laquelle se construit le Moi-peau. Une autre hypothèse explicative des scarifications pourrait être la défaillance dans la constitution du Moi-peau par **le maintien du fantasme archaïque de peau commune**. Ces adolescents seraient en effet en difficulté pour se représenter séparés de leurs objets primaires. « Cette non séparation place ainsi une partie du corps, de la peau, sous la dépendance de l'autre et par son geste le sujet exprimerait ce lien aliénant » [14]. Mais la scarification apparaît aussi dans ce contexte « comme une tentative pour rompre cette aliénation et procède donc d'un essai d'individuation » [14]. Il peut s'agir d'une méthode de différenciation de l'objet.

## **2- Les scarifications, une réponse à un défaut de régulation émotionnelle ?**

Nous avons vu que la théorie de l'attachement, au delà de la création d'une relation sécurisée avec les figures d'attachement permettant le développement de nombreuses capacités, peut être considérée comme une théorie de la régulation des affects. En effet, dès le plus jeune âge, le système d'attachement s'active lors d'un ressenti émotionnel désagréable, physique ou psychique (douleur somatique, stress d'une séparation ...) et vise à l'apaiser. Dans un premier temps par des soins directs pour traduire à l'enfant son vécu et le soulager, puis dans un second temps par un rapproché ou par l'utilisation d'intériorisations de cette première période. La régulation des émotions est initialement un dispositif interpersonnel de régulation qui deviendra secondairement intrapsychique.

Les émotions prennent en effet « une place capitale dans l'organisation et l'expression de la théorie de l'attachement » [57]. Certaines ont une fonction motivationnelle, d'autres d'autocontrôle ou encore de communication. Bowlby a surtout traité les émotions comme des réactions émotionnelles aux ruptures d'attachement. Dans sa trilogie on retrouve successivement, en réaction à ces ruptures, l'angoisse, la peur, la colère, la tristesse et, comme émotion positive, le sentiment de sécurité, état de bien-être de détente et de confort.

À l'adolescence c'est la fonction de régulation des émotions du comportement d'attachement qui est en jeu, il n'est plus question du besoin vital. Le système d'exploration est le plus fortement activé pour l'acquisition de l'autonomie, mais le système d'attachement s'active dès que du stress ou de nouvelles émotions sont ressenties. Nous l'avons vu, la palette des moyens de régulation des émotions s'élargit pour les adolescents sécurisés, permettant dans un premier temps une régulation interne par ses propres moyens, notamment par les intériorisations, puis par un recours « externe », aux parents ou aux pairs, si ces dernières s'avèrent insuffisantes.

Mais qu'en est-il des adolescents insécures pour lesquels les capacités de régulation émotionnelles sont peu fonctionnelles ? Quel rôle prennent les scarifications ?

### **a - Un défaut de reconnaissance émotionnelle ?**

Pour pouvoir réguler ses émotions, le préalable est bien sûr de pouvoir reconnaître ces émotions. Souvent les patients scarificateurs mettent en avant un besoin de soulager une tension psychique mais ils ne peuvent pas vraiment décrire ce qu'ils ressentent. Il pourrait s'agir d'une émotion (colère, tristesse ...) qu'ils ne reconnaissent pas. Nous avons vu que l'apprentissage de cette reconnaissance émotionnelle passe par les interactions parents-enfants dans les soins précoces. La théorie de l'attachement nous donne plusieurs explications possibles à cette non reconnaissance émotionnelle lors d'un attachement insécure.

Elle peut être liée **aux MIO et aux stratégies adaptatives** mises en place. La perception de l'émotion est inadaptée, trop faible ou trop forte, ce qui va interférer dans son évaluation. De plus, dans

l'attachement insécuré-évitant, il existe un clivage des émotions, une **exclusion défensive** des émotions, le sujet en détourne son attention. Les émotions sont désactivées de manière prématurée et il existe une diminution de leur perception.

Cette non reconnaissance émotionnelle pourrait également être liée à un **défaut d'acquisition de la fonction réflexive** de Fonagy. Un caregiver sécure sait reconnaître les états émotionnels de son enfant, qu'il se représente comme un individu à part entière avec ses propres sentiments, pour les lui traduire, leur donner du sens, afin que progressivement l'enfant puisse les comprendre de lui-même. C'est l'une des missions principales de ce rôle. Mais lorsque la fonction réflexive du parent est défaillante, soit par son propre attachement insécuré, soit par un processus d'exclusion défensive bloquant l'accès à certaines émotions, ou bien soit parce que l'accès au monde interne du parent n'est pas accessible par l'enfant, alors le développement de celle de l'enfant sera entravé. Il aura donc du mal à reconnaître ses propres émotions qui n'auront pas été nommées et à reconnaître ces sensations comme états mentaux.

Selon Fonagy [43], « les adolescents qui ont connu dans leur petite enfance une absence importante de sensibilité dans les interrelations sont particulièrement vulnérables aux situations interpersonnelles qui mettent à l'épreuve leur capacité de mentaliser ». Le dysfonctionnement des interrelations a pour effet d'entraver le développement de la fonction réflexive. En outre, même si elle s'est développée correctement, celle-ci peut se trouver menacée dans un contexte de violence. Les enfants témoins de violence domestique ou maltraités peuvent, pour se défendre, perdre cette capacité réflexive. Ils évitent ainsi d'avoir à penser qu'une personne qu'ils aiment veuille faire du mal à une personne importante pour eux ou à eux-mêmes. « Les mauvais traitements, particulièrement dans la famille, font obstacle à la capacité qu'a l'enfant de penser pour savoir si des représentations d'états psychiques sont justes ou pourraient changer. La compréhension de l'enfant devient ainsi rigide et inutile » [43].

Selon Wilfried Bion, cité dans [31], « l'émotion provient du corps et est mère de toutes les pensées ». Ainsi, « si dans le lien précoce à l'objet maternel primaire, l'émotion n'a pas été transmise charnellement, corps à corps vers l'enfant, celui-ci n'a pas de possible lecture de ses émotions, faute d'assises corporelles du soi suffisamment constituées, c'est-à-dire libidinalisées » [31]. Cela traduit la **défaillance de la fonction d'inscription du Moi-peau**, les signifiants libidinaux parentaux et socio-culturels n'ont pas été reçus ni conservés « sous forme d'inscription, qui aurait pu faire accéder le soma à un corps sensuel c'est-à-dire fait de chair » [31]. L'émotion reste alors bloquée dans le corps sans pouvoir accéder à une pensée fixée dans un sentiment, la fonction de symbolisation fait défaut. Ainsi à l'adolescence, avec tous les bouleversements émotionnels, « le langage affectif risque de demeurer langage corporel » de l'automutilation à la somatisation.

A noter que les personnalités alexithymiques seraient d'ailleurs fréquentes parmi les automutilateurs, illustrant l'échec du sujet à traiter correctement l'information émotionnelle.

### **b - Un défaut de régulation émotionnelle**

Un autre niveau explicatif possible est celui de la capacité à réguler les émotions, lorsque celles-ci sont suffisamment reconnues et identifiées. Pour différents auteurs (Suyemoto, Villalba et Harrington), le comportement automutilateur, d'une manière plus générale que les scarifications, contribue à réguler des émotions[31]. Lorsqu'une émotion négative est ressentie tout individu recherche son apaisement. Les sujets qui se scarifient reconnaissent très souvent cette fonction d'apaisement de leur acte, apaisement immédiat suite au geste.

Pour réguler leurs émotions, notamment leurs affects négatifs, et s'apaiser, les adolescents ont plusieurs moyens à leur disposition, dont la défaillance peut expliquer le recours aux scarifications.

✓ Nous avons vu que, lors d'une recherche de sécurité, comme dans l'enfance, les adolescents se tournent encore souvent vers leurs **parents** pour assurer leur sentiment de sécurité interne, même s'ils peuvent en première intention avoir recours à leurs intériorisations ou aux pairs. Les parents restent des figures d'attachement et continuent de représenter une **base de sécurité**. La figure d'attachement par sa disponibilité et ses capacités de caregiving a un rôle important d'aide à la régulation émotionnelle. Une des dernières tâches du caregiving est d'aider à la régulation émotionnelle de l'adolescent dans les obstacles émotionnels qu'il pourrait connaître lors des phases de remaniements, pour le conduire vers l'autonomie.

Ainsi, un **caregiving parental défaillant** dans le domaine de la régulation émotionnelle pourrait être une explication. Cela peut être lié à la propre sécurité de l'attachement du parent et à sa capacité réflexive qui en résulte. Une insécurité de l'attachement peut l'empêcher de reconnaître l'émotion mettant en difficulté l'adolescent ou peut l'empêcher de s'y confronter car provoquant un sentiment d'angoisse chez lui. Il ne pourra donc pas en donner un sens à l'adolescent. Comme dans l'enfance il ne pourra pas lui transmettre de modèle de régulation. On voit ici apparaître l'hypothèse explicative de Fonagy concernant le phénomène de transmission intergénérationnelle comme la transmission par le parent d'un modèle de régulation des émotions.

Il peut s'agir également de **difficultés de communications sur les émotions**, entre l'adolescent et ses parents. Les émotions négatives « sont une source d'information sur son propre état intérieur et ont une valeur de communication pour autrui » (Kobak 1999, cité dans [56]). A la différence de l'adolescent sûr qui communique facilement sur les situations d'attachement, ce qui lui permet

une souplesse dans la régulation possible autant dans les relations avec ses parents qu'avec ses pairs ou une personne hors du milieu familial, l'adolescent insécure est en difficulté pour verbaliser sur ses émotions, pour les mettre en mots. Il peut avoir un discours confus ou bien éviter la communication sur ses émotions. Ainsi le parent est mal informé et peut ne pas répondre de manière appropriée.

Une dernière possibilité est que, malgré un MIO positif d'un parent remplissant sa fonction de base sécuritaire, le parent soit moins disponible psychologiquement à cette période, transitoirement, secondairement à un événement récent (maladie, dépression ...).

L'affect négatif persiste et l'adolescent doit trouver un moyen de soulagement.

✓ L'adolescent va de plus en plus souvent avoir recours à une **régulation interne** de ses émotions en ayant recours à ses intériorisations, impliquant les **MIO** construits pendant l'enfance et le récent modèle intégré. La base de sécurité passe d'un niveau « externe » au niveau « interne » des représentations. Selon le modèle de régulation intégré l'adolescent va déchiffrer son ressenti et saura comment s'auto-apaiser.

En complément de ces intériorisations, Holmes parle de « **base de sécurité interne** » [8], base qui joue un rôle crucial dans la régulation des émotions en proposant une stratégie comportementale de régulation des affects. L'activation de cette base, lors de la perception d'émotions négatives ou stressantes, va solliciter les ressources du patient pour procurer l'apaisement recherché. Il peut s'agir d'une **pensée** (souvenir agréable...) ou d'un **comportement** (écouter de la musique, manger du chocolat...). Le sujet va ainsi pouvoir s'auto-apaiser, retrouver du calme et un sentiment de sécurité, à l'image de l'apaisement suivant le recours aux scarifications. Cette sécurité peut être qualifiée d'« instrumentale », car elle fait intervenir une régulation par des moyens externes (jouet qui apaise, aliment, alcool ou drogues, travail...).

Lorsque la base de sécurité n'a pas été assurée pendant l'enfance, l'adolescent a construit une représentation non fiable de ses parents, dans lesquels il manque de confiance et il a mis en place, dès l'enfance, des **stratégies adaptatives secondaires** pour réguler ses émotions, car sa figure d'attachement ne lui permettait pas de retrouver un sentiment de sécurité interne. Il doit trouver des stratégies pour s'apaiser seul et l'incapacité à s'auto-apaiser par les intériorisations conduit à avoir recours à des stratégies adaptatives et notamment à rechercher une réponse environnementale.

De plus, l'envahissement par les affects chez les préoccupés laisse peu de place à l'exploration et à la création de nouveaux liens, entravant une autre possibilité de régulation.

✓ Toute situation dans laquelle on ne peut pas arriver tout seul à trouver une solution et où l'on doit demander de l'aide signifie que l'on doit recourir à quelqu'un d'autre, réactivant le système d'attachement. Cette demande n'est pas aisée pour les sujets insécures.

Un autre moyen de régulation est la **relation d'attachement avec les pairs**. Les adolescents ont souvent recours à leurs pairs pour réguler leurs émotions, souvent avant le recours aux parents lorsqu'il s'agit de situations de faible activation du système d'attachement. Mais lors d'un attachement insécure les nouvelles relations d'attachement se tissent difficilement et de plus la confiance en autrui est faible du fait des schémas négatifs.

### **c-Les scarifications comme mode d'expression et moyen d'apaisement**

D'une part les scarifications pourraient être un **mode d'expression** d'« une souffrance qui ne parvient pas à se dire, à trouver une voie d'expression symbolique » [31].

Les sujets insécures verbalisent difficilement sur l'attachement et sur leurs émotions, de par la difficulté de reconnaissance de l'émotion en elle-même, mais également par défaillance des processus de symbolisation et de verbalisation. Mettre en mots leurs émotions est particulièrement difficile. D'autant plus qu'au moment de l'adolescence certains ressentis sont inédits du fait des transformations à l'œuvre. Ils peuvent de plus percevoir une douleur psychique plus ou moins circonscrite (angoisse, sentiment dissociatif ...), en lien avec un défaut de la fonction contenante du Moi-peau. Nous l'avons vu au début du deuxième chapitre, le préfixe auto-, du mot auto-mutilation, renvoie au fait que le comportement est « *réfléchi* » sur le corps propre, alors même que nous venons de voir la difficulté de ces sujets d'utiliser leur fonction *réflexive*.

Faute de pouvoir trouver les mots adéquats pour exprimer leurs émotions, les adolescents parlent par leur corps. Les scarifications substituent l'acte à la parole [91] en inscrivant les mots dans le corps, en externalisant sur le corps ce qui ne peut pas se dire. C'est « un langage de l'indicible » [92], il s'agit d'inscriptions symboliques.

Les scarifications seraient liées « à l'incapacité à manier le langage et la communication symbolique pour exprimer les affects et seraient utilisées comme un « symbole évocateur primitif » qui manifeste le sentiment, communique une expérience subjective, contrôle le vécu affectif par la mise à distance et l'externalisation, et protège les autres de l'émotion » [53].

Les processus de symbolisation ne se sont pas correctement développés, notamment par l'atteinte de la mise en place d'une enveloppe psychique et par une défaillance de la fonction réflexive. La marque correspond à « une tentative d'inscription symbolique sur la surface corporelle d'une motion

inconsciente qui précisément manque à être symbolisée. En d'autres termes tout marquage, **toute inscription auto-infligée à la peau est une tentative, forcément ratée, de symbolisation** » [74].

Toutes les scarifications ne s'inscrivent pas « dans un registre pathologique particulier, mais dans tous les cas traduisent un malaise existentiel certain qui en vient à s'exprimer par ces pratiques » [74]. L'insistance à se scarifier signale un besoin d'expression indicible d'une souffrance très active. Il convient d'explorer minutieusement ce geste pour en comprendre le sens, d'autant plus que les scarifications sont des indicateurs précoces du risque suicidaire et qu'elles peuvent annoncer l'émergence de troubles psychopathologiques évolutifs.

La marque permet d'exprimer les émotions. L'expression des émotions est vécue comme un besoin, les souffrances intimes sont donc inscrites sur soi faute de mots, mais cet acte permet à la fois de se défaire de cette émotion, de s'en soulager.

D'autre part, les scarifications peuvent correspondre à une **stratégie adaptative comportementale** pour soulager une émotion perçue mais non reconnue (donc pour laquelle l'adolescent n'a aucun modèle de régulation intériorisé) ou une émotion désagréable reconnue lorsqu'il n'y a pas d'autre moyen de régulation fonctionnel pour maintenir un sentiment de sécurité interne. Là où les relations d'attachement et où les intériorisations se sont trouvées en défaut pour garantir cette sécurité, l'adolescent aura, pour réguler ses émotions, recours à des moyens matériels. L'apaisement de cette émotion est d'autant plus pressant qu'elle menace le sentiment d'identité. Le recours à la scarification permet un apaisement immédiat et évite une dissolution identitaire par atteinte des limites. Le geste permet une décharge de tension mais aussi par une sensation physique, ou un éprouvé corporel, une « expérience du contenant et comme moyen de trouver un sentiment d'existence » [14] qui était alors menacé.

L'incision de la peau qui permet cette évacuation de tension, inspire deux métaphores aux sujets qui y ont recours : « celle de la soupape de sécurité pour éviter d'éclater, de craquer ; celle du déversoir destiné à drainer le mal-être, à réguler le débordement intérieur » [91], dans le deuxième cas l'acte équivaut à une purge.

La scarification, comportement paradoxal de recherche d'apaisement par l'agression, pourrait être une stratégie adaptative d'un sujet avec un attachement désorganisé, souvent confronté à des situations contradictoires.

La scarification permet également de mettre fin à un vécu dissociatif.

Nous avons vu que la base sécuritaire peut être assurée par des comportements de bases sécuritaires comme écouter de la musique. Les scarifications pourraient représenter une « **variante pathologique d'un comportement de base sécuritaire** » [8], comme d'autres comportements d'auto-sabotage (crises de

boulimie, abus de substances psychoactives...). Paradoxalement les conduites d'auto-sabotage procurent un sentiment de sécurité. C'est, de plus, une base sûre que le sujet peut contrôler. Il s'agit là d'une autre stratégie comportementale de régulation des affects. Mais la sécurité obtenue est moins satisfaisante que celle apportée par une relation d'attachement avec en plus le risque d'une dépendance vis-à-vis des instruments externes.

Dans tous les cas, les comportements de scarification correspondent à une **recherche de contrôle** des tensions ressenties. L'accent est souvent mis, par les sujets qui se scarifient, sur le besoin d'évacuer un trop-plein de tensions intérieures qui les submerge. « Le détour par l'agression corporelle est une forme paradoxale d'apaisement » [27]. « Les automutilations matérialisent une souffrance émotionnelle mal identifiable en une douleur physique dont on s'affirme maître » [53]. La douleur psychique est transformée en douleur physique plus supportable et contrôlable. Il n'y a que de cette manière, une agression tournée contre soi, qu'ils peuvent maîtriser cette souffrance.

Les scarifications peuvent prendre également une **fonction d'appel à l'autre** pour l'aider à réguler ses émotions. Ce sont des comportements « éminemment relationnels » [49]. Il peut être, en effet, plus facile pour le sujet de montrer ses plaies ou ses cicatrices pour interpeller l'autre que de le solliciter directement. Par là même, le sujet garde la maîtrise sur l'expression de son vécu, en choisissant de montrer ou cacher ses plaies.

### **3 - Les scarifications : une pathologie du lien ?**

Les lésions typiques de scarifications s'inscrivent « le plus souvent dans le cadre général de problématiques de séparation assorties de tensions œdipiennes exacerbées par la sexualisation des liens » [91]. Les comportements de scarification, nous l'avons vu, commencent après la puberté, c'est-à-dire au moment des transformations physiques avec ce qu'elles engendrent de menaces psychiques. Le modèle sexuel de Suyemoto explique les scarifications comme un moyen de surmonter les conflits intrapsychiques liés à l'association de fantasmes sexuels et de pulsions agressives. Le but vers lequel tend le processus de l'adolescence est la séparation des parents pour accéder à l'autonomie. Cette séparation se fait d'autant plus pressente avec la problématique œdipienne ravivée obligeant l'adolescent à se libérer de ses relations dangereuses à ses parents.

Comme nous l'avons vu, le travail de séparation à l'adolescence va interroger la qualité des intériorisations établies pendant la première enfance. Le **corps** est un **représentant des liens objectaux** avec les parents. Ainsi la relation que l'adolescent noue avec son nouveau corps pubère reflète la qualité du lien qu'il a établi avec les objets parentaux pendant la première enfance et ce qui reste de dépendance non résolue.

David Le Breton (2005) parle d'« **actes de passage** », pour faire référence à ces actes se limitant à cette période de la vie. « Le passage dont il est question est celui de la transposition de blessures intimes en meurtrissures manifestes, de l'externalisation de conflits intérieurs débordants à la surface de soi, l'effraction cutanée visant à soulager en même temps qu'à révéler une problématique narcissique exacerbée par l'expérience pubertaire » [91].

Les adolescents insécures, aux assises narcissiques fragiles, sont en difficulté avec ces nouveaux liens sexualisés qui obligent à une distanciation. Ils ont paradoxalement d'autant plus besoin d'un lien à leurs parents que leurs assises sont fragiles. Leurs attentes envers l'objet sont exacerbées. Or ce besoin objectal est d'une part, vécu comme menaçant pour l'intégrité narcissique, et d'autre part, vécu par le sujet comme témoignant d'une dépendance envers l'autre. Par ce vécu de dépendance, qui est intolérable, le sujet sent son autonomie menacée. Ainsi, selon Jeammet, « ce dont l'adolescent a le plus besoin est ce qui le menace le plus parce qu'il en a besoin » [66] et l'adolescence est « un puissant révélateur de ce qui reste de dépendance non résolue aux personnes clés de l'environnement infantile ». Le sujet se trouve coincé dans un antagonisme narcissico-objectal, entre besoin et menace d'autrui. Le besoin objectal et le réveil pulsionnel seront alors ressentis comme des **menaces pour l'assise narcissique et identitaire**.

Le recours à l'agir dans la coupure leur permet de se couper des réalités psychiques intolérables, « à défaut de pouvoir supporter les remaniements que l'adolescence imprime dans le vécu d'unité et de continuité de soi-même » [91], ils s'emploient à exister dans la rupture.

De plus chez ces sujets cohabitent des angoisses d'abandon et des angoisses d'intrusion. Il existe une dénégation sur le besoin d'une aide d'autrui, avec une affirmation d'autosuffisance « je n'ai pas besoin de vous, je ne vous ai rien demandé ». Mais comme le patient ne peut s'autoriser à reconnaître ses besoins et à demander de l'aide, « il attend de l'autre qu'il manifeste spontanément son investissement pour lui, faute de quoi il se sent abandonné » [93]. Les angoisses d'intrusion sont liées au caractère excitant de l'objet et à l'intensité de son investissement, ainsi tout rapproché est vécu comme un risque.

Les scarifications viendraient ici représenter une **tentative de séparation**, puisque la séparation psychique est impossible. Les scarifications traduiraient « l'impérieuse nécessité pour le sujet de se dégager des liens qui l'aliènent à ses objets d'attachement et qui se chargent de représentations incestueuses et parricides » [92]. La scarification « marque autant l'aliénation du sujet que sa tentative de se distinguer de l'autre. Il s'agirait alors curieusement d'un processus d'individuation, ramené au niveau du réel » [14]. « C'est peut être parce qu'il interroge les liens du sang que le choix électif du poignet est si fréquent » [91].

Ainsi les scarifications sont pour Pommereau des « **figurabilités corporelles** »[92] de la séparation d'avec les objets d'investissement infantiles. Selon Laplanche et Pontalis[73], le terme figurabilité traduit dans l'œuvre de Freud la sélection des pensées du rêve et leur transformation pour les rendre à même d'être représentées en image, surtout visuelles. Ce terme ne semble donc pas tout à fait approprié si ce n'est qu'il traduit la représentation visuelle d'une motion inconsciente.

L'acte de se couper permet à l'adolescent de **reprendre une position active** face à ce vécu de passivité qui s'impose à lui. Par les scarifications il reprend un certain degré de maîtrise sur les « pulsions sexuelles vécues comme intrusives et passivantes » [53]. L'acte est également un moyen de fuir le rappel traumatique ou la menace, d'éviter d'en devenir l'acteur ou de se punir d'en être tenté. « Les scarifications sont une technique d'évitement de la confrontation à l'objet, à l'intensité des affects et aux conflits intra-psychiques qui peuvent en résulter » [77].

« Ces problématiques relatives aux liens établis sont reprises dans des enjeux essentiellement narcissiques » [93]. Elles permettent de reprendre également une **maîtrise sur un vécu de dépendance**, vécu comme intolérable. Les scarifications servent d'abord à ne pas penser, à évacuer sens et affects, à nier l'importance pour le sujet de sa relation à l'autre [93]. Le besoin d'attention est rarement formulé par le patient, par ses plaies il laisse à deviner sa demande, il veut « obtenir sans avoir à demander » et que ce soit les soignants qui manifestent une attention. Les scarifications sont un message à l'autre, une demande d'aide mais « le caractère agi et non verbal du message en facilite la dénégation » [93].

En reprenant cette maîtrise l'adolescent lutte également contre un moment dépressif inhérent à cette période de multiples pertes.

## **C - Observations cliniques**

Pour illustrer nos propos théoriques, nous allons nous appuyer sur les situations cliniques de deux adolescentes rencontrées lors de mon stage au SHIP durant l'été 2013 et pour lesquelles j'ai ensuite rencontré un an après les soignants les prenant en charge afin de savoir qu'elle a été leur évolution clinique.

### **1- Soline**

Soline est une jeune fille âgée de presque 15 ans quand je la rencontre lors de son hospitalisation au SHIP. Il s'agit d'une première hospitalisation en pédopsychiatrie.

- Antécédents personnels :

Dans ses antécédents médicaux on retrouve une obésité avec un IMC à 32,25 kg/m<sup>2</sup>, une allergie à l'Oroken® et un asthme avec un traitement médicamenteux en cas de crise. Elle n'a pas d'autre traitement médicamenteux.

Elle a une consommation de toxiques, à raison d'un paquet de tabac par jour, ainsi que de l'alcool et du cannabis, actuellement de manière occasionnelle mais toujours excessive.

Sur le plan psychiatrique, Soline a un suivi pédopsychiatrique en CMP depuis moins d'un an.

Cette dernière année elle a été hospitalisée à plusieurs reprises aux urgences pédiatriques pour des intoxications médicamenteuses volontaires et des scarifications.

#### - Antécédents familiaux :

Il existe une alcoolo-dépendance chez les deux parents.

La mère de Soline a été prise en charge pour un cancer il y a plusieurs années.

#### - Biographie :

Soline est issue d'une fratrie de 3 enfants du même couple parental. Elle a un frère de 22 ans, autonome, et une sœur de 19 ans qui vit encore chez sa mère. Elle a également une demi-sœur du côté maternel de 27 ans. Le couple parental s'est séparé lorsque Soline avait 8 ans. Ils ont l'autorité parentale conjointe.

Le père de Soline est manutentionnaire et sa mère est aide à la vie scolaire et a été aide-soignante par le passé.

Cette séparation s'est faite dans un contexte de violences conjugales, présentes depuis plusieurs années, dont Soline semble avoir été très marquée. En effet, lorsque nous évoquons son histoire de vie, elle évoque d'emblée le sentiment d'« insécurité » qu'elle ressentait au domicile. Elle explique avoir été témoin de violence entre ses parents, violence surtout verbale mais aussi physique. Elle décrit qu'elle n'a pas vu de scènes mais qu'elle entendait les cris et les coups depuis sa chambre « c'est encore pire car on imagine plein de choses quand on ne voit pas ». Elle restait ainsi seule dans sa chambre avec ce sentiment d'angoisse face à ces conflits, mais également avec un sentiment de peur pour sa mère. Selon ses dires elle serait allée plusieurs fois à la gendarmerie lors d'épisodes de violence.

De plus, Soline aurait été, dès l'âge de 5-6 ans, laissée seule au domicile sans surveillance.

A la séparation de ses parents, Soline est allée vivre chez sa mère et voyait son père un week-end sur deux. Progressivement, la situation au domicile de sa mère s'est dégradée.

Sur le plan scolaire, Soline a redoublé le CE2 puis a été déscolarisée 3 mois en fin de 5<sup>ème</sup> ordinaire puis en fin de 4<sup>ème</sup> « aide et soutien ». A la rentrée scolaire, après l'été durant lequel je la rencontre, elle doit intégrer une 3<sup>ème</sup> « aide et soutien ». Soline a le projet de travailler auprès des jeunes enfants.

#### - Emergence des troubles :

Soline fait remonter le début de son mal-être à la période suivant la séparation de ses parents. Les troubles du comportement sont apparus vers l'âge de 12 ans ; mère et fille étaient alors en conflit en permanence et la mère de Soline s'alcoolisait. Il s'agissait, dans un premier temps, de transgressions des règles éducatives comme le non respect des horaires pour rentrer le soir, auxquelles se sont rapidement associés des comportements de mise en danger, « j'allais traîner dans la rue ». Il s'agissait en effet de sorties nocturnes tardives avec la fréquentation d'adolescents plus âgés et une consommation régulière de toxiques (tabac, alcool, cannabis) avec eux. Elle multipliait également les jours d'absence au collège, en classe de 5<sup>ème</sup>, avec pour conséquence une déscolarisation totale 3 mois avant la fin de l'année. Les services sociaux ont été alertés de cette situation et un suivi AEMO (Aide Educative en Milieu Ouvert) s'est mis en place ainsi qu'un placement en foyer. Soline voyait alors ses parents un week-end tous les 15 jours. Ce réaménagement a apporté un apaisement transitoire. Soline a pu reprendre sa scolarité à la rentrée, en 4<sup>ème</sup> « aide et soutien », section pour élèves en difficulté, dans une classe qu'elle décrit comme « très difficile » notamment sur le plan des comportements des autres élèves.

- Histoire de la maladie récente :

Quelques mois après le placement, des transgressions régulières du cadre sont réapparues au foyer ainsi que des mises en danger à type de fugue et une intolérance à la frustration marquée. Un suivi au CMP s'est alors mis en place avec des entretiens médicaux, la participation à un atelier pédagogique, puis à un groupe de parole avec deux infirmiers co-animateurs qui a évolué en suivi infirmier individuel à l'arrêt des autres jeunes. Avec sa pédopsychiatre Soline se montrait très méfiante et elle refusait que celle-ci rencontre ses parents. Cette rencontre a donc eu lieu en son absence. Soline s'est montré ensuite très critique face à sa prise en charge rendant les soins difficiles.

Soline a dû être hospitalisée trois fois aux urgences pédiatriques en un mois suite à des intoxications médicamenteuses volontaires et des scarifications. C'est dans ce contexte de multiplication des mises en danger et des passages aux urgences, ainsi que de la recrudescence de comportements auto-agressifs, que Soline est adressée en hospitalisation. L'équipe du foyer explique se sentir dépassée et « impuissante » devant ces comportements. Le tableau clinique retrouve également des éléments dépressifs, au second plan car moins bruyants, associant des troubles du sommeil, une asthénie et un pragmatisme. Au foyer, Soline est en demande de beaucoup d'attention, elle est en recherche d'une relation d'exclusivité avec les éducateurs, et particulièrement avec son référent. Il existe de plus, à nouveau, un retentissement scolaire avec une déscolarisation totale.

Il est à noter que, pendant cette période, les visites de Soline chez ses parents avaient été espacées à un week-end par mois suite à une nouvelle audience à sa demande, car souhaitant espacer les visites car cela « se passait mal ».

Concernant l'hospitalisation, le père de Soline a accepté sans difficulté la proposition. En revanche sa mère s'y est initialement opposée, souhaitant prendre un avis préalable auprès de l'éducatrice de l'Aide Sociale à l'Enfance référente de Soline avant de donner son accord.

- Déroulement de l'hospitalisation :

Soline est une jeune fille en surpoids, au visage rond, encadré de longs cheveux châtain. Elle se présente de manière soignée, avec des manches longues ou des bracelets cachant ses cicatrices au niveau des poignets.

Dans le service Soline a rapidement pris ses marques. Elle a rejoint le groupe de jeunes déjà présents sans difficulté. Elle alterne des moments de calme et d'excitation et s'est montrée très perméable à l'excitation du groupe. Envers les soignants elle s'est montrée initialement dans la provocation, agressive verbalement et dans la surenchère pouvant aller jusqu'à menacer « de tout casser » du fait qu'elle ne puisse pas sortir fumer, avec alors un comportement en miroir du comportement agressif d'autres patients. Elle adopte une attitude de toute-puissance, revendiquant pouvoir « faire ce qu'elle veut » et supportant difficilement le cadre du service qui doit lui être souvent rappelé. Ce visage contraste avec celui qu'elle montre en relation duelle avec les soignants. En entretiens individuels Soline est agréable, calme, de bon contact, plutôt souriante. Elle verbalise facilement, est adaptée dans l'échange et accessible à l'humour. Elle est attentive et dans un échange constructif, sans critiques ni agressivité. De même lors des ateliers thérapeutiques, elle montre une certaine excitabilité avec un grand groupe et se montre plus authentique en petit groupe.

Soline a pu se montrer sur la réserve et défensive initialement, remettant en question l'hospitalisation et le besoin d'aide ; alors même qu'elle le revendiquait au foyer. La question de l'interdiction de fumer a pris une place particulière et semble avoir été un enjeu important pour la suite de l'hospitalisation. Soline s'est en effet montrée très revendiquante contre cette interdiction. Elle rationalisait son ambivalence à l'hospitalisation sur le fait qu'il lui était trop difficile de ne pas fumer et ses moments de tension interne sur le manque de nicotine. Paradoxalement, elle a refusé, pendant les trois premiers jours, la proposition de pouvoir avoir des substituts nicotiques et, dans une attitude de provocation, elle a « joué » en alléguant posséder une cigarette dans son sac. Les soignants ont décidé de ne pas réagir en miroir à ce qu'elle semblait attendre et de s'appuyer sur la notion de confiance : « tu connais les règles du service et on te fait confiance pour la garder et la fumer quand tu sortiras ». Elle finira par se saisir de la proposition d'aide pour le sevrage par pastilles proposée à plusieurs reprises lors des entretiens et par différents professionnels. Ce jeu relationnel semble avoir permis à Soline de tester les nouvelles relations aux soignants et de pouvoir avoir des relations apaisées ensuite.

Soline identifie clairement les comportements qui inquiètent son entourage, mais elle les minimise et n'a pas conscience de se mettre en danger. Elle banalise ses comportements, n'en voyant pas le caractère inadapté pour son âge, mais malgré tout elle pointe également le manque de cadre de sa mère, « elle ne posait pas de limites ». Elle pourra également dire qu'elle ne veut délibérément pas le respecter lorsqu'il y en a un.

Les conduites de scarifications ont commencé au début de l'année, soit 7 mois auparavant. Soline se scarifie au niveau des avant-bras et des poignets. Ce moment de scarification peut être préparé ou non. Elle explique que ce geste la soulage lors d'un moment de mal-être, de tension interne. Elle parle de « tristesse » et de « colère » qui l'envahissent et qu'elle ne peut pas exprimer autrement. Elle cache ensuite les cicatrices, « les éducateurs ne les voyaient pas toujours ». Elle fait le lien entre la recrudescence des scarifications et des troubles du comportement et celle d'un mal être. Elle se montre très ambivalente sur la relation d'aide car elle est en demande d'être entendue, « comprise et aidée », mais investit difficilement les soins déjà mis en place. Il n'y a pas eu de scarifications les jours précédents l'admission mais on note une brûlure accidentelle de l'avant-bras droit avec un chamallow pendant un camp de vacances avec le foyer, nécessitant des soins locaux et laissant une trace importante.

Parallèlement, à la reprise récente des scarifications, elle décrit la réapparition d'éléments de la lignée dépressive : thymie basse, diminution de l'appétit et troubles du sommeil à type de difficulté d'endormissement, cependant sans idées suicidaires.

La verbalisation factuelle est assez aisée, en revanche les ressentis et les émotions sont difficiles à mettre en mots. Elle reconnaît un mal-être, une souffrance psychique, qu'elle met en lien avec son vécu pendant l'enfance mais, hormis une sensation de tension interne et de la colère qu'elle attribue par rationalisation au manque de cigarettes ou au manque de sorties, il lui est difficile de décrire ce qu'elle ressent.

Un travail autour des émotions avec le support d'images de magazines a noté des décalages dans la reconnaissance des émotions sur les faciès de personnes. Elle a de plus besoin d'être étayée pour exprimer d'autres émotions que la colère.

Les entretiens mettent en avant une faible estime d'elle-même et un manque de confiance en elle. Soline se dévalorise, dévalorisation qui se retrouve également pour ses productions lors des ateliers thérapeutiques. Elle a un projet de travailler dans la petite enfance « mais je n'y arriverai pas ». Elle a également une image dépréciée d'elle-même, elle exprime se sentir mal dans son corps notamment à cause de son surpoids. Elle est en difficulté pour accepter des compliments ou des valorisations de la part des adultes, mettant en doute la sincérité des paroles. La notion de confiance viendra régulièrement au cours des entretiens. Soline exprime souvent ne pas avoir confiance en elle-même, mais également en autrui, encore moins s'il s'agit d'un adulte. Elle questionne à plusieurs reprises la transmission des informations médicales et de ce qu'elle exprime en entretien. Il transparaît sa crainte

que l'on puisse trahir la parole qu'elle dépose. Nous abordons la notion de secret médical pour la rassurer. Elle pourra dire que la confiance est « quelque chose de très important pour vivre. Je ne sais pas exactement ce que c'est, mais ce que je sais c'est qu'il faut déjà avoir confiance en soi pour faire confiance aux autres ». En revanche, il semble qu'une relation de confiance ait pu se tisser au sein du foyer. Elle dit avoir confiance en son éducateur référent, elle se sent « comprise », « aidée ».

Elle se montre pourtant ambivalente sur le foyer, exprimant beaucoup de critiques, avant de dire qu'elle s'y sent rassurée, en sécurité, qu'elle y a retrouvé des règles et un cadre qui étaient absents chez sa mère, même si ce dernier peut être difficile à respecter.

Soline se montre accessible à la réflexion, elle va bien se saisir des pistes de travail proposées en individuel (entretiens médicaux, infirmiers ou avec la psychologue) ou en groupe lors des ateliers thérapeutiques, autour de la confiance, des émotions, de la notion de mise en danger et de protection.

Le cadre des règles du service a permis de travailler sur la notion de confiance. Soline multiplie les demandes aux soignants autour de ce cadre (pour les sorties extérieures, les appels, les cigarettes, sa sortie définitive ...). Elle pose les mêmes questions à différentes personnes et commence les entretiens médicaux par ces mêmes questions. Elle présente une légère intolérance à la frustration quand les réponses ne lui conviennent pas, essaye de négocier, voire peut-être dans la provocation. Cependant devant la répétition claire et identique des mêmes règles, progressivement cela s'estompe. Elle a de moins en moins besoin de recadrage et peut plus s'ouvrir.

Devant sa perméabilité à l'ambiance et sa difficulté à se mettre d'elle-même à distance de l'excitation, un planning avec des temps en chambre lui a été proposé. Elle critiquera initialement ce cadre n'y voyant pas d'intérêt, elle en testera un peu les limites dans une revendication de façade, mais finalement sur sollicitation soignante elle le respecte.

Progressivement Soline s'apaise et se montre moins défensive et attaquante envers l'adulte lorsqu'elle est en présence de ses pairs. Le contact est bon. Elle est agréable, discrète et adaptée. Il n'y a plus besoin de recadrage, les sorties à l'extérieur du service se passent sans difficulté. Les moments de vide sont difficiles à supporter, mais elle peut s'étayer sur les propositions qui lui sont faites.

Initialement les troubles du sommeil persistent et elle interpellera le soignant, la nuit, pour des soins de peau suite à des scarifications très superficielles. Soline a de plus été mise en difficulté une nuit par une agitation d'un autre jeune qui l'a renvoyée aux disputes de ses parents, avec la difficulté de ne pas voir la scène et d'imaginer ce qu'il se passe. Elle se sent néanmoins rassurée dans le service et retrouvera progressivement un sommeil satisfaisant.

Il y aura un autre épisode de scarification, suite à une frustration. En reprenant cet épisode avec elle, elle était initialement dans la minimisation de son geste, parlant de « griffures », et dans le déni de difficultés présentes à ce moment. Elle a pu, dans un second temps, dire que cela lui a permis de soulager une tension. Nous l'invitons alors à réfléchir à d'autres stratégies pour s'apaiser quand elle se

sent tendue, à chercher moyen moins agressif. Elle pense pouvoir aller trouver plus facilement un éducateur ou aller courir. Elle s'est également bien saisie de temps de massages proposés. Un traitement par 30 gouttes de Tercian®4% solution buvable, en si besoin, a été prescrit à visée anxiolytique. Soline en prendra à trois reprises au coucher devant l'impossibilité de s'apaiser par d'autres méthodes.

Les soins des plaies de scarifications et les soins de sa brûlure cutanée lui donnent des moments privilégiés avec les soignants.

Soline peut retracer facilement son histoire de vie. Les épisodes de violence semblent ancrés sous forme de souvenirs traumatiques. Elle en parle avec authenticité et un envahissement émotionnel perceptible. Soline souhaitera pouvoir évoquer, avec notre aide, ce sujet lors des entretiens familiaux, semblant très attachée à ce que ses parents reconnaissent les souffrances qu'elle a pu vivre, "ce qu'ils m'ont fait subir". Elle s'interroge également sur ce que chacun d'eux pense et ressent à l'heure actuelle de ces évènements.

Comme pour tous les patients hospitalisés, des entretiens familiaux sont planifiés une fois par semaine. Les entretiens avec les parents de Soline auront lieu séparément, le conflit entre eux étant toujours présent. Lors des entretiens avec ses parents, Soline a une présentation fermée et un faciès triste. Elle verbalise peu, répondant seulement brièvement aux questions. Avec notre soutien elle parviendra à aborder avec eux les épisodes de violence conjugale, comme elle le souhaitait.

A la fin du rendez-vous d'admission avec son père, j'informe Soline que dans le cadre des entretiens familiaux d'admission, un rendez-vous avec sa mère est prévu le soir même. Elle émet d'abord le souhait de ne pas venir ne souhaitant « pas la voir », puis elle pourra dire qu'elle pense que c'est sa mère qui ne viendra pas.

Lors des entretiens familiaux avec la mère de Soline, bien que les retrouvailles entre la dyade mère-fille soient chaleureuses, on peut observer ensuite une certaine distance. Soline se ferme et sa mère a tendance à être dans une distance émotionnelle et à se positionner plus en tant que professionnelle qu'en tant que mère. De plus elle se montre logorrhéique, recentrant souvent l'entretien sur ses propres difficultés, d'ordre professionnel ou médical, et avec un comportement pouvant être démonstratif. Elle identifie clairement les troubles du comportement de Soline mais qu'elle met au premier plan et sur lesquels elle insiste sans identifier de cause de souffrance sous-jacente. Elle les rationalise par un « refus de son autorité » par Soline, en expliquant ses difficultés à faire respecter le cadre au domicile. Ainsi elle minimise les difficultés de sa fille en centrant son discours sur ses souffrances personnelles qui semblent avoir plus de valeur pour elle.

La mère de Soline peut tenir un discours contradictoire sur sa fille. Bien que nous valorisons les capacités d'adaptation de Soline et soulignons ses ressources, elle la dévalorise, « je ne pensais pas qu'elle tiendrait aussi longtemps avec des règles comme ça quand je vois comment ça se passe à la

maison ». Puis à un autre moment de l'entretien elle pourra d'elle-même parler des capacités d'adaptation de Soline.

Lors de plusieurs entretiens Soline a pu parler, plus qu'avec son père, de son mal-être et même de celui de ses frères et sœurs, qu'elle a finement identifié (agressivité verbale chez sa sœur et toxicomanie chez son frère) et dont elle a fait le lien avec ce qu'ils ont vécu en commun. Lorsque nous évoquons les violences conjugales, Soline a pu s'autoriser pour la première fois à parler de ses ressentis, de son vécu traumatique de cette période et de la sensation de climat insécure au domicile. La mère de Soline reste insensible. Elle a une réaction détachée, voire étonnée, de ce sujet et de potentielles conséquences. Il est difficile de reparler de ces événements. Elle banalise et minimise les situations de violence, notamment en contredisant Soline sur la durée de cette période de conflits. Elle minimise l'impact que cela a pu avoir sur ses enfants qui n'étaient « pas directement concernés » et met alors à nouveau en avant sa propre souffrance de cette séparation et du conflit toujours à l'œuvre.

Soline présentera une tension interne croissante lors de cet échange, que nous pointons, après cette non reconnaissance de sa souffrance. Sa mère n'entend pas que cela est lié aux sujets difficiles évoqués et rationalise l'état psychique de sa fille avec le manque de tabac. A nouveau elle dévalorisera sa fille en mettant en avant le fait qu'elle n'arrive pas à se sevrer contrairement à elle.

La mère de Soline a un discours critique concernant la prise en charge effectuée par l'Aide Sociale à l'Enfance et l'éducatrice référente, ainsi que sur le foyer. En revanche elle valorise l'hospitalisation et dit nous porter entière confiance.

Elle parle beaucoup de la situation conflictuelle avec son ex-mari et a un discours de dévalorisation envers le père de Soline, discours que Soline tient également en miroir des propos de sa mère.

Lors des entretiens familiaux avec le père de Soline, les retrouvailles sont chaleureuses. Il met en avant leurs relations plutôt apaisées en ce moment. Il se montre à l'écoute des difficultés de sa fille et se dit inquiet pour elle et en demande d'aide « pour la comprendre ». Son discours reste très centré sur les difficultés scolaires de Soline, notamment de concentration. Il entend difficilement qu'elles puissent être liées pour une partie de souffrance psychique qu'elles masquent. Il tient des propos dévalorisant sur sa fille, mettant en avant un manque de volonté concernant le scolaire. Il reste surtout dans l'idée de solutions pragmatiques et d'ordre éducatives.

Lorsque nous abordons le sujet des violences conjugales, le père de Soline se montre comme sidéré, ne pouvant rien répondre. Il a besoin d'être ressollicité, pour finalement tenir un discours qui minimise les faits et les élude rapidement, préférant mettre en avant sa capacité de bon père, renvoyant à Soline qu'elle n'a « manqué de rien ». Il minimise lui aussi les faits et l'impact potentiel de ces moments de violence sur Soline. Il a tendance à projeter la faute sur son ex-femme. Soline reste très silencieuse pendant l'entretien. Lors de la rencontre suivante il pourra dire avoir pris conscience de la souffrance sous-jacente aux comportements de sa fille, mais semble très maladroit pour se montrer à l'écoute et pour accueillir ses difficultés.

Soline peut trouver un soutien auprès de sa demi-sœur qui apparaît dans son discours comme une figure ressource.

Un fait important est à noter concernant la sortie d'hospitalisation et illustre un manque de fiabilité parentale. La mère de Soline avait accepté de venir chercher sa fille à sa sortie. Cependant le jour même de la sortie, celle-ci s'est désistée expliquant souffrir de douleurs dorsales l'empêchant de porter la valise. Soline se positionne pour maintenir sa sortie. Devant également l'absence de disponibilité d'éducateurs du foyer, ce retournement de position oblige Soline à rentrer seule en taxi, au pied levé. Lors de l'entretien de sortie Soline va pouvoir se valoriser et mettre en avant les efforts qu'elle a fournis au cours de l'hospitalisation, notamment sur l'arrêt du tabac et la compréhension de certains éléments.

- Discussion :

En étudiant cette situation clinique en s'appuyant sur la théorie de l'attachement, il apparaît qu'un attachement insécuré puisse être un modèle d'explication des comportements de scarification de Soline.

Il existe chez Soline des MIO caractéristiques de l'**attachement insécuré**.

Ses assises narcissiques sont fragiles. Elle a des **représentations d'elle-même négatives**, dévalorisées. Elle accepte difficilement de recevoir des valorisations car elle a une faible estime d'elle-même et pense ainsi ne pas les mériter. Elle manque de confiance en elle. Le fait d'être dans une classe spécialisée "avec des jeunes en difficulté" est vécu comme une blessure narcissique et vient confirmer ses représentations et renforcer sa faible estime d'elle-même.

Elle a également des **représentations d'autrui négatives**. Les autres ne sont pas fiables pour Soline, elle n'a pas confiance en autrui. Elle pense par exemple que sa mère ne viendra pas au premier rendez-vous lors de l'hospitalisation. Elle s'est construit une représentation négative de la sécurité que peut apporter un adulte, elle ne peut pas faire confiance aux adultes et craint le rejet. Toutes ses angoisses pendant l'enfance n'ont pas été entendues et apaisées. Il existait un climat de carences affectives avec un défaut de protection.

Pour se rassurer elle multiplie les demandes. Elle a besoin de venir confirmer la parole d'autrui concernant le cadre en questionnant différents professionnels. Elle a également besoin de vérifier le cadre qui vient sécuriser la parole qu'elle dépose en entretien, semblant craindre une trahison de la parole qu'elle peut déposer.

Elle teste les limites. Elle semble rechercher une faille lui prouvant qu'elle ne peut avoir confiance.

L'attachement insécuré semble être de type A, **insécuré-évitant**. La reconnaissance des émotions est difficile, elles semblent mises à distance, clivées. Soline rationalise son mal être, donne l'impression d'être détachée de ses émotions et doit être étayée pour pouvoir verbaliser. Elle fuit sa souffrance par ses comportements de mise en danger, par le recours à l'agir.

Elle tente de contrôler ses émotions qui la débordent entre autres par les scarifications.

L'étude de l'enfance de Soline nous montre des facteurs de risque d'attachement insécure. D'une part, il existait un **climat insécure** au domicile avec de la **violence conjugale** ayant amené à une **séparation** du couple parental. Les conflits conjugaux violents augmentent en effet le risque d'attachement insécure. Le conflit chronique est source de stress pour les parents et retentit sur leurs capacités de caregiving ; il y a une concurrence entre le besoin de se protéger et celui de protéger son enfant. Ils peuvent également être trop absorbés par leur conflit pour percevoir les comportements d'attachement de leur enfant. Même s'ils ne sont pas menacés directement, être témoin de violence fait vivre aux enfants une peur permanente : peur pour leurs parents qu'ils perçoivent en danger et peur de leurs parents qui montrent de la colère et de la violence. Les comportements d'attachement sont fortement activés, et s'ils ne sont pas reconnus, obligent l'enfant à adopter une stratégie adaptative pour s'apaiser.

La séparation peut avoir des effets négatifs sur l'attachement car remettant toujours en cause l'accessibilité à une figure d'attachement. Elle est une rupture en soi et en entraîne d'autres (changement de résidence, changement de routine...).

On peut donc supposer que les capacités de **caregiving** des parents de Soline a été entravé par ces conflits mais également par la problématique de consommation d'alcool. Ils étaient peu disponibles psychologiquement pour Soline. Leurs difficultés d'ajustement aux émotions de leur fille amènent à s'interroger sur leur **capacité de fonction réflexive**. Ils n'ont pas pu se représenter l'impact de leurs conflits sur leurs enfants, la **souffrance des enfants n'a donc pas été reconnue** et traitée. A l'heure actuelle, on a le sentiment que la souffrance psychique de Soline est toujours très peu entendue d'un côté comme de l'autre. Ils sont tous les deux dans une minimisation des épisodes de violence qu'il leur est difficile d'aborder, sur les faits et sur le plan de possibles conséquences pour leurs enfants. Leur réaction a montré un détachement et une mise à distance, dans un déphasage affectif d'avec leur fille. Ils semblent pouvoir être classés dans la catégorie **état d'esprit détaché** de l'AAI, se montrant indifférents, désengagés émotionnellement à l'égard des expériences relationnelles. La parole ne semble pas être libre autour des expériences relationnelles passées. Cette période douloureuse de l'histoire familiale semble ne jamais avoir été évoquée entre les membres de la famille, puisque Soline nous demande de médiatiser l'abord de ce sujet et est très en demande d'une reconnaissance de cette souffrance. Les troubles du comportement de Soline sont identifiés, mais non entendus comme souffrance, et rationalisés par des difficultés d'ordre éducatives. Madame semble peu sensible au mal-être de sa fille, le minimisant et mettant ses propres difficultés en avant. Elle n'a d'ailleurs pas pu prendre seule la décision d'accepter l'hospitalisation. On peut donc supposer un défaut de sensibilité, selon Ainsworth, mais cela pourrait traduire également ses propres représentations d'autrui négatives lui dictant de la méfiance.

La majoration des passages à l'acte et mises en danger de Soline pourraient peut-être également être une manière de **tester les capacités de caregiving** de sa mère.

La mère de Soline met à l'œuvre de nombreux clivages et ambivalences. Elle clive les différents intervenants, tenant à chacun des discours différents. Elle a un discours critique concernant la prise en charge effectuée par l'ASE et l'éducatrice référente, mais prend contact auprès d'elle pour la décision de l'hospitalisation. Elle se dit en colère contre le foyer, validant pourtant les bienfaits du cadre. Elle critique l'ASE devant les professionnels du SHIP et valorise l'hospitalisation. De même pour ses propos concernant Soline, elle alterne rapidement entre dévalorisation et soutien.

Ces clivages rendent ses réactions imprévisibles. Un tel comportement imprévisible aurait pu être source d'attachement désorganisé dans l'enfance si les réponses aux demandes de Soline étaient changeantes.

Nous n'avons pas d'éléments sur l'histoire de vie de la mère pour savoir si certains événements peuvent expliquer un attachement désorganisé, comme des traumatismes non résolus, ou bien un attachement insécure.

La mère de Soline reste sa figure d'attachement principale et Soline semble être dans un **conflit de loyauté** envers sa mère. Elle a une position ambivalente dans ses liens avec elle et oscille entre le besoin de cette figure d'attachement et de la base de sécurité qu'elle est censée représenter et son rejet par ses aspects négatifs, son manque de fiabilité. Effectivement, elle fugue du foyer pour se rendre chez elle et demande à avoir plus de temps de visites avec elle dans le service mais peut également dire ne pas se sentir entendue, elle manque de confiance et dévalorise ses capacités de protection, « elle dit n'importe quoi aux rendez-vous pour paraître une bonne mère », « elle ne pose pas de limites ». Elle est à la fois protectrice et en parle avec bienveillance quand elle évoque son cancer ou ses périodes d'alcoolisation, et rejetante « elle ne me comprend pas », « on se bagarre », « elle m'insulte ». Elle se montre également ambivalente concernant le foyer, ne peut dire qu'à demi mots qu'elle s'y sent en sécurité et y retrouve un cadre qui lui manquait, car mettant en défaut la fonction maternelle de protection. Comme sa mère, en sa présence, elle a un discours dévalorisant sur son père.

Le mécanisme de séparation est à l'œuvre mais se fait difficilement. Les transgressions éducatives peuvent être vues comme une tentative d'affirmation de soi mais leur intensité laisse à croire que Soline teste encore la sensibilité de sa mère à sa souffrance et la sécurité qu'elle peut lui apporter. Celle-ci, en raison de son cancer et son éthylisme, s'est probablement montrée peu présente et disponible psychologiquement.

Les scarifications pourraient ici représenter une **tentative de séparation** de ce lien aliénant à sa mère.

Les conflits familiaux font, de plus, « **traumatisme** » dans le psychisme de Soline qui se les remémore d'une manière douloureuse, mais sans pouvoir réellement mettre de mots sur cette

souffrance. Ils n'ont pas pu être élaborés. Il ne semble pas y avoir d'exclusion défensive dans son discours. Soline fait un lien entre la recrudescence des transgressions, des mises en danger et des scarifications et la recrudescence d'un mal être qu'elle ne peut exprimer autrement. D'un côté, par ses transgressions éducatives et ses mises en danger croissantes, elle semble chercher la protection et le soutien de sa mère, et doit être dans la surenchère pour l'obtenir. Soline décrit ainsi un défaut de protection de la part de sa mère dont elle pointe la défaillance. D'un autre côté, Soline n'a pas eu de **modèle de régulation** des émotions adapté. Elle n'a pas toujours trouvé de réponse adéquate chez ses parents et fait difficilement confiance à autrui. Elle a dû se détourner de ses émotions et a trouvé l'**expression** et le **soulagement** de celles-ci à travers le corps. Le développement de sa fonction réflexive s'est trouvé entravé et l'élaboration autour de ce geste est pauvre. Les scarifications lui permettent également de **reprendre le contrôle**, après un long vécu de passivité. Ce traumatisme infantile non traité pourrait représenter à l'avenir un facteur de risque d'un attachement désorganisé chez les enfants de Soline.

Le net apaisement de la situation, avec le placement au foyer, montre la part des difficultés relationnelles dans l'explication des troubles. Il se peut que l'éloignement de l'environnement, bien que source d'activation du système d'attachement en lui-même, permette à l'enfant de se sentir plus en sécurité et donc de moins avoir recours à des stratégies adaptatives habituelles.

Soline se montre de plus en plus dans une quête affective avide. Elle est en demande de beaucoup d'attention au foyer et est en recherche d'une relation d'exclusivité. Elle est en quête d'un lien sécurisant et d'une relation de confiance. Le **besoin de l'objet** est ressenti comme **menaçant** avec un besoin de s'en défendre, et de se défendre de cette nécessité. La présentation de toute-puissance et l'ambivalence par rapport au soin s'inscrit dans ce contexte de menace de dépendance envers l'autre. Soline et son entourage recherchent la bonne distance pour créer un lien non menaçant.

Elle semble avoir pu tester au foyer un début de relation sécurisée avec un éducateur et l'hospitalisation lui a permis une nouvelle expérimentation de liens sécurisés. Soline a pu tester une relation de confiance, par l'écoute par les soignants de ses paroles et de ses actes. Elle a pu trouver une **nouvelle base sécurisée**. L'apaisement dans son comportement s'est ressenti quand elle a pu commencer à faire confiance et à être moins méfiante. Son attitude de toute-puissance défensive initiale a progressivement laissé place à une relation apaisée, sans méfiance. C'est à partir de là qu'elle a également pu s'ouvrir plus sur elle, illustrant la notion de balance dynamique entre attachement et exploration.

Cette attitude défensive était également probablement en lien, pour une part, au phénomène de groupe et de jeux d'identifications à l'adolescence.

Les atteintes corporelles de scarifications, et la brûlure, ont constitué des moyens d'entrer en lien avec les soignants et des moments privilégiés de verbalisation. Les scarifications, souvent la nuit, étaient un moyen de demande de réassurance. Sa fonction réflexive a été sollicitée pendant les prises en charge et

elle a pu commencer à démêler ses sentiments de colère, de tristesse, de peur notamment et réfléchir sur des moyens à mettre en place pour gérer ses ressentis négatifs pour avoir moins besoin de passer par des actes. La mise en mot et la verbalisation progressent pendant l'hospitalisation. Elle pourra solliciter directement le soignant en cas d'angoisse.

Ses **représentations** d'autrui négatives ont pu commencer à évoluer, en pouvant attribuer moins de méfiance et plus de confiance en l'adulte. Les questionnements autour du cadre sont une autre manière d'entrer en contact et lui ont permis de pouvoir progressivement accorder de la confiance dans la parole d'autrui devant l'unicité et la stabilité des réponses obtenues.

Elle a pu tester sa valeur, en testant la solidité des soignants face à ses attitudes de provocation et de toute puissance. Elle n'a pas obtenu de rejet, ce qui a pu avoir un impact sur ses représentations d'elle-même. Elle pourra même se valoriser lors de l'entretien de sortie.

Le cadre thérapeutique, par sa contenance, lui a probablement permis de retrouver ses limites dont l'instauration a pu être entravée par des défaillances de caregiving.

Le début des troubles externalisés de Soline au moment de la puberté permet d'envisager que les scarifications et les troubles du comportement ont un autre modèle d'explication du côté des remaniements pubertaires. Ils permettent de reprendre le contrôle sur le corps. De plus, les affects dépressifs émergent rapidement derrière les mises en acte que ces dernières masquent. L'agir représentant un moyen de lutte contre la dépression.

#### - Evolution :

Après l'hospitalisation, Soline a continué la prise en charge au CMP et sur un groupe de parole. Les conduites de scarifications se sont arrêtées. Soline faisait plus de liens avec son histoire, mettait plus de sens et décrivait le groupe auquel elle participait comme quelque chose de contenant, rassurant. En revanche, Soline a majoré ses consommations de toxiques (alcool et cannabis), illustrant le lien évoqué de ces comportements avec les addictions. Les troubles du comportement continus et il s'agit dernièrement de passages à l'acte type délinquance ou de crises clastiques majeures associées à ces consommations.

Elle a pu réinvestir sa scolarité et réaliser différents stages, dont un en boulangerie (profession de sa demi-sœur) dans lequel elle a pu particulièrement s'investir et a pu tenir malgré des horaires difficiles. Ce stage a permis une revalorisation.

La relation duelle avec sa pédopsychiatre reste toujours menaçante pour Soline qui investit difficilement les entretiens. Un moment d'alliance est apparu autour d'un examen de spirométrie pour son asthme. Par la connaissance de cet examen et de ses sensations physiques par son médecin elle s'est sentie comprise, la dimension corporelle en jeu a permis cet échange. Soline a en revanche plus investi son généraliste et exerçait des clivages entre les deux médecins, notamment par rapport à la prescription médicamenteuse.

Lors des entretiens familiaux au CMP, les clivages sont toujours à l'œuvre, les deux parents ont pu parler de leur mécontentement de cette hospitalisation et notamment du fait de l'évocation des violences conjugales. Les parents continuent de ne pas reconnaître les souffrances de leur fille et les mêmes entretiens centrés sur leur difficulté ont été observés.

Les soignants du groupe notent l'importance de la notion de confiance pour Soline. Ils notent également toujours ce positionnement délicat entre réponse à une demande d'aide et le rejet si le soignant est trop proche.

## **2- Angèle**

Angèle est une jeune fille de 13 ans que je rencontre lors de sa troisième hospitalisation au SHIP.

### **- Antécédents médico-chirurgicaux :**

Dans ses antécédents médico-chirurgicaux, on retrouve un asthme et des allergies aux acariens et au pollen, un surpoids.

Il n'y a pas de traitement en cours lors de l'admission dans le service.

### **- Antécédents psychiatriques :**

Il existe un suivi pédo-psychiatrique depuis l'âge de 5 ans, mais discontinu avec plusieurs arrêts et des changements de médecins.

Angèle a déjà été hospitalisée deux fois au SHIP, à un mois d'intervalle, hospitalisations d'une dizaine de jours chacune. Angèle avait arrêté brutalement son suivi deux mois avant la première hospitalisation. Un suivi libéral a été mis en place à la sortie d'hospitalisation avec un relais prévu sur un CMP pour une prise en charge de groupe. Un traitement médicamenteux par Loxapac® avait été introduit pendant la 1<sup>ère</sup> hospitalisation et a été arrêté depuis.

### **- Biographie :**

La mère d'Angèle était âgée de 17 ans au moment de la grossesse. Elle habitait alors chez sa mère puis à la naissance d'Angèle elle s'est installée avec le père. Elle pourra nous dire que cette grossesse était désirée mais qu'elle a été vécue comme « difficile » du fait du « regard des autres » et du manque de soutien de la part de sa famille.

Il existait dans le couple des violences conjugales du père d'Angèle sur sa mère. Angèle aurait été présente lors de certaines scènes. Madame pourra nous dire que « malgré cela il s'occupait bien d'elle » et que c'est pour cela qu'elle est restée en couple avec lui pendant plusieurs années. Les parents d'Angèle se sont séparés alors qu'elle avait 5 ans.

Le père d'Angèle est atteint d'une pathologie psychiatrique et, suite à la séparation, il est allé en CHRS et n'aurait ensuite plus honoré ses droits de visite et d'hébergement. Au moment de l'hospitalisation Angèle n'a presque plus de nouvelles de son père depuis environ un an et demi, les contacts se limitent à de brefs contacts téléphoniques très épisodiques.

Angèle est l'enfant unique du couple. Elle a un demi-frère de 1 an du côté maternel. Sa mère ne vit plus avec le père de ce second enfant. Du côté du paternel, elle a un demi-frère de 15 ans et une demi-sœur de 6 ans.

Sur le plan scolaire, Angèle a redoublé son CP et a été exclue du collège en 6<sup>ème</sup>. Il est question du redoublement d'une 6<sup>ème</sup> ordinaire au moment où je la rencontre. Au moment de l'hospitalisation il n'y avait pas encore d'établissement d'affectation.

#### - Histoire de la maladie :

Les troubles d'Angèle ont commencé après la séparation du couple par des troubles du comportement pour lesquels elle a été suivie en pédopsychiatrie.

Dans l'histoire récente, Angèle a été hospitalisée pour la première fois à la Clinique Médicale Pédiatrique du CHU de Nantes environ 10 mois avant cette dernière hospitalisation, suite à un état d'agitation au domicile de sa mère. Un signalement, a été effectué lors de cette hospitalisation car devant ces troubles du comportement, à type de crises d'agitation récurrentes, la mère d'Angèle ne voulait plus l'accueillir à son domicile. Un placement en famille d'accueil provisoire a été décidé par la suite, dans le cadre d'une mesure administrative, car ce placement était également demandé par la mère d'Angèle. Des visites médiatisées avaient également été mises en place. Le maintien en famille d'accueil a été difficile, Angèle y multipliait les mises en danger (fugues, alcool, cannabis ...). Suite à l'échec de deux familles d'accueil, Angèle est retournée brièvement chez sa mère, qui, dépassée par le comportement « ingérable » de sa fille l'a confiée à sa mère. Un suivi psychiatrique avait été remis en place mais Angèle y a mis fin brutalement.

Cinq mois après, Angèle est réhospitalisée en urgence, suite à des agitations clastiques chez sa grand-mère où elle était alors hébergée. La mère d'Angèle était en demande d'aide. Angèle rapportait des idées suicidaires. Le mois précédent elle avait fait part, en consultation, d'une tristesse de l'humeur, d'idées suicidaires sans scénario, de troubles du sommeil à type de cauchemars et de troubles de la concentration. Au-delà du mal-être ressenti par Angèle, le contexte de cette nouvelle hospitalisation était particulier, angoissant pour Angèle, car une audience devait avoir lieu quelques jours plus tard dans le but de judiciariser la situation, l'Aide Sociale à l'Enfance ne parvenant pas à travailler avec la mère. Celle-ci est en difficulté pour entendre que les troubles présentés par sa fille seraient en lien avec des difficultés anciennes dans la relation mère/fille et qu'un travail est à réaliser sur ce lien. L'audience a eu lieu pendant l'hospitalisation en pédiatrie. Il a été prononcé un placement en foyer en accord avec la mère d'Angèle, qui se sentait débordée par le comportement de sa fille, avec le droit à une visite médiatisée tous les 15 jours ainsi que des appels et courriers médiatisés car elle expliquait

ne pas se sentir prête pour des droits de visite libre et d'hébergement. Malgré cette demande de la mère, celle-ci peut avoir un discours contradictoire en se montrant, à certains moments, dans l'alliance avec sa fille contre le placement.

La première hospitalisation au SHIP s'est faite quelques jours après cette audience. Au moment de son admission, il n'y avait plus de lieu d'accueil pour Angèle, l'ASE était en recherche de foyer. A sa sortie elle a été hébergée en gîte d'enfants. L'hospitalisation avait été écourtée car Angèle était trop envahie psychiquement par la problématique de l'hébergement n'était pas accessible à un travail. Un suivi en consultation avait été instauré.

La seconde hospitalisation a eu lieu un mois plus tard. Elle avait été programmée suite à une consultation de suivi durant laquelle Angèle s'était présentée triste, avec des idées noires et de nombreuses scarifications sur les bras. Elle semblait avoir vécu sa sortie d'hospitalisation comme un rejet. La durée de cette nouvelle hospitalisation avait été fixée à l'avance pour limiter ce vécu de rejet et les angoisses d'abandon. L'accueil en gîte d'enfants se passait bien, les relations avec les autres jeunes étaient bonnes. Angèle était complètement déscolarisée à cette période.

Malgré le cadre posé pour la durée d'hospitalisation, la sortie est à nouveau vécue comme un abandon. Angèle proteste contre la date de sortie et tente d'inquiéter le soignant dans une attitude provocatrice et avec des menaces suicidaires. La veille de la sortie elle présente un passage à l'acte auto-agressif en ingérant trois cuillères de dissolvant. Elle expliquera clairement par la suite, avec peu d'élaboration, avoir fait cela pour rester hospitalisée. Il n'y avait pas d'intentionnalité suicidaire, mais il s'agissait pour elle d'une manière d'exprimer sa colère. Il était noté que pendant cette hospitalisation Angèle semblait beaucoup attendre de l'autre et renvoyait régulièrement les soignants à de l'insuffisance « vous ne me proposez rien », « vous ne me gardez pas assez longtemps ».

Au moment de cette 3<sup>ème</sup> hospitalisation, Angèle est hébergée en foyer depuis un mois. La famille d'accueil trouvée avait mis fin à son accueil devant la majoration des comportements auto-agressifs. Angelina et sa mère se voient lors de visites médiatisées tous les 15 jours.

#### -Déroulement de l'hospitalisation :

Angèle est une adolescente métisse, en surpoids et paraissant physiquement un peu plus que son âge. Elle expose de larges cicatrices de scarifications sur les avant-bras, à peine dissimulées.

La 3<sup>ème</sup> hospitalisation, celle où j'ai été amenée à rencontrer Angèle, s'est faite à sa demande. Angèle s'est présentée seule à la porte du service. Elle expliquait alors « aller mal » et avoir fugué de son foyer. Elle verbalisait une demande d'aide en demandant à être hospitalisée.

Nous avons donc prévenu le foyer de la présence d'Angèle dans le service et, afin de maintenir le cadre de toute hospitalisation, nous avons demandé à ce qu'un éducateur puisse accompagner Angèle aux urgences pédiatriques, passage obligé avant une hospitalisation en urgence. Angèle a ensuite été admise le soir même.

Lors d'une admission en urgence, un « protocole d'entrée en urgence » est systématiquement mis en place. Il s'agit d'un temps de 24h en chambre, en pyjama, avec les repas pris en chambre. Angèle a initialement accepté ce cadre, mais au cours de la journée elle a eu de plus en plus de mal à le respecter. Il lui était difficile de rester seule en chambre et elle multipliait les demandes au soignant allant jusqu'à tenir des propos de menaces auto-agressives par scarifications pour que l'on accède à ses demandes.

Pendant l'hospitalisation, Angèle a eu beaucoup de demandes auprès des soignants et elle paraissait très avide de pouvoir avec des temps privilégiés avec les soignants, notamment de maternage. Cependant les demandes d'attention soignante passaient principalement par le mode des scarifications. A plusieurs reprises elle est venue trouver les soignants les bras en sang pour des soins de nouvelles plaies, lui permettant d'avoir des temps particuliers avec les infirmiers. Angèle pouvait même être, verbalement, dans la surenchère ou le chantage de ses conduites auto-agressives lorsqu'il lui était demandé de différer une demande, dans une certaine maîtrise de la relation.

Lors des trois hospitalisations le même tableau clinique est retrouvé.

En entretien individuel, on retrouve principalement des éléments dépressifs. Angèle se présente avec un faciès triste, s'exprime sur un ton monocorde et paraît ralentie. Elle est dans l'échange lorsqu'on la sollicite mais l'élaboration est pauvre et elle verbalise peu d'affects. Il lui est difficile de mettre en mots ses ressentis sans étayage et peut parfois paraître « vide ». La thymie est triste, elle évoque son moral en disant « je ne vais pas bien, je me sens mal du coup, je fais des crises ». Il y a peu d'élan vital, elle reste très passive. Angèle fait un lien avec sa tristesse et sa situation actuelle en foyer séparée de sa mère. Elle a un vécu douloureux du placement et semble en avoir compris que c'était « de ma faute », il existe une certaine tristesse de cette situation. Elle peut nous expliquer son mal-être récent, l'ayant amené à demander de l'aide, par le fait qu'elle aurait eu récemment des nouvelles de son père par l'intermédiaire de cousines.

Lors de cette hospitalisation il n'est pas question d'idées suicidaires.

Des affects dépressifs ont pu émerger également lors d'ateliers thérapeutiques avec des questionnements et des écrits sur la mort et le suicide, dont elle a écrit trois méthodes (se tailler les veines, prendre des médicaments, se pendre).

Angèle a une vision très dépréciée d'elle-même, elle se dévalorise. Cette dévalorisation ressort en entretien mais également lors des prises en charge groupales par des dévalorisations de ses productions en salle d'activité « ca ne vaut pas la peine d'en parler ».

Elle évoque son incapacité à être seule, constatée pendant l'hospitalisation. Il lui est effectivement difficile de rester un temps seule en chambre, elle sort et vient trouver les soignants pour de multiples demandes. Elle semble rechercher l'occupationnel pour combler un vide trop angoissant. Le moment du coucher est souvent compliqué. Il existe des difficultés d'endormissement avec une tension interne et

des plaintes somatiques. Elle explique qu'il s'agit d'un moment de la journée compliqué depuis longtemps, surtout depuis le placement, c'est un moment durant lequel elle pense beaucoup à sa mère. Elle a pu, bien que difficilement initialement, accepter un accompagnement infirmier au coucher, pouvant dire se sentir apaisée par une présence et une écoute dans ces moments là qui l'aident à se calmer. Elle apprécie les massages de mains proposés à ce moment.

On retrouve également chez Angèle un sentiment d'insécurité, particulièrement présent quand elle est seule. Elle évoque alors la violence de son père et dit se sentir en sécurité dans le service « il ne peut pas débarquer comme il faisait quand il venait taper ma mère ».

Angèle semble parfois avoir un discours plaqué de propos entendus « mon père est un fou, il est violent, il s'énerve vite comme moi » et un discours pouvant coller à celui de la mère, notamment autour d'une pathologie psychiatrique.

Lorsque nous abordons sa famille, il ressort d'importantes angoisses d'abandon dans son discours. Elle pourra dire que sa mère ne voulait plus d'elle, qu'elle ne veut plus la reprendre, qu'elle ne vient pas aux visites ... Angèle demandera à plusieurs reprises si malgré « tout ce que je fais » elle pourra encore revenir en hospitalisation. « Vous n'allez plus vouloir de moi ? ». Elle s'interroge sur la suite de la prise en charge.

Elle se montre très ambivalente sur sa demande d'aide car bien qu'ayant demandé d'elle même cette hospitalisation et exprimé vouloir être aidée sur ses « idées noires », son moral et son comportement qu'elle ne parvient pas à maîtriser (insultes, hétéro-agressivité), elle se saisit difficilement des propositions qui lui sont faites.

Concernant ses scarifications, elle peut expliquer que la douleur physique la soulage lorsqu'elle est débordée par des émotions.

Malgré tout elle s'oppose passivement à ce qu'on peut lui proposer, l'élaboration est faible et il est difficile d'initier un travail psychique. Angèle investira surtout les temps de prise en charge autour du corps : bains thérapeutiques, massages. Elle participera à un atelier de psychomotricité dans lequel elle est bien en lien avec les autres jeunes et peut faire preuve d'humour. Elle a également bénéficié d'une séance de musicothérapie.

Le bilan psychomoteur retrouvait un développement disharmonieux avec des compétences visuo-spatiales et motrices efficaces mais une compréhension du temps et une image du corps perturbée. Il existe une difficulté de représentation et d'intégration des limites du corps, de l'autre non-moi. La différenciation tant sur le plan psychique que psychocorporel est donc à travailler.

Avec ses pairs, Angèle peut en revanche se montrer très animée voire motrice dans le groupe. Elle s'est montrée rapidement à l'aise, mais elle est facilement perméable à l'agitation du groupe pouvant même en être à l'origine. Elle monopolise la parole et l'attention. Lors des groupes thérapeutiques il lui est difficile d'écouter les autres. Elle est souvent dans le mimétisme et dans une relation de « collage » à ses pairs, notamment lors d'activités, dans ses décisions et ses demandes, elle peut par exemple demander à avoir un traitement par Tercian® comme un autre jeune. Angèle est peu sensible au cadre. Sur le groupe de pairs, elle peut se montrer dans la provocation et l'opposition avec les adultes alors qu'en relation duelle il n'y a pas d'agressivité dans l'échange, le contact est bon.

Il est observé un comportement de remplissage alimentaire lors des repas.

Concernant les relations familiales, nous pouvons retenir de la première hospitalisation, d'après le dossier médical et l'équipe infirmière alors présente, un événement intéressant.

Angèle s'est agitée de façon soudaine la veille du premier entretien familial prévu avec sa mère, sans facteur déclenchant apparent. Cet épisode a nécessité un traitement sédatif et une nuit en chambre d'apaisement. Par la suite Angèle a remis aux soignants un papier sur lequel sa mère avait listé des symptômes censés décrire le vécu de sa fille. Cette liste semblait être tirée d'un manuel de psychiatrie et décrivait des symptômes psychotiques (« désintégration de la personnalité », « perte de contact avec la réalité », « froide », « bizarreries » ...). Le lendemain Angèle était apaisée et a pu participer à l'entretien avec sa mère. Elle adoptait une présentation assez démonstrative, fermée, apparaissant comme encore séditée par le traitement reçu la veille. Cette présentation a rapidement disparu quand elle retournée dans l'unité. Ces deux faits nous interrogent sur l'importance pour Angèle de coller à l'image de « malade » que sa mère lui attribue.

Lors de l'entretien, la mère d'Angèle était à la recherche d'une explication du côté d'une pathologie psychiatrique pour les troubles du comportement de sa fille, comme le laissait supposer la liste établie.. Elle dit retrouver chez sa fille des troubles présentés par le père d'Angèle. Elle semblait attendre beaucoup d'un traitement médicamenteux. L'accent a été mis sur les éventuelles difficultés dans les interactions précoces et sur le travail des relations mère-fille au niveau de la mesure socio-éducative. Cette présentation a peut être permis à Angèle de se mettre à distance des propos maternels rejetants lors de l'entretien et de l'évocation de la violence conjugale.

Lors de cette 3<sup>ème</sup> hospitalisation, le lendemain de son admission une visite médiatisée, avec la psychologue de l'ASE, était prévue entre Angèle et sa mère. Cette visite a été maintenue dans le service et a été suivie d'un temps d'entretien. Ce temps a été difficile pour Angèle qui ne pouvait pas être dans une écoute ni dans un échange apaisé. Son discours était teinté de reproches envers sa mère et d'angoisses d'abandon et elle était difficilement canalisable et réassurable. L'entretien a du être écourté.

Un deuxième rendez vous avec la mère d'Angèle a eu lieu, dans le cadre des entretiens hebdomadaires avec les familles. Ce temps, contrairement au premier, s'est déroulé de manière apaisée. La mère d'Angèle nous a questionné d'abord sur le champ de la pathologie psychiatrique, comme lors de la précédente hospitalisation, mais elle semblait cependant entendre lorsque nous évoquons des difficultés du lien mère-fille. Dans un second temps, nous sommes revenus sur la grossesse, la naissance et la petite enfance d'Angèle jusqu'à la séparation des parents et les premières difficultés comportementales. Angèle a pu amener sa mère à parler des violences physiques que celle-ci a subies.

Angèle semble avoir bien identifié le SHIP comme un lieu ressource et cette hospitalisation lui a surtout permis de tester la solidité de l'accompagnement qui peut lui être proposé au SHIP malgré ses comportements (scarifications, tests du cadre ...). La notion de confiance a pu être travaillée.

Dès le premier jour d'hospitalisation nous avons posé une durée d'hospitalisation, au vue des dernières hospitalisations, afin de limiter un sentiment d'abandon ou de rejet qu'Angèle pourrait ressentir de notre part. Il s'agissait d'une hospitalisation courte d'une semaine. La sortie s'est faite dans le calme.

A la sortie d'hospitalisation, le suivi instauré en libéral continu, elle a un rendez-vous dès le lendemain de sa sortie. Une demande de relais sur un CMP est en cours pour une prise en charge groupale.

Lors d'une synthèse avec l'ASE deux mois plus tard, nous apprenons qu'Angèle se met de plus en plus en danger, continue ses conduites de scarification, s'alcoolise, fugue. Le relais avec le CMP est prévu dans 15 jours. Les relations à la mère restent très conflictuelles.

#### - Discussion :

Dans ce tableau clinique associant des scarifications, des mises en danger et des éléments dépressifs, on retrouve également des caractéristiques d'un **attachement insécuré**.

Angèle a des représentations d'elle-même négatives, elle a une faible estime d'elle-même et se dévalorise. Il ressort de son discours la présence de failles narcissiques majeures. Ses relations d'attachement sont marquées par des **angoisses d'abandon**. La mise en mots de ses ressentis est difficile, elle a besoin d'un grand étayage. Les capacités d'élaboration sont faibles. Les capacités de fonction réflexive d'Angèle sont limitées, ce qui interroge sur le caregiving parental et le propre attachement des parents.

De plus Angèle ressent une culpabilité importante vis-à-vis de son placement, s'en sentant entièrement responsable, ce qui peut avoir majoré ses représentations négatives. Sa mère qui est en difficulté dans la relation avec sa fille ne veut plus l'accueillir à son domicile, fait pouvant être vécu comme un rejet pour Angèle et majorer ses angoisses d'abandon et sa dévalorisation.

Il semble que le pattern d'attachement d'Angèle soit **insécuré-évitant** car de la même façon que Soline, elle est clivée de ses affects. Elle peut être dans le collage avec ses pairs.

On pourrait cependant s'interroger sur un attachement désorganisé, ou évitant-désorganisé, devant les troubles du comportement pendant la petite enfance qui peuvent nous interroger sur des épisodes de désorganisation. Mais également devant l'épisode d'instabilité qu'Angèle a présenté lors du premier entretien avec sa mère, qui a été très difficile pour Angèle. Cet état d'agitation anxieuse et d'instabilité était-il fait d'éléments désorganisés d'activation du système d'attachement ?

On retrouve dans l'histoire de vie d'Angèle des facteurs favorisant l'attachement insécuré, puisqu'elle a été témoin de **violence conjugale**, violences prolongées dont Angèle a été témoin jusqu'à ses 5 ans, dont nous avons évoqué avec le cas de Soline les possibles retentissements sur le caregiving et sur les stratégies d'attachement. De plus, lors de cette période on peut supposer que le caregiving du père d'Angèle, du fait de sa **pathologie psychiatrique**, pouvait être défaillant, tant dans la discrimination des réactions émotionnelles, et donc de leur réponse, que dans la disponibilité psychique. Son admission en CHRS après la séparation peut laisser imaginer une disponibilité psychique modérée, s'il était de plus en difficulté socialement. Il existe également des facteurs de **discontinuité** avec une **séparation** parentale puis des contacts très occasionnels avec un père qui n'honorait plus ses droits.

Du côté de la mère, qui a vécu une grossesse adolescente, on retrouve un manque de soutien de la part de sa famille. Elle donne peu de détails émotionnels de sa grossesse et de la petite enfance d'Angèle. Lors des entretiens familiaux elle a pu évoquer les violences conjugales de manière assez désaffectivée. On peut faire l'hypothèse qu'elle même ait un attachement insécuré-évitant. Le **caregiving maternel** a pu être également **défaillant**. On peut voir la difficulté de cette mère à s'imaginer les ressentis de sa fille. Elle est en difficulté pour s'occuper de sa fille et ne voit dans ses troubles du comportement qu'une explication du côté de la pathologie psychiatrique. Elle expliquait être resté avec son mari malgré la violence, car « malgré tout c'était un bon père », illustrant un **défaut de protection**.

Angèle a pu alors se construire une représentation négative de la fiabilité et de la sécurité des adultes.

Les **angoisses d'abandon** sont très présentes chez Angèle, elle les évoque de manière récurrente dans son discours, de même que des vécus d'insécurité. Les sorties d'hospitalisation ont été vécues à deux reprises comme des abandons et elle renvoie souvent les soignants à leur insuffisance d'attention envers elle. Si le soignant est trop loin, les angoisses d'abandon sont au premier plan, à l'inverse trop près il peut être menaçant. Les comportements de remplissage alimentaire s'inscrivent dans cette composante abandonnique.

Angèle a vérifié par ses comportements la solidité du lien qu'elle a créé avec le service. Elle s'interroge sur la suite de la prise en charge, questionne le lien « est-ce je pourrais être encore hospitalisé avec tout ce que je fais ? », « jusqu'à quel âge je peux venir ? » ... Alors que ces mêmes comportements ont épuisé et débordé son entourage familial, elle a pu voir que le service est toujours

prêt à la réaccueillir, qu'il ne l'abandonne pas. Cela a pu influencer de manière positive ses représentations, car en rejouant les mêmes choses qu'avec sa mère, elle a testé une réponse différente. Angèle a identifié le service comme un lieu sûr. Elle demande d'elle-même à être hospitalisée. Elle a pu se rassurer sur la continuité du soin pouvant être proposé, et tester cette continuité par cette nouvelle hospitalisation, tout en apprenant la discontinuité car cette hospitalisation est forcément différente des autres même si elle peut y trouver la même sensation de sécurité (fonction maternelle de l'hospitalisation). Elle a pu expérimenter une nouvelle base sûre lors de ses dernières hospitalisations. Le cadre posé est très important permettant à Angèle un contenant et une fiabilité.

Les troubles du comportement ont commencé après la séparation de ses parents, période de perte de repères pour Angèle, de perte d'une de ses figures d'attachement, mais également d'instauration d'un lien unique à la mère qui semble compliqué pour cette dernière qui ne peut gérer le comportement de sa fille. Puis le recours à l'agir a débuté, par des moments d'agitation puis des passages à l'acte avec des mises en danger et le recours aux scarifications, au moment du début de l'adolescence. Nous avons vu que ce comportement s'inscrit, de plus, sur un terrain comprenant des affects dépressifs, réactionnels à la situation sociale de séparation.

L'agir pouvant prendre ici la fonction d'une **reprise de contrôle** sur des situations passivantes et anxiogènes ou bien une forme d'expression de la dépression ou de lutte contre celle-ci.

Les gestes auto-agressifs, typiques, prennent chez Angèle différentes fonctions.

Ils sont un mode de **communication**, une manière d'interpeller l'autre. Elle ne peut demander de l'aide directement à un soignant dans des moments d'angoisse et doit passer par des attaques corporelles ou des menaces de passage à l'acte. C'est un moyen de maîtrise de la relation.

Ses scarifications ont également une dimension de **régulation des affects**, de recherche d'un soulagement. Mais également d'expression d'un mal-être. De même que d'autres mises en danger comme l'ingestion de dissolvant qui a été une forme d'expression de sa colère et de son mécontentement.

On peut également supposer qu'elles lui permettent d'assurer un **sentiment d'identité** qui pourrait être menacé par des affects non contenus, d'autant plus que le bilan psychomoteur a relevé des troubles des limites.

Enfin la **question des liens et de la séparation** semble ici importante. Angèle a des difficultés de différenciation, d'individualisation. Elle est dans une relation ambivalente, aliénante à sa mère, pouvant d'un côté coller à son discours (notamment pour la pathologie psychiatrique) et de l'autre être envahit par des angoisses d'abandon. Elle est prise dans un conflit de loyauté, rendant difficile l'investissement durable d'une famille d'accueil, d'autant plus que sa mère dans un discours contradictoire par moments peut se dire contre ce placement.

Les scarifications pourraient représenter une tentative de **séparation symbolique** de cette relation.

Ses scarifications surviennent au début de la puberté avec la réactivation œdipienne, mais avec la difficulté de régler sa situation œdipienne quand son père est absent. Angèle semble être dans une recherche d'identification du côté paternel, elle a pu lors d'un atelier faire des recherches sur le pays d'origine de son père, et bien que dans un collage au discours de sa mère elle peut revendiquer des éléments d'une pathologie psychiatrique comme lui.

Nous avons constaté que dans le groupe Angèle colle beaucoup aux autres jeunes. Cela pourrait être une conséquence d'un attachement insécuré mais une part pourrait être liée au processus d'identification de l'adolescence, de recherche de modèles et d'appartenance à un groupe.

Lors de cette hospitalisation, Angèle s'est surtout saisi des temps de médiations corporelles (bain thérapeutiques, massages ...) dans une grande demande de maternage et de temps privilégiés avec les soignants.

- Evolution :

Quelques mois après sa sortie d'hospitalisation, Angèle a quitté le foyer, les professionnels n'arrivaient plus à la contenir. Bien que les scarifications se soient arrêtées suite à l'hospitalisation, les mises en danger se sont majorées, notamment avec des conduites à risque sexuelles, des fugues (entre autre à Paris), et avec des consommations de toxiques régulières (alcools forts en grandes quantités et cannabis). Par ces consommations, elle donne l'impression de combler un vide, issu de sa composante abandonnique. Elle a été accueillie dans un gîte, accueil qui a été marqué par un apaisement transitoire des prises de toxiques avant une reprise massive.

Après la sortie d'hospitalisation, un suivi au CMP a commencé. Angèle est reçue en entretiens médicaux et dans le cadre d'une prise en charge en individuel avec deux infirmiers. Angèle est très régulière dans ses venues. Une relation de confiance s'est instaurée. Elle peut s'autoriser à régresser lors de ce temps, elle y vient avec son doudou « Tatouvu » et suce son pouce, en recherche de relations maternantes.

Les relations avec la mère restent identiques, celle-ci continue à interroger les professionnels sur une maladie psychiatrique et n'entend toujours pas la souffrance de sa fille. Angèle n'a pas un positionnement adapté avec sa mère, elle s'inquiète notamment que celle-ci ne trouve pas de compagnon.

## D - Apports de la théorie de l'attachement à la prise en charge

Les modalités de prise en charge des scarifications sont, à l'image du nombre de définitions, de classifications, et de modèles psychopathologiques, très diverses. Ainsi, la prise en charge des comportements de scarification doit être intégrée, articulant plusieurs axes thérapeutiques.

La théorie de l'attachement est un modèle parmi d'autres. Elle amène de nouvelles cibles à l'action de la psychothérapie, en apportant de nouveaux concepts pour la compréhension des phénomènes mentaux. Comprendre que les troubles du comportement peuvent être liés à des besoins d'attachement insatisfaits et représentent des stratégies pour maintenir un lien tout en se protégeant du rejet ou de l'abandon, permet d'adapter la réponse à apporter en tenant compte de ces besoins.

Des programmes d'intervention basés sur la théorie de l'attachement existent dans les pays anglo-saxon pour les prises en charge précoces parents-jeunes enfants, permettant, en outre, d'améliorer la sensibilité des parents et la sécurité des enfants, et dont l'efficacité a été prouvée par des études et retrouvée dans des méta-analyses (dont celle de Van IJzendoornen 2005, citée dans [86]). Les recherches actuelles sur la théorie de l'attachement concernent principalement son application thérapeutique.

Il n'y a **pas de protocole spécifique** de prise en charge des comportements automutilateurs, ni de recommandations. Avant toute prise en charge doit être réalisée une évaluation précise, du tableau clinique et du contexte, selon le modèle bio-psycho-social. Le projet thérapeutique est individualisé en fonction de cette évaluation et adapté à la problématique individuelle et familiale, bien qu'il y ait pour tous des lignes directrices de prise en charge que nous allons voir.

« Les automutilations sont tout à la fois demande agie d'attention, expression d'agressivité, tentative pour lutter contre un rapproché psychique vécu comme intrusif et recherche de pare-excitation. La réponse doit donc concilier : marques d'intérêt, réintroduction de limites, de différenciation et de distance, prise en compte de l'agressivité transférentielle et contre-transférentielle, enfin, il faut souvent agir pour être entendu de ces patients » [93].

Dans cette partie nous allons, dans un premier temps, évoquer les modalités de prise en charge avec l'importance de la relation thérapeutique et de la prise en charge institutionnelle. Puis nous évoquerons brièvement la prise en charge médicamenteuse, avant de s'arrêter sur les psychothérapies, en détaillant l'apport de la théorie de l'attachement. Nous finirons par évoquer de manière succincte la prise en charge familiale.

## 1 -Les modalités de prise en charge générale et la prise en charge institutionnelle

La **relation thérapeutique**, que nous développerons surtout dans la troisième partie, est **primordiale** dans la prise en charge et notamment le **premier contact** établi avec l'adolescent. Les scarifications provoquent de puissantes réactions : de peur, de confusion, de malaise, d'incompréhension, d'impuissance ... et pour pouvoir être soignant, les professionnels vont devoir trouver une juste distance, entre ressenti de la souffrance du jeune et désir de mise à distance de cette vision. Mais également une **juste à distance dans la relation** à l'adolescent pour lequel la relation peut être ressentie comme intrusive s'il est trop près du soignant ou vécu comme un rejet ou une indifférence s'il est trop loin. Il est important que le sujet **se sente compris** et sente qu'on lui **porte un intérêt**, « le fait qu'un adolescent perçoive rapidement que son interlocuteur est au fait de sa problématique et sache manifestement de quoi il s'agit et quelles attitudes thérapeutiques adopter constitue une amorce aux soins précieuses » [51]. Cela passe par la distinction entre scarification et phlébotomie ainsi que par l'évaluation de ce comportement (contexte de survenue, réaction dans l'après coup, état d'esprit, pensées qui conduisent à l'automutilation ...) et par le temps pris pour établir ce contact. Ce sentiment d'être compris facilite la suite de la prise en charge, en permettant la mise en place d'une **confiance**. De même l'attitude non verbale est très importante pour l'adhésion dans la suite des soins : écoute bienveillante, posture apaisante, discours empathique sans jugement.

Un des premiers temps de la prise en charge est celui des **soins locaux** avant l'évaluation, ou si le geste a lieu en hospitalisation, avant un temps de reprise en entretien pour permettre une élaboration sur ce passage à l'acte et du ressenti interne.

Les scarifications, qui tendent souvent à être laissées à deviner, devraient être recherchées de manière systématique lors d'une consultation, car la souffrance n'est justement pas verbalisable. Les scarifications peuvent être découvertes lors d'une consultation ou bien l'adolescent est adressé aux urgences suite à un tel comportement ou encore elles peuvent survenir pendant une hospitalisation. Il s'agit dans un premier temps, pour les deux premiers cas de figure, de savoir si la prise en charge peut se faire en ambulatoire ou si elle nécessite une hospitalisation. Les comportements de scarification ne sont **pas une indication d'hospitalisation** en eux-mêmes et à eux seuls [93], une **évaluation globale** selon le modèle bio-psycho-social s'avère nécessaire.

L'hospitalisation peut être un axe thérapeutique dans des situations d'impasse après d'autres essais thérapeutiques. Elle peut permettre une séparation de l'environnement et d'engager un travail psychothérapeutique, elle peut engendrer une prise de conscience et une mobilisation de l'entourage et de l'adolescent.

Pour ces jeunes, aux limites fragiles avec un Moi faiblement différencié, pour qui le rapprochement est vécu comme particulièrement menaçant, la relation duelle avec un soignant peut s'avérer menaçante, source d'angoisses d'intrusion et d'impasses relationnelles. Le **contexte institutionnel** (hospitalisation ou CMP-HDJ) paraît plus tolérable en permettant une répartition des investissements sur différentes personnes, dans différents endroits contenant. « Cette fragmentation de la charge relationnelle protège le jeune d'un sentiment de redevabilité envers un objet unique perçu comme dégageant une toute-puissance confusionnante pour son psychisme peu différencié » [50]. Le **cadre institutionnel** permettra à l'adolescent de se confronter à un espace limité et structuré entre activités, modes relationnels variés et règles de fonctionnement interne. « La fonction de contenant externe créée par l'environnement thérapeutique doit progressivement s'imprimer dans la structure psychique du jeune pour lui offrir une armature interne » [50], par incorporation au sein de son Moi des éléments structurants issus du milieu externe, mouvement inverse de la décharge de l'intérieur vers l'extérieur du passage à l'acte. C'est par cette fonction de contenant que l'adolescent va pouvoir progressivement redessiner ses propres limites.

Plusieurs **risques** peuvent survenir dans cette prise en charge.

La répétition du geste ou sa montée en intensité mettent le personnel soignant en difficulté et peuvent susciter exaspération, sentiment d'impuissance, lassitude ou découragement, qui majorent le sentiment d'abandon pour ces derniers. Le risque est de **recourir à l'agir**, par une réponse en miroir (en tant que recherche d'un apaisement immédiat, à l'identique de celui provoqué par la coupure) par un recours à une médication ou une contention. Lorsque l'équipe soignante est dépassée ou insécurisée par la situation, elle « ne peut maintenir sa fonction de contenant symbolique et rejoint le patient dans la mise en acte » [50]. Au maximum, cette situation par épuisement, pourrait amener à une rupture de soins. Il faut veiller à éviter la surenchère, « la situation n'est pas totalement maîtrisable et c'est sans doute ce que nombre de patients ont à cœur de démontrer » [93].

D'autre part, les soignants, animés par un désir de « réparer à tout prix » le jeune, peuvent se montrer **toute-puissants** et être trop insistants, trop intrusifs, ce qui est ressenti par l'adolescent comme intolérable et menaçant la relation et donc le soin. Il risque alors, pour reprendre la maîtrise de la relation, d'être dans une attitude de rejet, « en rejetant le premier, il évite de s'exposer au risque d'un abandon qu'il pressent comme inéluctable » [50].

L'identification aux souffrances du jeune peut être vécue comme menaçante et provoquer un mouvement de **défense**. Un sentiment d'indifférence face aux contenus psychiques du patient peut alors apparaître et compromettre l'exercice de la fonction contenantante soignante.

Les **objectifs** de cette prise en charge institutionnelle étant de **maintenir une continuité relationnelle**, malgré les attaques du cadre et la répétition des passages à l'acte, mais également de stimuler les capacités de représentation de l'adolescent et de le sécuriser pour qu'il puisse être seul, il

faudra veiller à **prévenir ces risques**. Pour cela il est indispensable d'instaurer des espaces pour les soignants, par **destemps de synthèse clinique et/ou de supervision** (avec un superviseur étranger ou non au service). « Tout passage à l'acte du patient doit faire l'objet, au sein de l'équipe, d'un processus d'élaboration qui permet d'assurer la continuité relationnelle et de rendre un sens à ses conduites » (Jeammet, cité dans[50]). Ces temps de mise à distance doivent permettre de verbaliser sur le contre-transfert, de réfléchir autour de la problématique du patient, sur la dynamique relationnelle entre le jeune et les soignants, et sur la prise en charge. Pour persévérer et résister aux attaques pour préserver la continuité relationnelle essentielle au soin et ne pas amener le jeune à une « répétition traumatique d'un lien détruit par un potentiel agressif qui émane de lui mais qui le dépasse »[50], il faut en quelque sorte un contenant pour les soignants qui contiennent le jeune, afin qu'ils puissent y déposer leurs propres angoisses.

Il faudra également veiller à ne pas se focaliser à l'excès sur les actes en eux-mêmes au risque de perdre de vue les autres dimensions de la situation « dans une sorte de captation par le symptôme » [93], ou à trop banaliser, ce qui pourrait être responsable d'indifférence (en oublier les soins locaux...) poussant le patient à une surenchère pour se rappeler à nous.

Un des dispositifs du cadre institutionnel peut être des « temps en chambre », qui, prévus de façon systématique et programmée pour éviter le sentiment de rejet, permettent de travailler sur la séparation et sur la différenciation notamment dans l'opposition qu'ils peuvent susciter. « La porte fermée est une injonction à lâcher l'objet, à transformer un investissement d'objet à la forte composante anti-narcissique en investissement de soi ».[93]. Les passages infirmiers réguliers permettent au patient de se sentir à la fois contenu et « gardé », tout en réintroduisant une limite et de la distance ».

## **2 - Le traitement médicamenteux**

De manière générale, le traitement médicamenteux est toujours évoqué en deuxième intention chez les adolescents. Les travaux pharmacologiques sont peu nombreux pour cette tranche d'âge, la prescription doit donc être prudente.

Il n'existe **pas de recommandations consensuelles** pour l'usage d'un traitement médicamenteux dans la prise en charge des automutilations.

Nous pouvons retenir que le traitement médicamenteux peut être **un axe de prise en charge**, mais ne peut en aucun cas être à lui seul l'unique prise en charge, il s'intègre au cadre global du dispositif de soins.

La prescription doit répondre à des **objectifs** clairement établis au préalable, tant pour le patient que pour le clinicien. Elle nécessite une **évaluation du contexte global** de ce comportement, qui peut s'inscrire dans des tableaux cliniques variés. La prescription se fera suite à des hypothèses intégratives, qui pourront être reformulées au patient, afin de proposer un traitement dont le sens

pourra être compris par ce dernier. Il faudra veiller au risque de glissement vers une escalade médicamenteuse « véritables ordonnances de l'impuissance » [51].

Le patient doit recevoir une éducation thérapeutique comme pour tout traitement, sur les effets attendus, la prise, les effets secondaires...

A titre d'exemples, dans le cadre des automutilations impulsives, les IRSS peuvent être utilisés s'il existe une impulsivité, une dépression, une anxiété ou une irritabilité. Les antipsychotiques peuvent être utilisés en cas d'agressivité, d'anxiété ou de sensation de morcellement. Ou encore, les thymorégulateurs s'il existe une dimension de labilité de l'humeur.

### **3-Psychothérapies et apports de la théorie de l'attachement au processus psychothérapeutique**

Différentes approches psychothérapeutiques peuvent être utilisées pour la prise en charge des automutilations : les psychothérapies psychanalytiques, les psychothérapies cognitives et comportementales, les psychothérapies d'expression (hypnose, thérapies psychocorporelles ... ), les psychothérapies de soutien (psychothérapies familiales et systémiques, psychothérapies de groupe).

« La seule issue pour que cesse la répétition de la blessure est une autre manière de dire la souffrance, non plus par le corps mais par des mots, à quelqu'un qui puisse l'entendre. Seule une mémoire libérée énoncée par la parole et non plus par la douleur et le sang est susceptible de rompre le charme de la blessure répétée »[26].

#### **a - Généralités**

Après que sa théorie ait été reconnue scientifiquement, Bowlby a pu développer ses réflexions sur l'apport de la théorie de l'attachement aux pratiques psychothérapeutiques dans son ouvrage *A secure Base*, publié en 1988 [24]. Cette théorie n'a pas abouti à la constitution d'une forme supplémentaire de psychothérapie. On ne peut pas parler d'une psychothérapie « attachementiste » en tant que telle, mais elle apporte des éléments pertinents pour la psychothérapie en général. En apportant de nouveaux concepts pour la compréhension des phénomènes mentaux, la théorie de l'attachement amène de nouvelles cibles à l'action de la psychothérapie.

Holmes [62] a délimité six principaux domaines d'intervention thérapeutique en lien avec la théorie de l'attachement [8]:

- le rôle de la base sécurisée et de la représentation de la sécurité dans le psychisme.
- l'exploration, le jeu et le plaisir : Holmes décrit une relation réciproque entre base sécurisée et exploration avec la dimension de plaisir qu'elle procure.

- la protestation, la colère et l'affirmation de soi : selon la théorie de l'attachement la colère serait déclenchée par une menace de séparation et a pour fonction de maintenir le lien d'attachement. La colère a un rôle comme régulateur de l'attachement qui peut apparaître de différentes manières (violence...).

- la perte : affect central dans la détresse psychologique rendant l'élaboration des pertes subies un aspect essentiel du traitement basé sur l'attachement.

- les MIO : ils représentent un modèle d'organisation du psychisme que la thérapie vise à modifier

- la capacité réflexive et la compétence narrative : la thérapie permet au patient d'apprendre l'auto-réflexion. Quand les représentations sont rendues explicites par le langage, elles peuvent faire l'objet d'une métacognition et deviennent sensibles au changement.

Ces domaines d'intervention lui ont permis d'élaborer la Brief Attachment Based Psychotherapy, (BIBA) psychothérapie brève intégrative.

L'information sur le style de l'attachement du patient permet d'orienter la prise en charge. Au cours des premières rencontres avec le patient, dans l'évaluation globale, il faudra veiller à réaliser une **évaluation du style d'attachement** de l'adolescent. Avec un patient évitant les interventions sont plus psychologiques (penser à propos des problèmes avec le patient), alors qu'avec un patient préoccupé les interventions sont plus « pratiques » (trouver des solutions aux problèmes).

Sans forcément avoir recours aux **échelles** dont nous avons parlé, qui peuvent s'avérer compliquées à utiliser en pratique clinique, l'évaluation passe surtout, lors de l'**entretien**, par le recueil d'informations sur le comportement de l'adolescent dans différentes situations relationnelles et sociales, qui peut s'appuyer sur des **repères issus de l'AAI**. La forme et la structure du discours peuvent donner des indices, notamment la cohérence du discours. La **relation thérapeutique** qui se met en place avec le thérapeute peut également fournir des indices pour comprendre le style relationnel de l'adolescent. Les stratégies adaptatives mises en place peuvent être réactivées lors de toute activation du système d'attachement et la première consultation, nouvelle rencontre avec une séparation à l'issue, est une situation interpersonnelle stressante en elle-même activant le système d'attachement. La **demande de soins**, en elle-même, donne aussi un indice sur l'attachement. La demande d'aide est un processus lié au système d'attachement et « le style d'attachement du patient va conditionner la recherche d'aide auprès des professionnels de santé » [85]. Une personne à l'attachement sécure peut reconnaître sa détresse et aller chercher de l'aide ou l'accepter facilement. Les personnes insécures peuvent avoir des difficultés à reconnaître leur vulnérabilité, à admettre leurs symptômes, à estimer qu'ils méritent de l'aide, mais également à faire confiance dans l'aide proposée; ils peuvent aussi se montrer réticents à faire confiance aux soignants, voire même être hostiles. Ainsi la demande ne vient donc souvent pas de la personne elle-même. De même pour les adolescents insécures, qui dénie le besoin d'aide car pour eux besoin d'aide est synonyme de dépendance.

Slade<sup>i</sup> a retenu **deux axes du codage** de l'AAI qui peuvent permettre de donner des indices pour une évaluation rapide de l'attachement lors de l'entretien:

- la dimension désactivation-hyperactivation qui décrit le style de défense de l'individu et sa façon de réguler les expériences affectives. Cette dimension se présente sur un continuum entre minimalisation et accentuation des affects.

- la dimension organisé-désorganisé qui correspond « au niveau et au degré de structures psychologiques chez l'individu pour contenir et réguler l'expérience émotionnelle » [8].

Les patterns révélés par le discours montrent comment les sujets régulent leurs émotions et permettent d'imaginer comment ils vivent les relations.

Il est également important de faire une **anamnèse** orientée sur les événements qui ont pu peser sur les relations d'attachement [7], notamment les abus et les différents types de séparation :

- séparations physiques (hospitalisation d'un parent, adoption)

- séparations « émotionnelles » (parent souffrant d'un trouble psychologique, notamment dépression)

- séparation dans la famille, décès importants

La réalisation d'un génogramme peut être intéressante pour mettre en évidence ces événements dans l'histoire familiale. Il peut exister un retentissement indirect sur l'adolescent quand une de ses figures d'attachement a subi des pertes.

### **b- L'importance de la réalité externe**

Pour Bowlby le vécu réel de l'enfant avec ses figures d'attachement a une place centrale dans sa théorie. C'est en toute logique avec cette même conception de l'importance de la relation et de **la réalité externe** qu'il va élaborer ses applications thérapeutiques de la théorie de l'attachement. Il donne toute sa place dans le processus psychothérapeutique « à la réalité externe, aux réponses données par l'environnement et aux événements traumatiques en rapport avec l'attachement » [9]. « La réalité de l'expérience compte plus que sa valeur subjective » [55]. Les faits évoqués par un patient concernant un événement de son enfance, lorsqu'il était en relation avec ses figures d'attachement, sont considérés comme ayant réellement eu lieu et non comme le reflet de ses fantasmes.

Cette prise en compte de la réalité externe est particulièrement importante à l'adolescence, période de profondes transformations externes et internes.

---

<sup>i</sup>[98] SLADE A. (2008), The implication of attachment theory and research for adult psychotherapy. In Cassidy Handbook of attachment : Theory, research and clinical applications. Guilford Press (New York) p 762-782, dans [8]

La théorie de l'attachement, nous l'avons vu, porte essentiellement sur les relations et le sentiment de sécurité qu'elle procure immédiatement, mais aussi à long terme, grâce aux représentations construites. Ces deux notions, de relations et de représentations, sont centrales dans l'apport à la thérapie. Bowlby a démontré l'importance du **rôle du thérapeute et de la relation thérapeutique** dans l'efficacité de la thérapie, thérapie qui se centre sur les représentations des relations et cherche à **permettre une révision des MIO** dysfonctionnels. La **relation réelle** avec le thérapeute est cruciale.

L'**expérience relationnelle** « est une des clés du changement » [9] pour lequel la prise en compte de la réalité externe « est un levier thérapeutique essentiel » [9], elle permet de travailler sur le monde interne et de modifier les MIO. Pour que ce changement dans les MIO puisse s'opérer, Bowlby distingue plusieurs tâches (artificiellement séparées mais menées simultanément dans la réalité) : établissement d'une base de sécurité, exploration des représentations, travail sur les liens entre relations précoces avec les parents et MIO, aide à la prise de conscience de la valeur adaptative des MIO.

### **c- La relation avec le thérapeute : une nouvelle base de sécurité**

Le prérequis indispensable à la mise en place d'un travail sur les MIO, et de manière générale à la mise en œuvre de tout processus psychothérapeutique, va être d'établir un cadre thérapeutique sûr pour le patient. Le **thérapeute** doit occuper une place dans la réalité et doit représenter une **base de sécurité** pour le patient. Bowlby a d'ailleurs intitulé son livre *A secure base* pour mettre en avant l'aspect central de cette notion. « Le thérapeute est une base de sécurité, quelqu'un de régulier et de cohérent, dont le soutien, la compréhension et la guidance occasionnelle aident le patient à explorer les relations affectives même si elles sont douloureuses et tristes » (Bowlby 1988, cité dans [8]). L'objectif thérapeutique initial de la prise en charge est, en effet, de créer une relation entre le thérapeute et le patient qui s'apparente à une relation d'attachement sûr. « Comme pour Winnicott et Bion, Bowlby considère que la relation entre le psychothérapeute et le patient ressemble à la relation d'une mère avec son enfant » [8].

Pour représenter cette base de sécurité le thérapeute se montre disponible, fiable, pouvant supporter des émotions intenses et douloureuses et témoigner constamment une empathie attentive. On doit avoir confiance en lui. L'expérience de cette fiabilité et stabilité est en soi thérapeutique.

Du point de vue de l'attachement, « l'expérience de soins vise à restaurer l'équilibre en attachement et exploration » [7]. Le cadre thérapeutique doit être sécurisant mais aussi contentant. La nouvelle expérience relationnelle que le patient va vivre avec le thérapeute est ainsi une des clés principales du changement. Cette « expérience psychothérapeutique » procurant une base sûre suffisamment

rassurante va permettre à l'adolescent d'une part, selon la balance entre attachement et exploration, l'exploration de son monde interne, de son histoire, de ses représentations et d'être accessible à des changements « sans qu'il s'agisse de réparer toutes les failles du passé » [9] et d'autre part, « l'émergence d'une compétence autobiographique, l'élaboration et l'accès aux affects et le travail de deuil » selon Holmes<sup>1</sup>.

La mise en place de cette relation impose de trouver la bonne distance relationnelle comme nous l'avons déjà évoqué, entre angoisse d'abandon et angoisse d'intrusion.

L'attitude du thérapeute influence l'alliance thérapeutique et permet l'expérimentation d'une nouvelle relation. Cette notion de base sécurisée est en effet un des facteurs favorisant l'alliance thérapeutique. Le concept d'alliance thérapeutique est issu de l'œuvre de Freud. L'alliance thérapeutique conditionne l'adhésion du patient à la prise en charge et à sa continuité malgré des difficultés. Elle correspond aux processus de « co-construction » et « d'être avec » entre le patient et son thérapeute. Les deux partenaires de la relation sont d'accord sur les objectifs et les moyens du traitement et il y a un lien positif entre eux. Elle est liée aux manifestations de sincérité et d'authenticité « réelles » du thérapeute. Il est important pour le patient de percevoir le thérapeute comme réellement en contact avec sa détresse. Cela implique que le thérapeute ait de bonnes capacités d'empathie. Le style d'attachement, en fonction de la conscience ou non du besoin d'aide comme nous l'avons vu, va influencer la mise en place de l'alliance. La réponse empathique du clinicien aux besoins spécifiques d'attachement et aux craintes du patient peut influencer le succès de la relation thérapeutique qui se met en place.

Cette phase du travail psychothérapeutique peut être particulièrement longue chez les adolescents scarificateurs, à l'attachement insécurisé, dont nous avons vu qu'une des caractéristiques est justement de ne pas faire confiance à autrui, de lui attribuer des intentions négatives. De plus, plus l'adolescent a besoin d'aide moins il peut la tolérer et ces adolescents ont souvent du mal à concevoir la nécessité et l'utilité d'une psychothérapie. Comme la mise en mots de leur souffrance est une difficulté chez eux, ils ne voient pas en quoi parler pourrait les aider à résoudre leurs problèmes et le fait de devoir parler à quelqu'un équivaut pour eux à un vécu de dépendance à cette personne, ils doivent « se livrer ». Ces adolescents « ne peuvent investir de façon stable et durable les prises en charge ambulatoires proposées et lorsqu'ils sont hospitalisés la compliance est médiocre et ils arrêtent les soins rapidement après la sortie » [92]. Ils ne tirent pas de bénéfices directs de la relation thérapeutique tandis que les conduites d'agir agissent rapidement.

Cette phase d'instauration de base sécurisée est donc d'autant plus primordiale avec ces jeunes.

---

<sup>1</sup>[61] Holmes J. (1993), John Bowlby and attachment theory. Routledge, cité dans [10]

Certains adolescents peuvent être en difficulté pour nouer une nouvelle relation avec le thérapeute. Le **groupe** peut alors aider à créer un espace entre l'adolescent et le thérapeute. Le groupe peut représenter une base de sécurité, mais il favorise également l'activation du système affiliatif favorisant l'ouverture du système d'attachement.

#### **d - Le travail sur les représentations**

Avec un adolescent, le travail sur les représentations est axé sur les représentations de l'adolescent sur ses relations, sur la relation avec le thérapeute et sur ses relations actuelles avec ses parents.

Ce travail peut commencer lorsque la base sécuritaire est établie, que l'adolescent est en confiance avec le thérapeute. Le patient, alors dégagé de ses inquiétudes, peut tourner son attention et son énergie vers l'**exploration**, selon la balance attachement-exploration.

« Toute la question du thérapeute est d'amener le sujet à penser ses actes, à se les représenter afin qu'une pensée puisse émerger aussi douloureuse soit-elle » [74].

Les adolescents qui attaquent leur corps croient souvent déjà connaître les raisons de leur mal-être qu'ils lient à des événements défavorables (rupture sentimentale, difficulté scolaire...), sans se rendre compte « que ces facteurs précipitants sont évidemment révélateurs de la problématique en cause, mais que faute d'avoir accès à celle-ci, ils servent d'alibis et de leurres pour éviter de se remettre en question » [92]. Il va donc falloir essayer de les amener à réfléchir sur cette problématique.

L'exploration va concerner **les expériences difficiles** vécues par le patient, évocation des souvenirs douloureux, mais aussi « **les croyances, les comportements et les défenses** pesant sur les relations interpersonnelles » [9] et **les relations actuelles du patient avec ses proches**. Le travail se fait également autour de l'analyse de la **relation actuelle avec le thérapeute**. Cette tâche « est similaire à la tâche centrale d'élaboration du transfert dans un traitement psychanalytique ». « La réflexion du patient sur ses attitudes et ses sentiments vis à vis du thérapeute, les caractéristiques de la relation qu'il noue avec lui donnent une occasion de comprendre comment s'expriment les MIO dans une relation particulière et comment ils en altèrent le cours » [9].

Le rôle du thérapeute est d'accompagner l'adolescent dans l'autoréflexion et de l'amener à prendre conscience :

- de ses représentations déformées de l'autre (perceptions, attentes, peurs)
- de l'influence de ses représentations sur l'interprétation des expériences relationnelles (déformation)
- de ses stratégies relationnelles mises en place et de la mesure de leur impact négatif
- de la valeur adaptative qu'avaient ses stratégies au contexte de l'époque
- du caractère inapproprié de ses stratégies dans les relations actuelles

Le thérapeute va encourager l'adolescent à reconnaître que ses représentations actuelles sont le résultat des interactions passées avec ses figures d'attachement. L'exploration des événements marquants touchant à l'attachement est primordiale pour connaître l'origine des représentations, pour comprendre quels éléments relationnels avec les figures d'attachement ont pu générer ces croyances et comportements dysfonctionnels. Cette tâche du travail, où l'adolescent est soutenu pour **rechercher de liens entre ses MIO et ses expériences infantiles** avec ses figures d'attachement primaires, est souvent la plus difficile car touchant des souvenirs douloureux (souvenirs d'avoir été négligé, témoin d'une TS, battu, abusé sexuellement ...) et l'obligeant à évoquer de manière négative ses figures d'attachement (évocation de leurs aspects incohérents, rejetants, négligents ou violents). L'adolescent peut omettre des faits majeurs, notamment par le processus d'exclusion défensive, ou les falsifier puisqu'il a grandi avec les consignes des parents de ne pas évoquer la vérité. Bon nombre de symptômes, apparemment sans rapport, peuvent en fait être en relation avec ces secrets familiaux.

Cette prise de conscience est le prérequis qui permettra le remaniement des MIO. Les MIO sont relativement stables dans le temps. Ils se rigidifient en se voyant confirmés lors des relations sociales, mais il existe toujours une certaine souplesse permettant des changements pour une adaptation à de nouvelles situations. Il existe aussi un potentiel de flexibilité dans le cadre d'une expérience dite « correctrice », dans un processus psychothérapeutique ou lors d'une rencontre positive. L'adolescence est de fait, nous l'avons vu, une période où les représentations d'attachement sont réinterrogées et où l'adolescent acquiert de nouvelles capacités cognitives permettant de rendre possible une réévaluation de ces constructions. Les représentations s'étaient construites pendant l'enfance, avec des moyens cognitifs et affectifs alors encore immatures et des méconnaissances de certaines motivations des adultes. L'adolescent va pouvoir construire d'autres hypothèses explicatives de ces comportements, et de nouveaux MIO, en se représentant plus précisément les émotions de ses parents, notamment s'ils ont traversé des expériences douloureuses.

Globalement, l'objectif du travail sur les expériences avec les parents, n'est pas de pointer des failles chez les parents, mais est d'aider l'adolescent à réaliser dans quelle mesure il a pu percevoir et interpréter le comportement de ses figures d'attachement de façon erronée et à imaginer d'autres interprétations possibles.

Les adolescents scarificateurs vont donc être amenés à prendre conscience du caractère adaptatif de leur comportement en réponse à un sentiment de sécurité mal assuré pendant l'enfance ainsi que des modèles de régulation émotionnelle non adaptés.

Après cette exploration, le rôle du thérapeute va être d'établir une « **expérience correctrice** » au sein du processus thérapeutique (Bowlby 1988, Holmes 1993). Il va aider l'adolescent à changer les aspects

contraignants de ses représentations de la relation, précédemment identifiés. L'intervention psychothérapeutique, expérience relationnelle sécurisée, peut contribuer à remanier les MIO insécures du sujet en lui apportant une autre qualité de relation et en favorisant le développement de la fonction réflexive[10], par la réintégration des affects et représentations obtenues. L'adolescent est amené à reconsidérer ses expériences passées à la lumière de cette nouvelle expérience relationnelle.

Selon Holmes et Bowlby, « c'est l'analyse, dans le transfert et le contre-transfert sollicités par l'activation du système d'attachement du patient et du thérapeute, de ces stratégies, qui va permettre au thérapeute d'établir une expérience correctrice au sein du processus thérapeutique »[8].

Le contexte psychothérapeutique crée une situation d'attachement avec des **épisodes de séparation et de retrouvailles** auxquels Bowlby apporte une grande importance, autre spécificité de la théorie de l'attachement dans son versant thérapeutique. L'expérience correctrice passe également par les épisodes de séparation et de retrouvailles dans le processus psychothérapeutique même. L'utilisation des interruptions comme outils thérapeutiques permet d'observer comment l'adolescent les interprète et y répond, ce qui permet de l'aider à la prise de conscience de ses interprétations et à les comprendre. Dans cette nouvelle relation, l'adolescent va se trouver face à de nouvelles réponses à ses réactions émotionnelles lors de ces épisodes, le thérapeute répondant à sa manière, différente des parents. L'exploration de son ressenti de son expérience actuelle lui permet une prise de distance sur ses modes de pensées habituels.

A noter que certains attachements insécures, avec des modèles peu flexibles, pourraient être plus résistants au changement.

Fonagy a montré que les sujets avec un attachement détaché, donc ayant barré l'accès à leur monde interne, sont ceux à qui profitent le plus un traitement psychothérapeutique. La thérapie ouvrirait l'accès à ce monde interne bloqué jusque-là.

### **e - Acquisition d'une compétence narrative**

Quelle que soit la théorie, un aspect essentiel du processus psychothérapeutique est la construction, par le patient, avec l'aide du thérapeute, d'une histoire cohérente de sa propre vie, soit l'acquisition d'une « **compétence narrative** ».

Les capacités de narration autobiographique sont en lien avec l'attachement. Un attachement sécurisé se reflète dans la vie adulte par la manière dont quelqu'un parle de sa vie et de son passé. Nous avons vu que, lors de la formation des MIO, les mémoires épisodiques et sémantiques peuvent ne pas intégrer les mêmes données, la dernière pouvant être influencée par l'environnement. Pour Holmes [61], cité dans [89], « le principe de la psychothérapie serait de tenter de réorganiser les bribes de mémoire épisodique et sémantique en un narratif cohérent, de « tisser », une histoire intérieure, que le sujet

puisse explorer librement ». C'est au travers de la narrativité et de la capacité de mise en récit de son histoire que des modifications sur les représentations d'attachement peuvent se faire et donc modifier l'impact des représentations et stratégies d'attachement sur l'existence du sujet. Le narratif autobiographique cohérent est ouvert aux souvenirs et capable de réévaluation.

« Toute psychothérapie réussie aboutit à une relecture réconciliée, qui donne et ouvre au sens, qui permet la reviviscence des expériences infantiles avec les outils cognitifs et les perspectives de l'adulte et les fait vivre dans un climat émotionnel et interpersonnel où les réactions du thérapeute seront fondamentalement différentes de celles jusque là expérimentées par le patient » [88].

L'intériorisation de la relation sécurisante d'accompagnement à cette co-construction aidera au développement de la compétence narrative autobiographique, c'est-à-dire la capacité de construire des récits cohérents des expériences importantes.

#### **4- La prise en charge familiale**

Enfin, nous terminerons cette partie en évoquant de manière succincte la prise en charge familiale.

Comme dans tout travail en pédopsychiatrie, le travail avec les parents fait partie de la prise en charge. D'un point de vue de la théorie de l'attachement, en tant que théorie des liens basée sur les relations précoces, ce travail paraît même indissociable de la prise en charge puisque malgré la distanciation les parents restent des figures d'attachement vers lesquels les adolescents peuvent encore aller chercher de la réassurance. Ils continuent à jouer un rôle fondamental pour le sentiment de sécurité interne de l'adolescent. D'autant plus que les adolescents insécutés sont probablement ceux qui gardent des liens intenses et rigides avec leurs figures d'attachement primaires, empêchant ainsi les remaniements nécessaires comme nous l'avons vu.

Les entretiens avec les parents vont permettre de compléter le recueil des données, notamment concernant leurs interactions habituelles, et d'avoir une appréciation, au travers de leur discours sur leur enfant et sur leur propre enfance, de leur propre état d'esprit vis-à-vis de l'attachement duquel dépend leur « sensibilité » à la détresse de leur enfant.

Les parents « sensibles », qui sont le plus souvent sécurisés, peuvent exprimer leur désarroi devant leur sentiment d'impuissance à pouvoir aider leur adolescent en difficulté. Ils sont préoccupés par le mal-être de leur enfant et ont une certaine capacité à voir la situation de son point de vue.

Les parents insécutés donnent l'impression qu'ils ne sont pas convaincus des besoins ou de la détresse de leur adolescent. Ils sont focalisés sur la façon dont les problèmes de l'adolescent les affectent eux-mêmes. Ils ne se sentent pas impliqués dans la prise en charge, pouvant présenter les difficultés comme un problème à résoudre par le thérapeute uniquement. La demande de soin vient effectivement souvent de l'extérieur de la famille (école, services sociaux...).

A l'image des applications de la théorie de l'attachement aux traitements précoces parents-jeune enfant, on peut retenir trois points dans le travail avec les parents:

- Le thérapeute doit également représenter une **base de sécurité** pour les parents, souvent eux-mêmes en situation de détresse face aux difficultés de leur adolescent. Leur système d'attachement peut être fortement activé par l'impuissance ressentie et/ou par les résonances chez eux de sa problématique de séparation. Le thérapeute doit être à l'écoute de leurs propres besoins de soutien. Il est important qu'ils retrouvent un sentiment de sécurité pour pouvoir reprendre l'exploration (pour mieux comprendre leur enfant, leurs propres réactions ... ) et accepter des changements qui ne peuvent se faire que dans une relation thérapeutique sécurisée.

- Le fait que le thérapeute représente une base de sécurité pour l'adolescent ne signifie pas que les parents perdent cette fonction. Au contraire le but de ce soutien du thérapeute est de permettre aux parents **dereprendre leurs capacités de protection et de soutien**, c'est-à-dire leur rôle de base sécurisée auprès de leur enfant, lui-même soutenu dans l'exploration et les changements.

Les consultations vont permettre aux parents de découvrir d'autres façons de comprendre les comportements d'attachement de leur enfant et, à travers la relation entre l'adolescent et le thérapeute, d'autres moyens d'exercer une base sécurisée. Le travail avec les parents doit favoriser une relance du « partenariat corrigé quant au but ».

- Le thérapeute va mettre l'accent sur l'importance d'une **communication ouverte**, notamment **sur les émotions négatives** quel qu'en soit l'objet. Certains événements familiaux vont pouvoir être abordés, permettant à chacun de découvrir le vécu des autres à leur sujet. De même, le climat sécurisé peut favoriser l'expression par les parents d'affects liés à des expériences difficiles en rapport avec l'attachement vécues par l'un ou l'autre.

La théorie de l'attachement est également utilisée en thérapie familiale systémique. Les MIO sécurisées apparaissent comme des systèmes ouverts et les insécures comme des systèmes fermés[35]. Un travail pourra, entre autre, être fait autour de réflexions à des modifications de représentations dans la manière d'être en lien les uns avec les autres au sein de la famille.

## **5 -L'attachement du professionnel**

Il nous a semblé important d'évoquer dans cette partie le rôle de l'état d'esprit par rapport à l'attachement du thérapeute.

La relation professionnelle thérapeute-patient, de par sa nature interpersonnelle, sollicite le système d'attachement du thérapeute, ainsi que son système de caregiving du fait de sa position d'aidant. La capacité du thérapeute à jouer ce rôle de base de sécurité et à faire vivre au patient une expérience interpersonnelle nouvelle, qui ne confirme pas les attentes de ce dernier sur la relation, est influencée

par son propre système d'attachement. Il doit comprendre ses réactions aux comportements du patient et répondre de manière thérapeutique dans les situations qui réveillent le système d'attachement. La manière dont un sujet pense à propos des relations d'attachement et le traitement de l'information relative à ces relations est lié à son état d'esprit quant à l'attachement.

Malgré son importance, la manière dont l'attachement du thérapeute joue sur la conduite de la thérapie reste encore peu étudiée.

## Pour résumer

La catégorie d'attachement influence pendant l'enfance le développement des capacités sociales, des apprentissages, de la régulation émotionnelle, des processus de symbolisation. L'attachement **sécuré** semble représenter un **facteur de protecteur** à l'adolescence du fait des représentations de soi et d'autrui positives, donnant de bonnes ressources qui facilitent le développement général. Le processus d'autonomisation peut se faire sans entrave, sans menace narcissique. En revanche un attachement **insécuré** est un **facteur de vulnérabilité** de développement de troubles externalisés ou internalisés. Les MIO négatifs ont pour conséquence des capacités de régulation émotionnelle peut fonctionnelles avec des stratégies adaptatives, l'insécurité entrave le processus d'autonomisation et rend l'objet menaçant pour l'intégrité narcissique.

La théorie de l'attachement ne peut expliquer à elle seule le recours aux scarifications mais elle permet de compléter les approches compréhensives psychopathologiques des comportements de scarification.

Il peut être question :

- d'un **défaut de constitution de l'enveloppe psychique** (maintien du fantasme archaïque de peau commune) ou d'une **défaillance de ses fonctions** (fonctions de contenance, d'individuation, d'inscription), du fait de réponses inadaptées aux demandes de l'enfant, c'est-à-dire de défaillances dans le caregiving qui sont également en cause dans un attachement insécuré. Les émotions générales et les angoisses spécifiques de l'adolescence, particulièrement déstabilisantes, sont responsables d'une souffrance intense et ne trouvent pas de contenant et menacent le sentiment d'identité du sujet. Ou bien il s'agit d'un sentiment de dépendance menaçant du fait de la difficulté de se représenter séparé.

La scarification prend alors la fonction de rétablir les frontières de soi et de permettre de retrouver un sentiment d'identité, par la création d'une enveloppe de douleur substitutive, mais également une tentative de rompre un lien aliénant.

- d'un **défaut de reconnaissance et/ou de régulation émotionnelle**, par défaillance dans le développement de la fonction réflexive, par le processus d'exclusion défensive, par un caregiving parental défaillant dans le registre émotionnel ou par défaut d'intériorisation de modèles de régulation adéquats. Devant l'absence de stratégies le jeune a recours à l'environnement pour s'apaiser. Les scarifications peuvent donc représenter une stratégie adaptative comportementale pour soulager une émotion, dans le but d'une recherche de maîtrise d'une tension psychique, ou représenter un comportement de base sécuré dans une variante pathologique. Ou bien elles ont une fonction de communication, prenant la forme d'inscription symbolique d'une souffrance dont l'expression par la

mise en mot ne peut se faire, par défaut de la fonction réflexive ou de développement des processus de symbolisation, ou exerçant une fonction d'appel à l'autre dans une dimension relationnelle du comportement.

- d'une **pathologie du lien** : l'attachement insécuré entrave le processus de séparation-individuation par le sentiment d'insécurité interne et les assises narcissiques fragiles, séparation pourtant indispensable au moment de la réactivation œdipienne de l'adolescence. Les coupures cutanées viennent ici symboliser cette séparation impossible dans le réel et permettent de reprendre une part de contrôle sur cette situation vécue qui s'impose au sujet, vécue passivement.

Enfin sur le plan thérapeutique, la théorie de l'attachement apporte des nouvelles cibles d'action et des notions pratiques lors des psychothérapies, notamment l'importance de la **relation « réelle »** avec le thérapeute qui doit constituer une **base sécure** pour la patient afin que celui-ci puisse activer ses fonctions d'explorations indispensables au **travail sur les MIO** (compréhension de ces modèles et modification).

# Conclusion

---

La théorie de l'attachement est une théorie des liens, paradoxalement fondée sur la carence et les séparations, axée sur l'importance des liens entre un enfant et sa figure d'attachement. Son fondateur, John Bowlby, et ses successeurs ont démontré l'importance de ces interactions précoces avec le caregiver dans le développement de l'enfant, au niveau cognitif, comportemental et affectif. Ces interactions vont permettre la constitution des modèles internes opérants qui moduleront les aptitudes sociales de l'individu, ainsi que ses perceptions de soi dans la relation à autrui, ses comportements et ses capacités d'adaptation et de flexibilité face au changement ou à des situations de stress. Pour gérer les situations de stress ou d'envahissement émotionnel autre, l'individu aura, grâce à une relation d'attachement sécuritaire, intégré des modèles de régulation des émotions et acquis une capacité à percevoir ses émotions, à les décrire et à s'auto-apaiser. Au-delà de l'importance de l'environnement et de la relation « réelle », la théorie de l'attachement a donc décrit aussi des modèles intra-psychiques complexes restant flexibles tout au long de la vie et d'une importance majeure.

De la qualité des interactions précoces, et de ces modèles internes, va également dépendre le détachement progressif de l'enfant puis de l'adolescent, partant de petites explorations environnementales jusqu'à l'acquisition de sa propre autonomie. Une balance entre attachement et exploration rythme le développement. Pour pouvoir explorer, entrer dans le monde des acquisitions et s'autonomiser il faut avoir un attachement de qualité, sécuritaire, avec ses figures d'attachement.

Nous nous sommes interrogés sur l'apport de cette théorie à la psychopathologie et à la prise en charge des adolescents scarificateurs, devant le constat d'histoires de vie souvent marquées par la discontinuité, des carences et de la violence intra-familiale chez ces jeunes.

Les scarifications sont des comportements de plus en plus fréquents à l'adolescence et un motif fréquent d'hospitalisation aux urgences. Dans leur forme typique, ils apparaissent au moment de la puberté. Ils sont à distinguer des phlébotomies, c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'intentionnalité suicidaire liée au geste.

L'attachement insécure est un facteur de vulnérabilité de survenue de troubles internalisés ou externalisés, notamment par la rigidité des modèles internes. Les modèles intra-psychiques participent à une approche compréhensive complémentaire des conduites de scarification à l'adolescence. Des modèles de soi-même et d'autrui négatifs vont entraver le développement d'une palette de stratégies de régulation émotionnelle nécessaire pour surmonter le tourbillon émotionnel et pulsionnel de l'adolescence. Ils vont également entraver le processus de séparation-individuation. Les relations

précoces qui n'ont pas permis la création de modèles positifs vont également être responsables de défaillances dans l'établissement de l'enveloppe psychique et de certaines de ses fonctions.

Les situations cliniques de Soline et d'Angèle nous ont permis d'illustrer les différents rôles que peut prendre le recours aux scarifications dans un contexte d'attachement inséure.

Les scarifications peuvent permettre une restauration des limites de soi et du sentiment d'identité et de continuité de soi, lorsqu'il existe des défaillances des enveloppes psychiques. Un défaut de contenant suffisamment solide a pour conséquence une menace identitaire secondaire à un envahissement pulsionnel qui ne trouve pas de limites.

L'attaque de la peau peut être un moyen d'expression d'une souffrance indescriptible ou indicible, secondaire à des défaillances de la fonction réflexive et de l'instauration des processus de symbolisation. Elles peuvent également représenter un moyen de lutte contre cette souffrance et de régulation émotionnelle quand l'adolescent n'a pas en sa possession des modèles et des stratégies pour y faire face. La scarification a une fonction d'apaisement.

Enfin les scarifications peuvent être une tentative de séparation symbolique des figures d'attachement, pour se défaire d'une situation aliénante alors que la séparation dans le réel n'est pas possible. L'attachement inséure entrave la prise de distance nécessaire.

Au niveau thérapeutique, il n'y a pas de consensus pour la prise en charge des comportements de scarification mais l'on peut retenir l'importance d'une prise en charge institutionnelle et d'un cadre thérapeutique ainsi que la nécessité de prendre le temps d'instaurer une relation sécurisée avec l'adolescent pour renforcer l'alliance thérapeutique et lui permettre de faire pencher sa balance attachement-exploration du côté de cette dernière pour pouvoir commencer un travail sur ses représentations. La nouvelle expérience relationnelle, sécurisée, est une des clés du changement. Le travail s'effectue autour des expériences passées, dans la façon dont l'individu s'est construit en relation avec ses figures d'attachement précoces, et dans l'expérience présente dans la relation au thérapeute par une épreuve de réalité dans l'ici et maintenant. L'expérience relationnelle sécurisée aide l'adolescent à modifier ses MIO dysfonctionnels afin de retrouver un équilibre psychologique.

Les cas cliniques illustrent bien cette notion d'expérience thérapeutique sécurisée, la bascule de la balance dynamique de Soline a pu s'observer après plusieurs jours de comportements de maîtrise et de tests, une fois rassurée « l'exploration » a pu commencer. Angèle a identifié le service comme un lieu sécurisé auprès duquel elle vient spontanément chercher un apaisement lors d'une fugue, même si le reste du travail n'est pas si simple avec encore une grande ambivalence dans la demande d'aide.

Il faut de notre côté, pouvoir être suffisamment sécurisé devant ces situations sollicitant notre propre système d'attachement, pour pouvoir rester créatif dans l'aide que l'on peut apporter aux patients à l'exploration et à la modification de ces modèles internes ancrés depuis l'enfance.

Il pourrait être intéressant de pratiquer des évaluations des représentations de l'attachement chez des adolescents dès le repérage de comportements d'attaque corporelle puis à différents moments le long de la prise en charge, afin d'évaluer les modifications dans les représentations pour en dégager des pistes thérapeutiques efficaces.

Les recherches actuelles sur la théorie de l'attachement concernent en partie son implication thérapeutique. Il n'existe pas encore de programme d'intervention validé pour la prise en charge des adolescents qui pourraient être un outil thérapeutique supplémentaire.

# ANNEXES

---

## **Annexe 1 : *Attachement et perte***

La théorie de l'attachement est parue sous trois volumes. Chacun fait suite à un article que Bowlby avait préparé et présenté à la Société britannique de psychanalyse pour exposer sa nouvelle approche.

Dans le *Volume 1* [21], Bowlby parle de la nature du lien de l'enfant à la mère et de sa théorie selon laquelle les comportements innés du bébé visent à assurer la proximité de la mère et ont donc pour fonction primordiale de protéger l'enfant. Ces comportements se développeraient de façon relativement indépendante les premiers mois puis seraient ensuite plus spécifiquement dirigés vers la figure maternelle s'occupant régulièrement de l'enfant. Cette approche est mal reçue par ses collègues, notamment à cause du recours aux principes de l'éthologie et car elle va à l'encontre des principes freudiens de relation primaire à la mère sur la base de la satisfaction orale liée à la nourriture, l'amour pour la mère n'étant que secondaire à cet apport alimentaire.

Dans le *Volume 2* [22], sont exposées les trois phases lors de la séparation, décrites par Robertson (phases de protestation colérique, phase de désespoir, phase de détachement). Il y est également question de l'angoisse de séparation, qui selon Bowlby « se déclenche chez l'humain quand une situation requiert à la fois une fuite et un rapprochement d'une figure d'attachement mais qu'aucune ne se trouve disponible »[105]. De plus pour Bowlby, l'anxiété de séparation représente une réaction normale lorsque la présence ou l'accès au partenaire offrant une base sécurisée est menacée, cela va lui permettre de développer graduellement une confiance en lui pour faire face aux situations de stress.

Dans le *Volume 3* [23], il évoque la place du chagrin et du deuil devant l'indisponibilité à long terme de la figure d'attachement. Il y évoque aussi que l'incapacité à établir des relations affectives profondes avec autrui serait « la conséquence de séparations trop fréquentes, notamment lors de changements réguliers de figures de substitution en cas de perte de la mère »[105].

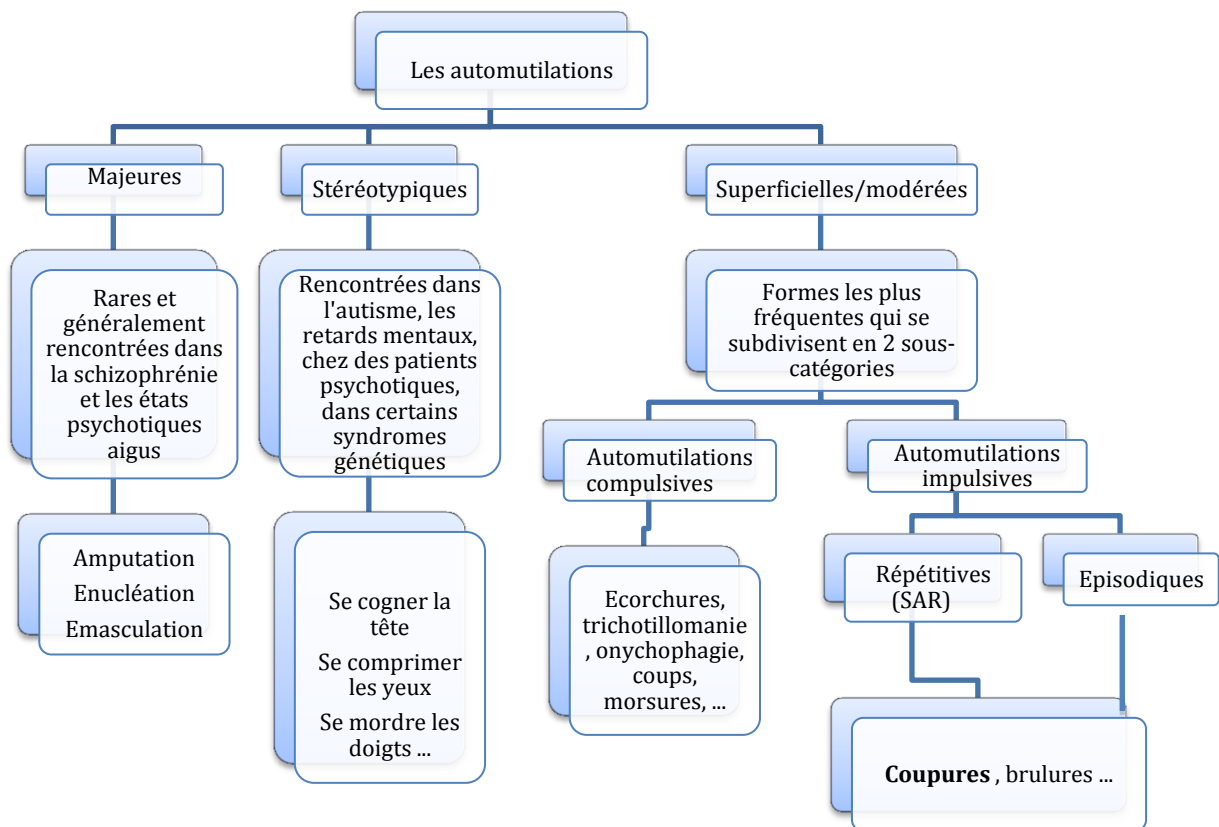
**Annexe 2 : Classification des actes autoagressifs, dans [52].**

Létalité faible		Létalité moyenne			Létalité élevée	
<i>Indirect</i>		<i>Direct</i>				
			Méthodes classiques de suicide			
		Autoagressions avec dommages corporels				
Autoagressions sans dommages corporels						
					TS	Suicide
Unique		Multiples			Multiples	Unique
Imprudence délibérée Différentes prises de risque	Arrêter un traitement Se priver pour se blesser Abus de substances, Boulimie ...	Se donner des coups Se taper la tête Se pincer S'arracher les cheveux ...	Morsures Ecorchures Coups Interférer avec la cicatrisation ...	<b>Scarifications</b>  Brûlures	Intoxications médicamenteuses Phlébotomie ...	Se pendre Se tirer dessus Se jeter d'une hauteur S'empoisonner S'électrocuter Se noyer Se poignarder ...
			Auto-mutilations Compulsives	Auto-mutilations Impulsives		
	Auto-mutilations Majeures	Auto-mutilations Stéréotypiques	Automutilations Superficielles à Modérées			
		Les automutilations				

**Annexe 3 :Le Syndrome d'Autoagression Délibérée au sein des comportements autoagressifs,dans [51].**

	DIRECT	INDIRECT
Létalité élevée	Suicide <i>Episode unique</i>	Arrêt d'un traitement vital <i>Episode unique</i>
Létalité moyenne	Tentatives de suicide <i>Episodes multiples</i>	Conduites à risque <i>Episodes multiples</i>
	Syndrome d'Autoagression Délibérée atypique (« parasuicide ») <i>Episode unique</i>	Ivresse aiguë <i>Episode unique</i>
Létalité faible	<b>Syndrome d'Autoagression Délibérée (SAD)</b> <i>Episodes multiples</i>	Alcoolisme chronique, obésité sévère, forte consommation de tabac <i>Episodes multiples</i>

## Annexe 4 :Classification de Favazza,dans [51]



**Annexe 5 :Description des catégories de l’Adult Attachment Interview en relation avec les catégories correspondantes pour les enfants lors de la situation étrange (Main, 1996), dans[17].**

Adult Attachment Interview	Réponses du bébé à la situation étrange
<p><i>Sécurité-autonome (F).</i></p> <p>Un discours cohérent et coopérant est maintenu lors de la description et de l'évaluation des expériences d'attachement, que ces expériences soient décrites comme ayant été favorables ou défavorables.</p>	<p><i>Sécurité (B).</i></p> <p>Présente des signes montrant que le parent lui manque et pleure lors de la deuxième séparation. Accueille activement le parent. Par exemple : Après le maintien d'un bref contact, se calme et retourne jouer.</p>

Adult Attachment Interview	Réponses du bébé à la situation étrange
<p><i>Détaché (DS).</i></p> <p>Des descriptions normatives ou des parents (« une mère formidable, tout à fait normale ») ne sont pas corroborées ou sont contredites par des souvenirs spécifiques. Les expériences négatives sont considérées comme n'ayant eu aucun effet. Les entretiens retranscrits sont courts, avec une fréquente insistance sur l'incapacité de se rappeler de son enfance.</p>	<p><i>Évitant (A).</i></p> <p>Ne pleure pas lors des séparations et s'intéresse aux jouets ou à l'environnement au long de la procédure. Évite activement ou ignore le parent lors des retrouvailles, en s'éloignant, se détournant ou cherchant à s'échapper lorsqu'il est pris dans ses bras. Impassible : aucune manifestation de colère.</p>
<p><i>Préoccupé (E).</i></p> <p>Préoccupé par les expériences, paraissant en colère, confus et passif ou bien craintif et bouleversé. Certaines phases sont grammaticalement embrouillées ou constituées de propositions vagues (« et patati patata »). Les entretiens sont longs et certaines réponses hors de propos.</p>	<p><i>Résistant-ambivalent (C).</i></p> <p>Préoccupé par le parent tout au long de la procédure, peut sembler vouloir manifester sa colère, en alternant la recherche de contact et la résistance, ou peut être passif. Ne parvient pas à se calmer ou à retourner explorer lors des retrouvailles et continue de se focaliser sur les parents ; pleurs.</p>
<p><i>Non-Résolu-désorganisé (U-d).</i></p> <p>En abordant des questions liées à des pertes ou à de la maltraitance, manifeste de frappantes perturbations dans le cours du raisonnement ou du discours : par exemple, peut parler d'une personne décédée comme si elle était physiquement en vie, peut aussi devenir silencieux ou employer un discours solennel et élogieux. Peut en outre correspondre aux classifications Ds, F ou E.</p>	<p><i>Désorganisé-désorienté (D).</i></p> <p>Comportement désorganisé ou désorienté en présence du parent : par exemple, peut rester figé en paraissant dans un état de stupeur, les mains en l'air, se lever et tomber subitement par terre à l'arrivée du parent ; ou s'agripper au parent tout en s'éloignant. Peut en outre correspondre aux classifications A, B ou C.</p>

# Bibliographie

---

1. ALLEN JP, al. (1996) Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology : an eleven year followup study. *Journal of consulting and clinical psychology* 64:254–263
2. ALLEN JP, coll (1994) Longitudinal assessment of autonomy and relatedness in and adolescent-family interactions as predictors of ego development and self-esteem. *Child development* 65:179–194
3. ALLEN JP, LAND DJ (1999) Attachment in adolescence.
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition (DSM-IV)*, American Psychiatric Association. Washington DC
5. AMMANITI, coll. Internal working models of attachment during late childhood and early adolescence : an exploration of stability and change. *Attachment and Human Development* (2):328–346
6. ANZIEU D (1995) *Le Moi-peau.*, Dunod.
7. ATGER F (2007) L'attachement à l'adolescence. *Dialogue* 175(1):73
8. ATGER F, GUEDENEY N (2010) Processus psychothérapeutique chez l'adulte. *L'attachement Approche clinique.* , pp 189–200
9. ATGER F, LAMAS C (2010) Application de la théorie de l'attachement au suivi des adolescents. *L'attachement Approche clinique.* , pp 179–187
10. ATGER F, PIONNIE N (2003) Attachement et adolescence. *Perspectives Psy* 42(2):122–128
11. BAKERMANS-KRANENBURG MJ, VAN IJZENDOORN MH (1993) A psychometric study of the Adult Attachment Interview : Reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology* (29):870–890
12. BAKERMANS-KRANENBURG MJ, VAN IJZENDOORN MH (2009) The first 10 000 Adult Attachment Interviews : distributions of adult attachment interview representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment and Human Development* (11):223–263
13. BARRAULT C (2005) *L'adolescence à fleur de peau - se couper pour exister.*
14. BERTAGNE P, PIDINIELLI J-L (1988) La peau coupée. Hypothèses sur les phlébotomies : les logiques d'un acte. *Nervure: Journal de psychiatrie* 1(1):13–18
15. BETTELHEIM B (1971) *Les blessures symboliques. Essai d'interprétation sur les rites d'initiation.* Gallimard
16. BION WR (2003) *Aux sources de l'expérience.* 5ème ed. Presses Universitaires de France

17. BOTBOL M (1999) Adolescence et attachement. *Adolescence* 63-79
18. BOTBOL M, Cupa D, coll (2000) Les destins de l'attachement à l'adolescence. CUPA D(sous la direction de): *L'attachement Perspectives actuelles*, Paris, EDK 69-82
19. BOWLBY J (1951) Maternal care and mental health.
20. BOWLBY J (1958) The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-analysis* 39(5):350-73
21. BOWLBY J (1969) *Attachement et perte, Volume 1 : L'attachement.*, Presses universitaires de France. Paris
22. BOWLBY J (1973) *Attachement et perte, volume 2 : La séparation : angoisse et colère.*, Presses universitaires de France. Paris
23. BOWLBY J (1980) *Attachement et perte, volume 3 : La perte: tristesse et dépression.*, Presses universitaires de France. Paris
24. BOWLBY J (1988) *A secure base: clinical applications of attachment theory.* Routledge (London)
25. BOWLBY J (2006) Quarante-quatre jeunes voleurs : leur personnalité et leur vie familiale. *La psychiatrie de l'enfant* 49(1):7
26. LE BRETON D (2003) *La peau et la trace*, Métailié.
27. LE BRETON D (2006) Scarifications adolescentes. *Enfances & Psy* 32(3):45
28. CHOQUET M, POMMEREAU X, LAGADIC C (2001) Les élèves à l'infirmerie scolaire : identification et orientation des jeunes à haut risque suicidaire. Editions Inserm.
29. CICCONE A (2001) Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique* 17(2):81
30. CLAES M, LACOURSE E (2001) Pratiques parentales et comportements déviants à l'adolescence. *Enfance* 53(4):379-399
31. CORCOS M, RICHARD B (2006) L'émotion mutilée : approche psychanalytique des automutilations à l'adolescence. *La psychiatrie de l'enfant* 49(2):459
32. CRITTENDEN P (2008) *Raising parents : Attachment, parenting and child safety.*
33. CROWELL, coll (1999) *Measurement of Individual differences in adolescent and adult attachment.*
34. CUPA D (2006) Une topologie de la sensualité : le Moi-peau. *Revue française de psychosomatique* 29(1):83
35. DELAGE M (2008) *L'attachement à l'adolescence: Applications thérapeutiques.* Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux 40(1):79
36. DOLTO F (1984) *L'image inconsciente du corps.* Points.
37. Dozier M, et al (1999) *Attachment and psychopathology in adulthood.* Cassidy J, Shaver

P, eds. Handbook of attachment : theory research and clinical applications. New York : Guildford Press

38. DUGRAVIER R, al. (2006) Attachement et troubles du comportement. Perspectives Psy 45(1):87-92
39. FAVAZZA A (1989) Why patients mutilate themselves. Hospital and Community Psychiatry A989(40):137-145
40. FAVAZZA A (1998) The coming age of self-mutilation. Journal of nervous and mental diseases 186:259-268
41. FAVAZZA AR, CONTRERIO K (1989) Female habitual self-mutilators. Acta Psychiatrica Scandinavia (79):283-289
42. FONAGY P (1999) La compréhension des états psychiques, l'interaction mère-enfant et le développement du self. Devenir
43. FONAGY P (2000) Attachement au cours de la petite enfance, désordres de la conduite à l'adolescence: le rôle de la fonction réflexive. Adolescence 345-364
44. FONAGY P, al. (1996) The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. Journal of consulting and clinical psychology 64:22-31
45. FONAGY P, TARGET M (1997) Attachment and reflective function: Their role in self-organization. Development and psychopathology 9(04):679-700
46. FREUD S (1914) Pour introduire le narcissisme. Payot
47. FREUD S (1962) Trois essais sur la théorie de la sexualité. Gallimard.
48. FREUD S (1981) Le moi et le ça. Payot
49. GAREL P (2008) L'automutilation superficielle à l'adolescence : le corps dans tous ses états. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux 40(1):227
50. GEUZAIN C, LEBRUN C (2000) Le passage à l'acte auto-agressif et sa prise en charge thérapeutique: le risque d'aider. Perspectives Psy 39(2):157-163
51. GICQUEL L, CORCOS M (2011) Les automutilations à l'adolescence. Dunod
52. GICQUEL L, CORCOS M, RICHARD B, GUELFY J-D (2007) Automutilations à l'adolescence.
53. GICQUEL L, MARCELLI D, CORCOS M (2009) Les scarifications à l'adolescence: quelles significations? Archives de pédiatrie 16(6):840-841
54. GROSSMANN KE, GROSSMANN K (1998) Développement de l'attachement et adaptation psychologique du berceau au tombeau. Enfance Tome 51(3):44-68
55. GUEDENEY N (2002) Théorie de l'attachement et application aux techniques psychothérapeutiques chez l'adulte. L'attachement Concepts et applications. , pp 155-162
56. GUEDENEY N (2011) Les racines de l'estime de soi: apports de la théorie de l'attachement. Devenir 23:88

57. GUEDENEY N, GUEDENEY A L'attachement: approche théorique Du bébé à la personne âgée.
58. GUTTON P (1991) Le pubertaire. Paris PUF
59. HAWTON K, coll Deliberate self-harm in adolescents : self report survey in schools in England. *BMJ* (325):1207-1211
60. HERPETZ S (1995) Self-injurious behavior. Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injuries. *Acta Psychiatrica Scandinavia* (91):57-68
61. HOLMES J (1993) John Bowlby and attachment theory. Routledge
62. HOLMES J (2001) A search for a base secure: attachment theory and psychotherapy. Routledge (New-York)
63. VAN IJZENDOORN MH, coll Disorganized attachment in early childhood : Meta analysis of precursors, concomitants and sequelae. *Development and Psychopathology*. *Development and Psychopathology* 11:225-249
64. JEAMMET P (1994) Les vicissitudes du travail de séparation à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 42:
65. JEAMMET P (2001) Innovations en clinique et psychopathologie de l'adolescence. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier, pp 672-678
66. JEAMMET P (2009) Paradoxes et dépendance à l'adolescence.
67. JOLY V Présentation de la pensée de Wilfred Bion : la place de l'autre. *Paradoxa Entre psychologie et autre chose*
68. KESTEMBERG E (1962) L'identité et l'identification chez les adolescents. *Psychiatrie de l'enfant* 5(2):441-522
69. KLONSKY D, coll (2003) Deliberate Self-Harm in a Nonclinical Population : Prevalence and Psychological Correlates. *Am J Psychiatry* 160(8):1501-1508
70. LACAN J (1958) Séminaire sur les formations de l'inconscient.
71. LAMBERT S, DUPUIS G, GUISSÉAU M, VENISSE J-L (2004) Automutilations à répétition du sujet jeune: parler un même langage. *Synapse* (209):25-28
72. LAMOTTE F, MALKA J, DUVERGER P (2009) Apport de la théorie des enveloppes psychiques à la compréhension des conduites de scarifications à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 57(2):146-153
73. LAPLANCHE J, PONTALIS J-B (1994) Vocabulaire de la psychanalyse, 12ème ed. Presses Universitaires de France
74. LAURU D (2004) Perçons corps. *Champ psychosomatique* 36(4):119
75. LEROUX J, TERRADAS M (2013) Fonction réflexive parentale et trouble réactionnel de l'attachement: perspectives théoriques. *La psychiatrie de l'enfant* 56:293-315

76. LIOTTI G (2004) Trauma, dissociation and disorganized attachment : Three strands of a single braid. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training* (41):472–486
77. LOUPPE A (2001) Automutilations transitoires à l'adolescence. *Revue française de psychanalyse* 65(2):463
78. DE LUCA M, al. (2012) Les scarifications à l'adolescence : un équivalent suicidaire ? *La psychiatrie de l'enfant* 55(2):637–678
79. LYONS-RUTH K (2005) L'interface entre attachement et intersubjectivité : perspectives issues de l'étude longitudinale de l'attachement désorganisé. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 35(2):61
80. LYONS-RUTH K, SPIELMAN E (2004) Disorganized infant attachment strategies and helpless-fearful profiles of parenting : integrating attachment research with clinical intervention. *Infant Mental Health Journal* (25):318–335
81. MAIN M (1998) De l'attachement à la psychopathologie. *Enfance* Tome 51(3):13–27
82. MARCELLI D (2009) *Enfance et psychopathologie*, 8ème ed. Masson
83. MARCELLI D, BRACONNIER A *Adolescence et psychopathologie*. 7ème ed. Masson
84. MC ALLISTER M (2003) Multiple meanings of self-harm : A critical review. *International journal of mental health nursing* (12):177–185
85. MISTYCKI V, GUEDENEY N (2007) Quelques apports de la théorie de l'attachement: clinique et santé publique. *Recherche en soins infirmiers* (2):43–51
86. MOSS H, et al (2012) L'efficacité des interventions fondées sur l'attachement pour les parents maltraitants et leurs enfants. *Cahier recherche et pratique* 2(1):5–8
87. PATTISON M, KAHAN J (1983) The deliberate self-harm syndrom. *Am J Psychiatry* 140:867–872
88. PERDEREAU F, ATGER F (2002) Evaluation de l'attachement chez l'adolescent et l'adulte. *L'attachement Concepts et applications*, Masson. , pp 93–102
89. PIERREHUMBERT B (2003) *Le premier lien - Théorie de l'attachement*.
90. PIONNIE N, ATGER F (2003) Attachement et psychopathologie. *Perspectives Psy* 42(2):129–133
91. POMMEREAU X (2006) Les violences cutanées auto-infligées à l'adolescence. *Enfances & Psy* 32(3):58
92. POMMEREAU X (2006) Figurabilités corporelles à l'adolescence: Des conduites d'agir aux actes de soins en institution. *Adolescence* 57(3):623
93. RICHARD B (2005) Les comportements de scarification chez l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 53(3):134–141
94. ROSENSTEIN DS, HOROWITZ HA (1996) Adolescent attachment and psychopathology.

95. ROSS S, HEATH N (2002) A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of youth and adolescence* (1):67–77
96. SAGI, coll (1994) Stability and discriminant validity of the Adult Attachment Interview : a psychometric study in young israeli adults. *Developmental Psychology* (330):771–777
97. SCARAMOZZINO S (2004) Pour une approche psychiatrique de l'automutilation : implications nosographiques. *Champ psychosomatique* 36(4):25
98. SLADE A (2008) The implications of attachment theory and research for adult psychotherapy.
99. STERN DN (2003) Le monde interpersonnel du nourrisson. Une perspective psychanalytique et développementale. 4ème ed. Presses Universitaires de France
100. STRYCKMAN (2009) Deuil, mélancolie et dépression. *Le Bulletin Freudien*
101. SUYEMOTO KL (1998) The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review. Clinical Psychology Review* (8):531–554
102. SWAIN JE, coll (2007) Brain basis of early parent-infant interactions : psychology, physiology, and in vivo functional neuroimaging studies. *Journal of child psychology and psychiatry* (48):262–287
103. TARABUSLY GM, LAROSE S, PEDERSON DR, MORAN G (2000) Attachement et développement, Le rôle des premières relations dans le développement humain.
104. WATERS E, al (1995) Attachment security from infancy to early adulthood : a 20-year longitudinal study. Etude présentée lors d'un meeting (Society for Research in Child Development in Indianapolis)
105. WIART Y (2011) L'attachement, un instinct oublié. Albin Michel
106. WINNICOTT DW (1969) De la pédiatrie à la psychanalyse. Payot.
107. ZIMMERMAN P, al (1995) Attachment in adolescence : a longitudinal perspective. Etude présentée lors d'un meeting (Society for Research in Child Development in Indianapolis)

## **Serment Médical**

**Au moment d'être admis (e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.**

**Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.**

**Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.**

**J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.**

**Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.**

**Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.**

**Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.**

**Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.**

**J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.**

**Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé (e) si j'y manque.**

**Titre de Thèse :**

**Scarifications à l'adolescence  
Apports de la théorie de l'attachement à la psychopathologie et à la prise en charge.**

---

Le recours aux scarifications est de plus en plus fréquent dans la population adolescente et comme motif de consultation aux urgences. L'histoire de vie de ces adolescents qui recourent à l'attaque corporelle est souvent marquée par de la discontinuité, des carences ou de la violence intra-familiale. Dans quelle mesure ce contexte développemental peut-il expliquer le recours à l'attaque corporelle à l'adolescence ? La théorie de l'attachement, basée sur les relations précoces mère-enfant, permet d'apporter un éclairage psychopathologique avec les notions de caregiving sécure, de base sécure, de balance dynamique attachement-exploration et de modèles internes opérants. Le thérapeute doit représenter une nouvelle base sécure, c'est la clé d'un changement possible. Deux cas cliniques nous permettent d'illustrer nos propos théoriques.

---

**MOTS-CLES**

Adolescent – psychopathologie – Bowlby - attachement – sécurité – émotions – caregiving – modèles internes opérants - scarifications–Moi-peau – autonomisation – séparation –apaisement -