

Mlle A. Do. ou l'attachement insécure

Lydia Barlag

DANS **PSY CAUSE** 2005/4 n°42 , PAGES 31 À 34

ÉDITIONS **PSY CAUSE INTERNATIONAL**

ISSN 1245-2394

DOI 10.3917/psca.042.0031

Date de mise en ligne : 24/03/2025

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-psy-cause-2005-4-page-31?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Psy Cause International.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.



Lydia Barlag

Mlle A. Do. ou l'attachement inséculaire

Travaillant dans un service de psychiatrie adulte, nous suivons peu de grands adolescents ou de jeunes adultes. Ils sont accueillis lors d'une situation de crise, ils sont la plupart du temps à un moment crucial de leur vie sur le plan social, professionnel et familial. Parfois, alors qu'ils l'ont été jusque là, ils ne sont plus suivis en pédopsychiatrie en raison de leur âge. Cette période est propice aux décompensations. Un des questionnement présents est celui du mode d'attachement acquis durant la petite enfance et de son devenir.

Ce mode influence les représentations que l'enfant a de lui-même et des autres, ainsi que ses stratégies mises en place pour traiter les pensées et les émotions relatives à l'attachement. Ainsi, le sentiment continu d'exister, le sentiment de sa propre valeur, le narcissisme se constituent et s'inscrivent dans une succession de relations fondatrices du processus d'attachement décrit par Bowlby (Attachement et pertes, 1999). C'est à partir de cette base sécurisée (lorsqu'elle est acquise) que se développe la personnalité de l'enfant, de l'adolescent, de l'adulte jeune (Visier, mai 2004). Son envie de découvrir le monde, sa confiance dans les autres et son lien avec eux et son estime de soi-même, sont la composante narcissique de l'existence si importante à cette période.

Il s'avère que 97 % des adolescents hospitalisés en psychiatrie ont un attachement inséculaire. Ils ont dû établir des stratégies alternatives pour se structurer, pour apercevoir et gérer le monde, la relation avec les autres, et l'estime d'eux-mêmes. Ils sont donc plus vulnérables et plus à même de développer des pathologies psychiatriques tout particulièrement. Placés à un moment crucial de leur développement, ils prennent leur entrée en maladie « en pleine figure » (Atger, Pionnié, 2003). Pourtant, il y a des signes précurseurs, repérables pendant toute leur enfance, passant souvent inaperçus, dont le repérage permet de mettre en place un suivi pédopsychiatrique.

Le cas clinique de Mlle A. Do., est exemplaire : c'est une « jeune majeure » hospitalisée dans notre service pour troubles dépressifs avec idées noires, scarifications, associées à un délire de persécution avec hallucinations auditives et visuelles évoluant depuis 5 mois. Nous verrons au fur et à mesure l'existence de facteurs de risque de troubles de l'attachement et de prodromes de sa maladie non-repérés depuis son enfance. Nous verrons que cet attachement inséculaire non seulement aura favorisé son entrée dans la maladie, mais continue à la mettre en échec dans sa vie débutante d'adulte.

Cas Clinique

Mademoiselle A. Do. vient à sa propre demande accompagnée par les éducateurs du foyer de l'enfance dans lequel elle vit depuis quatre ans.

Elle est l'aînée de deux ans de sa sœur. Elle a été annoncée comme garçon par l'échographiste pendant la grossesse, son nom « Adrian » a été modifiée en « Adriane » le jour de sa naissance. Un prénom de fille n'était pas prévu par les parents.

La mère de la patiente est femme au foyer, femme battue, sans profession et porteuse d'une maladie neurologique. Lorsque la patiente a 2 ans, sa sœur venant de naître, sa mère sera hospitalisée pendant 6 mois suite à un accident. Pendant ce temps, ce sont des voisins qui s'occupent d'Adriane et de sa sœur.

Suite à cet accident, la mère reste handicapée et ne peut plus s'occuper de sa fille aînée. Le contact avec Adriane devient sporadique, distant et conflictuel pendant toute l'enfance de la patiente. Le père est un ancien toxicomane, maltraitant et agissant sur un mode pervers vis-à-vis de l'ensemble sa famille. Ni lui, ni sa femme ne posent de limites cohérentes à leurs filles.

Adriane a présenté des troubles du comportement dès le retour au domicile de sa mère. Elle la frappe, est opposante par principe et se montre intolérante à la frustration. A l'âge de 8 ans, elle fait partie d'une bande d'enfants commettant des vols à l'étalage. Au moment où, surprise et sanctionnée, alors qu'elle est « forcée » à rembourser la valeur du butin

pris, c'est à dire qu'une limite lui est posée, sa pulsion de voler s'arrête net.

La violence et la notion de danger (conduite ordalique) font partie de sa vie ce qu'illustre sa première relation amoureuse. A l'âge de 16 ans, elle a une relation avec un garçon qui la bat sans qu'elle puisse se défendre. Au moment de l'hospitalisation, elle n'a pas eu de rapports aboutis.

Le père élève ses deux filles après la séparation de sa femme survenue alors qu'Adriane a 11 ans. C'est elle qui le retrouve, mort, au lendemain d'une dispute forte avec elle au cours de laquelle elle lui a souhaité la mort. Elle fait alors semblant de n'avoir rien remarqué et attend que sa sœur donne l'alerte.

Après le décès de leur père, les deux filles seront placées dans un foyer de l'enfance. Elles ne verront leur mère que pendant les vacances scolaires et encore, sur insistance du juge des enfants. Ce n'est que 2 ans plus tard que la mère initie un processus de rapprochement familial et que ses filles doivent changer de département pour la rejoindre. La patiente est placée dans le foyer où elle réside au moment de l'hospitalisation ; sa sœur est acceptée dans une famille

d'accueil. Le contact entre la patiente et sa mère ne s'améliore pas et contiendra des ruptures de contact pendant plusieurs mois.

C'est à partir du placement en foyer que la patiente se pose des questions existentielles comme: « D'où venons-nous ? » « Est-ce que quelqu'un nous a posé sur terre ? » et qu'elle commence à croire aux esprits. Depuis qu'elle a vu le film « The Truman Show ¹ », la patiente a un sentiment de déréalisation et un syndrome d'influence et de persécution conçue comme dirigée contre elle. Toutes ces manifestations lui font très peur et elle se replie sur elle-même sans oser sortir seule du foyer. Elle se fait faire une dizaine de piercings, commence à ressentir de la tristesse accompagnée d'idées noires et se scarifie de plus en plus souvent. Elle ne se sent liée qu'à elle-même, n'ayant jamais pu établir des liens fiables avec qui que ce soit.

A l'école, la patiente reste très performante jusqu'en Première S. Elle envisage des études de sage-femme, ou alors des études de médecine. Au cours de l'année 2003/2004 on note un absentéisme et une baisse continue des résultats scolaires jusqu'à son hospitalisation.



1. The Truman show, film USA 1998, Paramount, réalisateur Peter WEIR.

Nous pouvons repérer comme facteurs de risque pour le développement de troubles de l'attachement :

Dès le début de sa vie intra-utérine, Mlle A. Do. n'est pas acceptée pour ce qu'elle est réellement, un fille. Elle reste d'ailleurs « garçon manqué » pendant toute son enfance.

S'y rajoute la séparation de longue durée de sa mère après son accident. D'après Bowlby², les pertes ou deuils sont souvent à la source d'une pathologie psychiatrique.

Les carences affectives, l'incohérence parentale, l'agressivité au cours du développement précoce privent l'enfant de points de sécurité adéquats et le contraignent à des stratégies relationnelles génératrices d'un attachement insécure. L'enfant établit des relations en termes de rapports de forces : « Ou tu me tabasses, où je te tabasse » (Visier, cours de D.U. 2004).

Les représentations mentales, ainsi que la perception du « soi » d'un tel enfant sont également déformées en comparaison avec celles d'un enfant doté d'un modèle d'attachement sécure. Différentes pathologies comme celle du deuil pathologique, la dépression névrotique, l'agoraphobie, les troubles de la personnalité, une psychose, des troubles du comportement ou alors les comportements suicidaires peuvent s'ensuivre comme solution pathologique d'une situation désespérée d'un trouble de l'attachement.

La notion de « danger » de ne pas être reconnue, d'être abandonnée, fait depuis toujours partie de la vie de Mlle A. Do. A sa naissance, elle a vécu le danger d'être une fille ayant été attendue comme garçon. Elle a vécu le danger de perdre sa mère à l'âge de 2 ans, puis a pâti de l'incapacité de cette dernière de s'occuper d'elle convenablement. Elle a vécu le danger de la maltraitance de par son père et l'indifférence de sa mère. Ensuite, son père meurt et elle peut (inconsciemment ou consciemment) s'en voir comme actrice à cause de leur dispute de la veille et de ses pensées, comme si sa pensée « magique » pouvait tuer. Elle devient donc elle-même porteuse du danger de mort.

Symptômes d'un trouble de l'attachement :

Les troubles du comportement sont une manière de montrer un attachement insécure. En utilisant une hyper signalisation, l'enfant essaie à tout prix d'attirer l'attention de la figure d'attachement (Bader, Pierrehumbert, 2004).

Le détournement du corps de son père peut être vu comme le signe d'un attachement insécure. L'enfant se détourne de ses propres émotions, les fuit, sachant que sa figure d'attachement n'y prêtera de toute façon pas attention. Il pouvait aussi y avoir, dans cette scène « primordiale et fondatrice », la notion d'une culpabilité d'un indicible : dire la mort du père qu'on avait souhaité (Bader, Pierrehumbert, 2004).

Les piercings sont des phénomènes très répandus de nos jours. Ils se réfèrent à des rituels vieux de plusieurs millénaires, mais expriment des choses bien à eux. Ils renvoient aux pathologies de l'image du corps et de la pensée, et à l'histoire de l'attachement pendant la toute petite enfance (Scialom, 2003).

Tous ces événements montrent un attachement insécure tel que l'a construit Mlle A. Do. pendant sa petite enfance. Dans aucun domaine, cette patiente a été sécurisée. L'exploration de son environnement, elle a dû la faire sans le soutien d'une mère « suffisamment bonne » (Winnicott), qu'elle n'a jamais eue.

A l'entrée dans l'adolescence, l'attachement insécure de Mlle A. Do. est confirmé par la perte physique de son père et le nouveau désinvestissement de sa mère.

Symptomatologie :

La symptomatologie de Mlle A. Do. est complexe. On y trouve la dépression avec des idées noires très brutales : « J'ai envie de me foutre une balle dans la tête », un délire de persécution avec hallucinations acoustique-verbales et visuelles, l'auto-dépréciation, la culpabilité par rapport à la mort de son père, le vide existentiel, ainsi que des angoisses massives. Mlle A. Do. se scarifie pour meubler sa solitude. Elle craint le regard des autres mais se sent incapable de changer de présentation, d'enlever ses piercings qui attirent le regard ou de ne pas s'habiller dans le style « gothique ».

Elle ne se sent liée qu'à elle-même, n'ayant jamais eu l'occasion d'établir des liens fiables ni avec sa mère, ni avec son père, ni avec d'autres personnes autour d'elle.

L'ambivalence est un autre symptôme, elle se reflète à travers ses changements d'humeur incessants (passage des larmes et de l'effondrement dans le pavillon au rire avec ses amis dans le trois minutes), dans les nombreuses variations de comportement (radieuse avec des amis, renfermée dans le pavillon) ainsi que par rapport à la nécessité de son hospitalisation, ses permissions et ses relations. Ce symptôme a tendance à lui porter tort parce qu'elle se présente sur des modes de comportement et d'attitudes divergents selon les personnes.)

Prise en charge de la patiente

La prise en charge de cette patiente s'est avérée complexe dès le début de son hospitalisation. Le test de la personnalité (Rorschach) révèle une structure psychotique. Son ambivalence, ses passages à l'acte, ses changements d'humeur réussissent à cliver l'équipe soignante, les uns la jugeant « manipulatrice et hystérique », les autres l'appréhendant comme gravement malade.

L'accompagnement par l'Aide Sociale à l'Enfance est problématique. Le « contrat jeune majeur » doit être renouvelé tous les trois mois. Mlle A. Do. risque de perdre son logement au foyer parce qu'elle est située au delà de la limite d'âge de prise en charge par ce foyer. En effet, à un moment la patiente se retrouve sans logement. Adriane est donc constamment dans l'insécurité concernant son propre domicile et ses ressources, le danger d'abandon est encore présent, même de la part des structures de prise en charge.

Nous avons mis en place un traitement psychotrope associé à des entretiens médicaux bi-hebdomadaires, ainsi qu'une psychothérapie hebdomadaire. La patiente accroche à ces



nouveaux points de référence dans sa vie. Dans le but de la narcissiser, nous lui proposons de la relaxation, l'activité piscine, gymnastique et danse, c'est à dire des soins psychocorporels. En parallèle avec la poursuite d'une scolarisation en milieu normal, nous établissons des dossiers de candidature pour différents centres de réinsertion sociale et professionnelle, dont un lycée pour malades mentaux.

Le but sera d'obtenir une adhésion aux soins et de passer du registre de la dépendance et de l'assistance (générateur d'ambivalence) à l'autonomie. Il faudra être vigilant à ses essais de mettre en échec les projets d'avenir et surtout éviter ce qui pourrait être vécu comme un autre abandon en référence à son vécu abandonnique établi depuis la toute petite enfance.

L'hospitalisation se déroule en dents de scie. Nous constatons une survenue de plus en plus fréquente de larmes, capacité que la patiente n'avait plus depuis le décès du père. Il y a une ouverture de plus en plus nette dans ses propos, une prise de confiance et conscience de ses troubles et l'essai d'en comprendre l'origine. On constate une diminution des idées noires, ainsi que de son délire et de ses hallucinations, mais leur recrudescence est inévitable à chaque événement difficile vécu par la patiente. Elle s'attelle à son travail scolaire pendant son hospitalisation et une rescolarisation dans sa filière d'origine est tentée selon son souhait. En même temps, nous essayons d'établir un filet de sécurité en envisageant d'autres projets d'avenir avec elle.

A ce jour, la patiente cherche son chemin d'avenir. Elle a presque 20 ans et a mis en échec plusieurs projets professionnels. Elle vit dans une famille d'accueil de l'ASE qu'elle devra quitter à l'âge de 21 ans, au moment où la prise en charge de l'ASE s'arrêtera.

Elle accepte l'hôpital comme un point de chute auquel elle revient régulièrement lors d'évènements de vie douloureux qui provoquent la recrudescence de la symptomatologie délirante et dépressive. Nous nous posons actuellement la question d'une orientation COTOREP en vue de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé et d'une demande d'AAH afin de lui éviter une fin de toute prise en charge d'ici un an.

Bibliographie

1. Pionnie N., Atger F., « Attachement et Psychopathologie », Perspectives Psy, vol. 42, n° 2, avril-juin 2003, p. 129-133.
2. Atger, F., Pionnie, N., « Attachement et adolescence », Perspectives Psy, vol. 42, n° 2, avril-juin 2003, p. 122-128.
3. Visier J.-P., « Sentiment d'exister et estime de Soi », texte pour cours du D.U. « Adolescences », 03/05/2004.
4. Vaillant N., « Synthèse », Encéphale du Praticien, n° hors Série 5, novembre 2000, p. 53-54.
5. Bader M., Pierrehumbert B., « Attachement et violence », Psychiatrie Française, vol. 43, n° 4, octobre-novembre 2004, p. 255-295.
6. Visier J.-P., « Troubles du comportement de l'adolescent », texte pour cours du D.U. « Adolescences », 22/04/2004.
7. Scialom P., « Circoncision, Tatouage, Tags : vrais ou faux rituels ? », Evolutions Psychomotrices, vol. 15, n° 61, 2003.
8. Guedeney N., Guedeney A., L'attachement. Concepts et applications, collection : Les âges de la vie, Paris, Masson, 179 p., 2002.
9. Bowlby J. (1978), Attachement et perte, Paris, PUF, 2002.