

RP

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

**L'anxiété de séparation et les relations d'attachement : théories, connaissances
empiriques et interventions psychosociales.**

Par
Cristiana Chiosa

Essai présenté à la Faculté d'éducation
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès art (MA) M. Sc.
Psychoéducation

DATE DE RETOUR

Juin 2007

CRP-Education

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION DE LA PROBLÉMATIQUE	1
PREMIER CHAPITRE – ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LE TROUBLE ANXIÉTÉ DE SÉPARATION	3
1.1 Définition du trouble anxieté de séparation (TAS)	3
1.1.1 Distinction entre le TAS et l'angoisse de séparation normale	5
1.1.2 Manifestations cliniques du TAS et stades de développement	5
1.2 Incidence et influence des facteurs associés au TAS	6
1.2.1 Prévalence	6
1.2.2 Caractéristiques socio-économique et événements de vie stressants	6
1.2.3 Psychopathologie parentale.....	7
1.3 Les troubles commorbides au TAS	9
1.3.1 Présence de troubles intériorisés	9
1.3.2 Présence de troubles extériorisés	10
1.4 Trajectoire de développement du TAS	12
1.4.1 Difficultés psycho-sociales à l'enfance	12
1.4.2 Difficultés psycho-sociales à l'adolescence et l'âge adulte.....	13
DEUXIÈME CHAPITRE – RECENSION DES ÉCRITS	14
2.1 Présentation d'un modèle transactionnel lié au développement du TAS.....	14
2.2 Contribution et fondement de la théorie de l'attachement	14
2.2.1 La théorie évolutionniste de Bowlby	15
2.2.2 La qualité de la relation d'attachement	16
2.2.3 Représentations et attitudes des figures d'attachement	17
2.2.4 Les modèles internes opérants (MIO)	19

2.3 Relation entre la théorie de l'attachement et les aspects comportementaux, cognitifs et émotionnels associés à l'anxiété.....	21
2.3.1 Au niveau comportemental	21
2.3.2 Au niveau cognitif	22
2.3.3 Au niveau émotionnel	23
2.4 L'attachement et l'influence du tempérament	24
2.5 Relation entre l'attachement insécure et les troubles anxieux	26
2.6 L'attachement, les pratiques parentale et les troubles anxieux	27
2.7 Processus de développement du TAS en lien avec la théorie de l'attachement	30
2.8 Conclusion.....	33

TROISIEME CHAPITRE – ANALYSE CRITIQUE DES PROGRAMMES

D'INTERVENTION.....35

3.1 Présentation des programmes	35
3.1.1 Description du programme <i>The Circle of Security</i>	35
3.1.2 Description du programme <i>Watch, Wait et Wonder</i>	37
3.1.3 Description du programmes <i>Parent-Child Interaction Therapy for Young Children with SAD</i>	39
3.2 Retombées des connaissances sur l'attachement et 'ses applications sur l'intervention psychosociale.....	42

CONCLUSION47

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....49

ANNEXE A – Modèle du processus de développement de l'anxiété chez les enfants.....55

ANNEXE B – Description des quatre types principaux d'attachement.....56

INTRODUCTION DE LA PROBLÉMATIQUE

Les troubles anxieux représentent la forme de détresse psychologique la plus répandue chez les enfants. Entre 10% et 20% seraient affectés (Dadds, Barrett, Rapee et Ryans, 1996). Typiquement, ce genre de trouble dérange moins l'entourage de l'enfant, donc il n'est pas étonnant de constater que souvent plusieurs années s'écoulent avant de recourir aux services professionnels visant à aider l'enfant et sa famille à régler ses difficultés. Il est pourtant primordial d'intervenir le plus tôt possible auprès de cette clientèle puisque les problèmes anxieux non traités chez les enfants en bas âge peuvent nuire sérieusement à leur fonctionnement quotidien et hypothéquer leur trajectoire de développement.

Curieusement, les troubles intériorisés ont été nettement moins étudiés que les problèmes d'externalisation, mais la recherche sur les troubles anxieux suggère néanmoins que la présence de ces phénomènes à la période scolaire constitue un facteur de risque menant au développement de certaines difficultés psychosociales et des formes de psychopathologie durant l'enfance ou l'adolescence (Dadds *et al.*, 1996).

Dadds *et al.* (1996) suggèrent également que les adultes, parents et enseignants sont très sensibles aux comportements dits « perturbateurs » de l'enfant ayant un trouble du comportement. À l'inverse, ces adultes perçoivent plus difficilement les troubles intériorisés et les manifestations anxieuses de l'enfant affecté, surtout lorsqu'il est jeune. D'ailleurs, certains auteurs soutiennent que les adultes constitueraient une meilleure source d'information lorsqu'il s'agit de rapporter les troubles extériorisés, tandis que les enfants décrivent mieux les troubles intériorisés (Loeber, Green et Lahey, 1990 dans Dugré et Trudel, 2005). Selon Dugré *et al.* (2005), il faut questionner l'enfant sur les perceptions qu'il entretient de son monde afin d'obtenir des informations plus représentatives sur son développement psycho-social.

Parmi les troubles anxieux retrouvés à l'enfance, ce travail abordera le trouble d'anxiété de séparation (TAS), principalement caractérisé par une perturbation des interactions entre l'enfant et ses figures principales d'attachement. Étant donné la nature relationnelle de ce trouble, une perspective transactionnelle sera privilégiée afin de mieux comprendre le processus impliqué dans le développement du TAS. Le modèle de Manassis et Bradley (1994) fût une source d'inspiration pour la présente étude puisqu'il met l'emphase sur la théorie de l'attachement pour expliquer l'apparition de troubles anxieux.

En s'inspirant de ce modèle transactionnel et dynamique, une recension des écrits portera principalement sur l'influence des relations d'attachement parent-enfant et leurs implications dans le développement du TAS. Comme la majorité des recherches portent sur l'ensemble des troubles anxieux, il est difficile d'isoler les facteurs de risque associés aux relations parent-enfant spécifiques pour le TAS. Cette étude tentera donc d'expliquer en quoi certaines recherches peuvent nous éclairer plus particulièrement sur les origines et le processus de développement du TAS.

Du point de vue de l'intervention, il s'agit de connaître les facteurs de risque qui président le développement du TAS afin de poser les bases d'interventions préventives et curatives efficaces auprès de cette population. L'objectif de ce travail est également de soumettre des programmes jugés efficaces dans le domaine à une évaluation critique et d'y apporter des recommandations. Ainsi, les programmes d'intervention, qui ont déjà été mis en oeuvre afin d'améliorer l'ajustement psycho-social des enfants ayant un TAS et leur famille seront d'abord examinés. Finalement, des suggestions contribuant à améliorer les programmes visant à aider ces enfants et leurs familles seront proposées.

**PREMIER CHAPITRE – ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LE TROUBLE
ANXIÉTÉ DE SÉPARATION**

1.1. Définition du trouble anxiété de séparation

Plusieurs études révèlent qu'un enfant atteint d'un trouble d'anxiété de séparation présente une souffrance psychique limitant son fonctionnement dans différentes sphères de vie. Afin de comprendre comment se développe le TAS, qui affecte un bon nombre d'enfants d'âge scolaire, il faut entreprendre un bref survol de l'état des connaissances actuel concernant ce trouble. D'abord, il s'agira de définir le TAS, selon les critères les plus récents du DSM-IV, afin de bien souligner la distinction entre ce trouble et l'angoisse de séparation dite normale. Puis, à partir des informations colligées à travers plusieurs textes, il sera question d'examiner les données sur l'incidence du trouble, certains facteurs influençant le TAS – caractéristiques démographiques, événements stressants, psychopathologie parentale – les troubles associés de types intériorisés et extériorisés, ainsi que la trajectoire de développement.

1.1.1. Distinction entre le TAS et l'angoisse de séparation normale

Généralement, le TAS est diagnostiqué vers l'âge de 6-7 ans, mais il peut aussi apparaître à l'adolescence (Last, Perrin, Hersen et Kazdin, 1992). Le TAS se manifeste principalement par une peur excessive de l'enfant d'être séparé, ou lorsqu'il anticipe une séparation des personnes avec lesquelles il a établi une relation d'attachement significative (APA, 1994). Plus précisément, afin qu'un enfant reçoive un diagnostic d'anxiété de séparation, il devra manifester au moins trois des huit symptômes décrits dans le DSM-IV.

Évidemment, il n'est pas toujours facile de départager ce qui appartient au développement normal et pathologique puisque tous les enfants affrontent éventuellement une quelconque peur durant leur développement. Quand faut-il considérer une manifestation anxieuse comme étant pathologique? Compte tenu de la fréquence des sentiments d'anxiété liés à la séparation chez les enfants en bas âge, plusieurs auteurs insistent sur la distinction entre l'anxiété de séparation et l'angoisse de séparation développementale, événement tout à fait normal, dans la petite enfance (de l'âge de 6-7

mois à la première année de classe maternelle) (Silverman et Dick-Niederhauser, 2004). Cette réaction de détresse, qui survient vers l'âge de 6 mois lorsque le bébé est séparé physiquement de sa mère, est un phénomène universel, présent dans toutes les cultures et ethnies.

Silverman *et al.* (2004) avancent donc trois critères pour marquer cette distinction. Le premier se rapporte à la récurrence des symptômes liés au TAS : ils doivent se manifester depuis plus de quatre semaines. La nature prolongée et extrême des symptômes par rapport à ce qui est normalement observé chez les enfants de même groupe d'âge et de même stade développemental constitue le deuxième critère. Le dernier critère s'intéresse à la manifestation de symptômes qui entraînent une souffrance psychique cliniquement significative et qui entravent le développement social, scolaire et occupationnel de l'enfant.

Il est également intéressant de constater que les critères diagnostiques du DSM-IV – le refus d'aller à l'école par peur de la séparation ou d'aller se coucher sans être à proximité de l'une des figures d'attachement – font majoritairement référence à la relation d'attachement, c'est-à-dire au lien socio-affectif qui se développe entre l'enfant et la personne qui s'occupe de lui. Les critères du DSM-IV rejoignent donc la théorie de l'attachement, proposée par Bowlby (1969).

Celle-ci stipule que la qualité de relation précoce entre la figure d'attachement et l'enfant est déterminante pour son développement affectif futur. La capacité de la figure d'attachement de servir de base sécurisante pour l'enfant favorise un équilibre entre son besoin d'être réconforté en cas de détresse et celui d'explorer son environnement. L'enfant en bas âge dépend du parent comme base sécurisante qui le calme quand il est bouleversé. Par la suite, l'intériorisation de la relation avec le parent, procure à l'enfant un sentiment de sécurité qui l'encourage à explorer le monde. Les parents peuvent aussi se sentir plus à l'aise dans un registre que dans un autre. Ils modèlent ainsi la facilité qu'aura leur enfant à s'engager dans des relations de dépendance intime ou dans une exploration plus autonome (Marvin, Cooper, Hoffman et Powell, 2002). En ce sens, l'attachement est un facteur

essentiel pour le développement de l'autonomisation et la tolérance à la séparation chez l'enfant.

1.1.2. Manifestations cliniques du TAS et stades de développement

Les études portant sur les enfants ayant un TAS révèlent certaines différences dans la manifestation des symptômes en fonction du niveau de développement atteint par l'enfant. Par exemple, chez les plus jeunes, cette détresse se traduit par des pleurs bruyants, des cris ou des crises de colère ayant pour but de retarder le plus longtemps possible la séparation. Ou encore, dans sa manifestation plus sévère, l'enfant peut ressentir un état de panique accompagné de signes somatiques, tels des céphalées, des nausées, des vomissements et des maux d'estomac (Gittelman et Klein, 1984). Chez les enfants plus âgés, les signes de détresse sont habituellement moins prononcés, mais avec le développement du langage et de la pensée, l'enfant manifeste des préoccupations et des craintes irréalistes et récurrentes qui sont difficilement soulagées par un raisonnement logique (Silverman *et al.*, 2004). Les pensées dysfonctionnelles portent surtout sur l'intégrité de la famille par exemple la crainte de la maladie ou décès d'un parent, mais aussi sur l'intégrité de l'enfant lui-même, comme sa peur d'être séquestré et d'être séparé de sa famille (Silverman *et al.*, 2004).

À la lumière de ces constatations, les différences notées dans la manifestation des symptômes associés au TAS reflètent un processus adaptatif chez les enfants ayant ce trouble. L'hypothèse proposée ici veut que les enfants plus âgés, ayant atteint un niveau de maturité plus grand, intériorisent davantage leurs craintes de séparation, au lieu de les exprimer ouvertement à leur figure d'attachement. La peur d'être rejeté par cette figure les motive à se comporter de cette façon. Il serait donc intéressant de construire des instruments de mesure afin de mieux comprendre les raisons expliquant ces sentiments, et ce, selon le niveau de développement de l'enfant.

1.2 Incidence et influence des facteurs associés au TAS.

1.2.1 Prévalence

Différentes études épidémiologiques réalisées auprès de la population générale révèlent qu'environ 3% à 5% des enfants et des jeunes adolescents présentent un TAS (Anderson, Williams, McGee et Silva, 1987 ; Compton, Nelson et March, 2000 ; Prior, Sanson, Smart et Oberklaid, 1999.). L'incidence du trouble demeure toutefois plus élevée chez les enfants que chez les adolescents (Last *et al.*, 1992). Le TAS est également l'une des formes de trouble anxieux les plus représentées chez les enfants provenant d'un échantillon clinique, avec un taux de 33% (Last, Perrin, Hersen et Kazdin, 1996).

Certaines études suggèrent aussi que le trouble apparaît deux fois plus fréquemment chez les filles que chez les garçons (Last *et al.*, 1992), tandis que d'autres rapportent un taux de fréquence similaire chez les deux sexes (Velez, Johnson et Cohen, 1989). Cette contradiction s'expliquerait soit par un problème lié aux tests de dépistage du TAS ou par les difficultés qu'éprouvent les adultes à déceler les troubles intériorisés chez les enfants. En effet, les garçons d'âge scolaire, dû peut-être à une moins grande maturité affective, manifestent davantage des troubles extériorisés qu'intériorisés, comparativement aux filles du même âge chronologique. Puis, ce sont fréquemment les types de comportements extériorisés qui, en général, attirent davantage l'attention des adultes puisqu'ils sont plus dérangeants pour l'entourage. Mise à part ces différends concernant la prévalence selon le sexe de l'enfant, les études révèlent toutefois que les filles et les garçons ne se distinguent pas dans l'expression des symptômes associés au TAS (Last *et al.*, 1992).

1.2.2. Caractéristiques socio-économique et événements de vie stressants

Outre le fait que la majorité des enfants ayant un trouble anxieux proviennent de milieu socio-économique moyen à élevé, 50% à 70 % des enfants présentant un TAS appartiennent à des milieux socio-économique défavorisés (Last *et al.*, 1992). Miech, Caspi, Moffitt, Wright et Silva (1999) révèlent également que les enfants issus de familles

démunies au niveau économique et affectif sont plus à risque de développer la condition. Ces familles marginalisées et dépendantes de l'aide sociale vivent beaucoup de stress, par peur de ne pouvoir subvenir aux besoins de leur famille. Les enfants élevés dans un environnement instable et peu stimulant, où les figures d'attachement sont peu disponibles, sont plus portés à vivre de l'anxiété de séparation.

Les événements de vie stressants, tels un divorce des parents, une maladie ou un décès dans la famille, un déménagement, une hospitalisation, des conflits familiaux ou un changement d'école, jouent également un rôle dans le déclenchement du TAS. Effectivement, dans la majorité des cas, le TAS survient à la suite d'une situation qui entraîne une perte ou une séparation avec des personnes auxquelles l'enfant est attaché. Les recherches révèlent également que les conditions dans lesquelles l'enfant vit rendent plus difficile l'adaptation à un tel événement. Par exemple, les enfants ayant un TAS proviennent souvent de familles monoparentales. Fergusson, Horwood et Lynskey (1994) ont trouvé un taux plus élevé de TAS chez les adolescents de 15 ans qui avaient été exposé au divorce de leurs parents, entre l'âge de zéro et quinze ans, comparativement aux adolescents qui n'avaient pas vécu une telle situation familiale. Ce phénomène s'expliquerait par la mauvaise interprétation que se fait l'enfant des conflits parentaux. Ne saisissant pas la nature des conflits entre ses parents, l'enfant s'attribue la cause de leur divorce. Les sentiments de culpabilité par rapport à la perte d'un des parents, en combinaison avec d'autres facteurs de risque, peuvent amener l'enfant à développer un TAS.

1.2.3 Psychopathologie parentale

D'autres études mettent aussi en évidence une association entre la présence de troubles psychopathologiques chez les parents et la survenue des troubles anxieux chez leur enfant. Certains auteurs soutiennent la théorie que les parents souffrant d'une psychopathologie, tel un trouble anxieux ou une dépression, ont plus de chance de voir leur

enfant également rencontrer les critères diagnostiques pour un trouble anxieux (Kendall, Chu, Pimentel et Choudhury, 2000; Turner, Beidel et Costello, 1987).

Turner et *al.*, (1987) ont comparé la prévalence de troubles anxieux chez les enfants ayant des mères qui ont soit un trouble anxieux, un trouble dystémique ou qui n'ont aucun diagnostic. Les résultats montrent que 38% des enfants du groupe « mère anxieuse » obtiennent soit un diagnostic de TAS ou d'anxiété généralisé, alors que 21% enfants du groupe « mère dystémique » rencontrent les critères pour un trouble anxieux (seul un enfant a été diagnostiqué TAS). Pour le groupe contrôle, aucun enfant n'a reçu de diagnostic. Ces résultats suggèrent donc qu'il y a un risque plus élevé de développer un trouble anxieux lorsque la psychopathologie maternelle est présente. Dans le même ordre d'idée, Kearney, Sims, Pursell et Tillotson (2003) ont mené une étude longitudinale auprès de 44 enfants ayant soit un diagnostic clinique du TAS, un diagnostic sub-clinique du TAS et ceux qui n'ont aucun trouble. Au début de l'étude, 20.5% de l'échantillon obtient un seuil clinique du TAS, 40.9 % un seuil sub-clinique et 38.6% ne présente aucun symptôme. Après trois ans, 6.8% rapportent un TAS clinique, 25% un TAS sub-clinique et 68.2% n'ont pas de symptôme. Les auteurs rapportent que les enfants qui continuent de présenter des symptômes du TAS ont des parents qui sont soit atteints d'une dépression, d'un trouble obsessionnel-compulsif, de phobies et d'anxiété généralisée plus sévères que les parents dont les enfants ne présentent plus de symptôme. D'après ces résultats, la psychopathologie parentale est liée à la stabilité du TAS chez l'enfant.

Bien que cette étude mette l'accent sur le processus de développement du TAS en s'appuyant sur la théorie de l'attachement, il a également été jugé important de ressortir certains facteurs de risque qui ont également une influence marquante sur le parcours du trouble. En effet, tenir compte de ces facteurs dans l'étiologie du trouble est pertinent pour la présente étude puisqu'ils favorisent le développement chez l'enfant d'un style d'attachement insécure, notion qui paraît à nos yeux déterminante dans le développement du TAS. Dans la seconde partie du travail, il sera davantage examiné en quoi le TAS est lié à la persistance d'un style d'attachement anxieux.

1.3 Les troubles commorbides au TAS

1.3.1 Présence de troubles intériorisés

De façon générale, il est rare qu'un enfant atteint d'un trouble anxieux présente qu'un seul type de trouble. Les recherches montrent que dans 50% des cas, un autre trouble anxieux est associé à l'anxiété de séparation (Last et *al.*, 1996). Par exemple, les enfants ayant un TAS manifestent souvent des phobies spécifiques. Celles-ci se caractérisent par une peur intense et persistante déclenchée par la présence d'un objet ou d'une situation spécifique, et ce, même en présence d'une personne significative. Les phobies qui sont les plus souvent rencontrées chez ceux-ci concernent la peur du noir, des fantômes ou des monstres (Last et *al.*, 1996). La phobie scolaire est également fréquemment vécue par cette clientèle (Kearney et Silverman, 1996). Traditionnellement, on mentionnait que les enfants développaient une phobie scolaire en raison de leur diagnostic d'anxiété de séparation. Kearney et *al.*, (1996) suggèrent toutefois que l'anxiété de séparation est plutôt caractéristique des jeunes enfants qui refusent d'aller à l'école, puisqu'en l'absence d'une personne familière et loin de chez eux, ils se sentent rapidement perdus et inquiets. Chez les enfants plus âgés, les peurs liées aux situations sociales ou d'évaluation académique expliquent davantage leur désintérêt scolaire.

On note également qu'environ un tiers des enfants diagnostiqués avec un TAS rencontrent également les critères diagnostiques pour le trouble anxieux généralisé (TAG), caractérisé par l'expression d'une crainte excessive se rapportant à des événements ou activités tout à fait quotidiens (Dumas, 2003). Westenberg, Siebelink, Warmenhoven et Treffers (1999) suggèrent un lien entre le développement psycho-social de l'individu et la transformation du TAS en un autre trouble anxieux, tel l'anxiété généralisée. Selon ces auteurs, l'impulsivité, la vulnérabilité et la dépendance sont les principaux enjeux des enfants plus jeunes (5 à 8 ans) ayant un niveau de développement du soi dit « impulsif ». Lorsque leurs besoins de dépendance ne sont pas comblés, ces enfants vivent de la détresse et recherchent de l'aide. De manière semblable, la peur des enfants ayant un TAS est de

perdre la protection de leur figure d'attachement. Le TAS est donc une forme extrême des traits qui caractérisent le niveau de développement dit «impulsif».

La même corrélation existe entre le niveau de développement «conformiste» et le TAG. Les enfants plus âgés (9 à 12 ans) ayant atteints ce niveau veulent correspondre à des modèles socialement désirables. Ils s'efforcent de répondre aux exigences d'autrui et sont très déçus d'eux-mêmes lorsqu'ils y échouent. De façon similaire, les enfants présentant un TAG se questionnent au sujet de leurs accomplissements et s'inquiètent souvent de leurs compétences et de ce que les autres pensent d'eux. Tout comme le TAS vis-à-vis le développement «impulsif», le TAG apparaît comme une forme extrême du niveau de développement du soi «conformiste». Autrement dit, Westenberg et al. (1999) postulent que l'anxiété excessive présente chez certains enfants prendrait des formes différentes selon le niveau de développement de soi ou le degré de maturité psychosociale qu'ils ont atteints.

Finalement, les études révèlent que le trouble dépressif est fréquemment associé au TAS. Par exemple, les études portant sur des enfants dépressifs montrent que 40% à 60% des participants rencontrent les critères diagnostiques de l'anxiété de séparation (Keller, Lavori, Wunder, Beardslee et Schwartz, 1992). Dans deux tiers des cas, le TAS précède la survenue du trouble dépressif (Dugré *et al.*, 2005). Ces observations portent à croire que l'anxiété joue un rôle étiologique dans l'apparition d'un trouble dépressif.

1.3.2. Présence de troubles extériorisés

Dans le même ordre d'idées, les résultats des recherches suggèrent aussi que les troubles de comportement sont également associés au TAS, surtout dans les échantillons cliniques. L'association entre le trouble d'hyperactivité avec déficit d'attention (TDAH) et le TAS touche environ 25% des enfants présentant l'un ou l'autre de ces troubles (Last *et al.*, 1992). Les enfants ayant un TAS dépendent de la présence physique d'une personne familière pour se sentir en sécurité et fonctionner normalement (Dumas, 2003). Ainsi, les enfants TAS qui manifestent des comportements d'hyperactivité et d'inattention cherchent

à attirer l'attention des adultes de manière négative, tout pour maintenir une proximité physique dont ils ont fondamentalement besoin. Il est donc possible que l'hyperactivité et les problèmes attentionnels des enfants ayant un TAS soient plutôt des comportements immatures manifestés dans le but de garder un contact avec l'adulte qu'un réel TDAH. En ce sens, des comportements pouvant paraître à prime abord comme symptomatique du TDAH sont parfois plutôt le reflet d'une grande insécurité affective liée au TAS.

Les enfants anxieux présentent aussi souvent des niveaux d'agressivité verbale et physique élevés (Anderson *et al.*, 1987). Il n'est pas rare de constater que les enfants anxieux manifestent des colères explosives pouvant s'accompagner de destruction de biens, et souvent déclenchées par le moindre stress rencontré dans leur environnement. Chez les enfants TAS, les situations perçues comme comportant un signal de séparation possible et les situations de séparation peuvent engendrer chez eux des comportements excessifs ou violents. L'agressivité est donc une réaction d'autodéfense visant à exprimer leurs émotions de détresse. Thompson (2001) suggère que les troubles d'anxiété réfèrent surtout à un problème lié à l'autorégulation des émotions négatives vécues par l'enfant. Selon cet auteur, les enfants anxieux éprouvent de la difficulté à reconnaître les émotions négatives qui les habitent et leurs causes, et ne parviendraient pas à adopter d'autres stratégies pour mieux gérer leurs peurs.

En somme, il faut souligner que la comorbidité du TAS avec d'autres troubles anxieux et d'autres difficultés d'adaptation est un élément crucial à considérer dans l'évaluation d'enfants présentant cette problématique. Cela éclairera le chemin pour mieux guider les décisions quant à l'intervention la plus appropriée à leurs besoins.

1.4 Trajectoire de développement

1.4.1 Difficultés psycho-sociales à l'enfance

Certains auteurs suggèrent que l'évolution du TAS se développe sur une période de plusieurs années, alternant entre la rémission et l'exacerbation favorisée par des facteurs déclencheurs (Klein et Last, 1989). Par exemple, un enfant peut présenter pendant un certain temps des symptômes du TAS avant que ceux-ci disparaissent spontanément. Mais rien n'empêche que des événements de vie stressants ou une période de transition vécus par l'enfant – séparation des parents, maladie dans la famille, déménagement, changement d'école – puissent occasionner de nouveaux les symptômes. Une corrélation peut donc être tracée entre l'évolution du TAS et les obstacles auxquels l'enfant fera face.

D'autres recherches suggèrent que les enfants ne présentant plus d'anxiété de séparation à une certaine période de leur développement sont néanmoins susceptibles de développer un autre trouble psychiatrique, plus tard dans la vie. Dans leur étude clinique, Cantwell et Baker (1989) ont suivi neuf enfants souffrant d'un TAS. À la fin de la quatrième année, quatre ne manifestaient plus aucun symptôme, un manifestait toujours un TAS et les quatre autres avaient développé soit un trouble d'anxiété généralisée ou un TDAH. En dépit du bon taux de rémission des enfants présentant un TAS, ces résultats suggèrent que les enfants ayant ce diagnostic risquent davantage de développer d'autres problèmes psychiatriques susceptibles d'entraver leur fonctionnement futur.

La phobie scolaire constitue également une des conséquences grave du TAS (Bailly, 2005). Les études suggèrent que les enfants ayant un TAS qui adoptent des stratégies d'évitement pour ne pas fréquenter l'école accumulent du retard académique et ne développent pas leurs habiletés sociales. Cette peur d'être confrontée aux autres en raison du retard qu'ils ont accumulé est susceptible d'amener ces enfants à vivre de l'échec scolaire, des relations difficiles avec les pairs et finalement de l'isolement social.

1.4.2 Difficultés psycho-sociales à l'adolescence et l'âge adulte

Certains auteurs postulent que les enfants ayant un trouble anxieux durant l'enfance sont plus à risque d'en présenter également à l'adolescence et à l'âge adulte (Kaplan et Sadock, 1988). Le TAS, en particulier, serait l'un des troubles précurseurs dans le développement du trouble panique chez l'adulte (Silove, Manicavasagar, Curtis et Blaszczynski, 1996). Dans un échantillon populationnel constitué d'adultes, les individus ayant développé un trouble panique ont également présenté durant leur enfance un TAS (Silove *et al.*, 1996). Pour ces individus, la survenue d'un trouble de panique serait précipitée à l'occasion d'une expérience de perte ou de séparation. Cette étude de nature rétrospective ne permet toutefois pas de prévoir l'évolution d'un enfant ayant un TAS.

Finalement, d'autres études montrent un lien entre l'anxiété pathologique durant l'enfance et des difficultés d'ajustement psycho-sociales à l'adolescence et à l'âge adulte. Woodward et Fergusson (2001) suggèrent qu'avoir un trouble anxieux à l'enfance, dont le TAS, augmente les risques de développer des problèmes de toxicomanie, d'entretenir de relations amicales moins satisfaisantes dans son entourage, de décrocher des emplois moins stimulants et de devenir parents à l'adolescence.

En somme, la présence du TAS durant l'enfance favorise ultérieurement la survenue de problèmes psychologiques, physiques et sociaux. Il est toutefois étonnant de constater que peu d'études longitudinales se sont penchées sur les précurseurs du TAS, compte tenu de sa prévalence tant dans les populations normales que cliniques. Les prochaines sections du travail analyseront donc le processus de développement de ce trouble à l'enfance, en se basant particulièrement sur la théorie de l'attachement.

DEUXIÈME CHAPITRE – RECENSION DES ÉCRITS

2.1 Présentation d'un modèle transactionnel lié au développement du TAS

Cette étude s'inspire du modèle conceptuel proposé par Manassis *et al.*, (1994) (voir Annexe A), basé en grande partie sur la théorie de l'attachement et sur une perspective systémique pour expliquer le processus de développement des troubles anxieux. Il est pertinent de privilégier une approche centrée sur la théorie de l'attachement, puisque le TAS est principalement caractérisé par une perturbation des relations socio-affectives entre l'enfant et ses figures d'attachement. La théorie de l'attachement, fondée sur l'éthologie, la théorie cognitive et l'expérience clinique, apporte également une vision intégrative et systémique du développement humain, permettant ainsi l'élaboration de traitements efficaces pouvant aider les personnes aux prises avec des troubles anxieux.

Ainsi, l'objectif du second chapitre est de comprendre le processus de développement du TAS en s'appuyant sur le cadre théorique de l'attachement, car le concept d'anxiété y est central. Examiner les construits, tels le besoin de sécurité, les modèles internes opérants, l'importance d'une relation d'attachement de qualité, est une étape primordiale dans l'étude du développement des troubles anxieux. Une fois ces connaissances acquises, les liens entre l'attachement, le tempérament de l'enfant, les pratiques parentales et le développement du TAS feront l'objet d'un examen en profondeur.

2.2 Contributions et fondements de la théorie de l'attachement

Selon les tenants de la théorie de l'attachement, le besoin vital d'être en relation avec autrui est la caractéristique première du développement socio-affectif de l'humain. Ce besoin apparaît dès les premiers moments de vie. Dans cette section, il convient donc de décrire quelques concepts fondamentaux de la théorie de l'attachement afin de mieux comprendre en quoi les relations d'attachement influencent la trajectoire de développement de l'être humain tout au cours de sa vie.

2.2.1 La théorie évolutionniste de Bowlby

Bowlby (1969) a utilisé le terme attachement afin de décrire le lien significatif qui unit le jeune enfant à sa mère, et aux autres personnes de son entourage. Contrairement au courant psychanalytique et de l'apprentissage social, qui préconisent que l'attachement se développe avec le fait d'être nourri, Bowlby (1969) postule que ce besoin de l'autre est indépendant et émerge dès les premiers instants de vie. Il s'inspire des travaux d'éthologistes afin d'appuyer ses hypothèses. Les études de Lorenz, s'intéressant au phénomène de l'empreinte l'ont grandement influencé.

Selon Lorenz (1935) dans Bowlby (1988), l'empreinte est un comportement inné permettant aux oies, dans les heures qui suivent leur naissance, de reconnaître et de s'attacher à leurs parents d'une manière instantanée. Ce phénomène d'empreinte déterminerait ensuite tous les autres liens qui s'établiront entre le jeune animal et son environnement. Lorenz (1935) dans Bowlby (1988) soutient que lorsque le lien affectif est peu solide et superficiel, les autres liens que tentera de créer l'animal le seront également. De même, Bowlby (1988) s'inspire également des travaux d'Harlow (1959) montrant que chez les singes rhésus, la proximité physique et le contact chaleureux de la mère sont des éléments essentiels à leur développement. Bowlby (1988) porte une attention particulière au fait que les singes préfèrent le contact de la mère recouverte de fourrure plutôt que celui d'une fausse mère nourrissante en broche de fer.

Cette notion de phase critique apportée par les éthologues va influencer Bowlby (1969) dans l'élaboration de sa théorie de l'attachement. En effet, Bowlby (1969) considère qu'un enfant qui n'a pas eu l'opportunité de s'attacher à une personne au cours de ses premiers mois de vie aura de la difficulté à établir des relations affectives satisfaisantes avec les autres. Il postule aussi que la rupture du lien avec la figure d'attachement au cours de cette période critique aura pour conséquence, chez l'enfant, le développement de l'anxiété. Voilà donc la prémisse de base de la théorie de l'attachement, selon laquelle le

- besoin relationnel est primaire et essentiel au développement de l'enfant.

En somme, Bowlby (1969) reconnaît alors que le système de comportements d'attachement est un produit de l'évolution ayant une fonction biologique qui a pour but la protection et la survie de l'organisme. Le nouveau-né arrive au monde avec un répertoire de comportements d'attachement – pleurs, sourires, succion, étreinte, babillage – qui lui permettent de demeurer près de ses parents et qui l'aident à se protéger du danger (Bowlby, 1969). C'est donc à travers des relations affectives, privilégiées et durables avec des personnes significatives que l'enfant construit progressivement sa sécurité intérieure essentielle et fondamentale à son développement physique, affectif et cognitif, et à son adaptation future.

2.2.2 La qualité de la relation d'attachement

Telle que mentionnée précédemment, la théorie de l'attachement postule que l'enfant naît avec la capacité d'entrer en relation avec sa figure d'attachement primaire (Bowlby, 1969). Bien que capable d'initier des contacts sociaux, il a toutefois besoin de l'adulte pour assurer sa survie. Ainsworth, Blehar, Walters et Wall (1978) définissent le concept de «sensibilité maternelle» comme étant l'habileté à percevoir les signaux de son enfant, à les interpréter correctement et à y répondre de façon adéquate. Ainsi, une mère accessible et disponible affectivement est davantage sensible aux besoins de son enfant. Et cette disponibilité favorise en retour des interactions positives avec celui-ci et lui permet de développer un attachement sécurisé. Ainsworth *et al.*, (1978) soutient qu'un enfant développe un type d'attachement qui reflète la nature affective de sa relation avec le parent qui prend soin de lui.

Ses travaux ont également décrit de façon empirique, la nature et les manifestations des liens d'attachement entre l'enfant et le parent qui lui prodigue les soins. En utilisant une procédure standardisée, nommée «situation étrangère», impliquant deux brèves séparations et réunions entre la mère et son enfant, il est possible de décrire la capacité qu'a l'enfant de se servir de sa figure d'attachement comme base sécuritaire afin d'explorer son environnement dans une situation anxiogène. Plus précisément, c'est la manière dont

l'enfant gère son anxiété lors du retour de la mère qui permet de classer son type d'attachement. Ainsi, à l'aide de cette méthode, Ainsworth *et al.*, (1978), et plus tard Main et Solomon (1990), ont réussi à décoder des caractéristiques de comportement qui sont maintenant fort connues et utilisées pour mesurer le type d'attachement que peut avoir un enfant envers sa figure d'attachement. Les quatre type d'attachement identifiés sont : l'attachement sécure (type B), l'attachement insécure évitant (type A), l'attachement insécure résistant (type C), et l'attachement insécure désorganisé (type D) (voir Annexe B).

Cette méthode fréquemment utilisée par les chercheurs pour évaluer le type d'attachement comporte toutefois certaines limites. Pierrehumbert (1992) déplore que la procédure soit centrée uniquement sur les comportements observables et ait délaissé les représentations qu'entretient l'enfant concernant sa relation avec sa figure d'attachement, tel que mentionné par Bowlby. Certains auteurs ont donc cherché à créer une méthode alternative afin d'évaluer la qualité de la relation d'attachement. Waters et Deane (1985) ont opté pour la technique dite Q-Sort, afin d'examiner la relation d'attachement mère-enfant. En encourageant également la mère comme observatrice privilégiée, on obtient des informations plus nuancées concernant la sécurité d'attachement.

2.2.3 Représentations et attitudes des figures d'attachement

Pour chaque type d'attachement identifié précédemment, il a également été associé un ensemble d'attitudes et de représentations entretenues par la figure d'attachement (Miljkovitch, 2001).

Les mères d'enfants sécures accordent de l'importance à leurs relations intimes et ont une perception cohérente de leurs relations avec leurs parents. Par conséquent, ces mères ont une vision juste des besoins de leur enfant et répondent la plupart du temps d'une manière sensible et prévisible aux sentiments de détresse exprimés par celui-ci (Miljkovitch, 2001).

Les enfants sécures, quant à eux, développent une bonne estime de soi étant donné que leurs sentiments sont validés et respectés par leur mère. L'enfant trouve donc un équilibre entre ses craintes, ses besoins d'explorer et d'attachement, ce qui lui permet d'apprendre tout en restant sous la protection de sa mère (Marvin *et al.*, 2002). Pour cette raison, un attachement sécurisant favorise l'exploration et donc le développement socio-affectif et cognitif de l'individu.

Quant aux mères d'enfants évitants, elles accordent peu d'importance aux contacts chaleureux, intimes et aux besoins émotifs. Elles cherchent à contrôler et à éviter l'expression de leurs sentiments négatifs, préférant rester froides ou indifférentes aux besoins d'attachement de leur enfant. Elles accordent beaucoup d'importance à l'intelligence et pousse l'enfant à être très indépendant et à compter sur lui-même pour surmonter les obstacles (Miljkovitch, 2001). Pour leur part, les enfants développent des stratégies pour se calmer ou simplement ignorer leurs sentiments anxiogènes. Par conséquent, ils ont l'habitude, en cas de détresse, de compter excessivement que sur eux-mêmes pour se calmer et à avoir moins de désir pour les contacts sociaux (Marvin *et al.*, 2002).

En ce qui concerne les mères des enfants résistants-ambivalents, celles-ci tendent à n'avoir pas démêlé leurs sentiments de colère et d'affection à l'égard de leurs propres parents. Elles insistent sur leurs relations intimes, mais celles-ci sont généralement chaotiques. Par conséquent, les besoins du parent sont souvent confondus avec ceux de l'enfant. La mère a tendance à répondre aux besoins de l'enfant de façon inconsistante et démontre une interaction passive. Et elles ont fréquemment recours à des stratégies qui mobilisent l'attention de leur enfant et les maintiennent dans une relation de dépendance (Miljkovitch, 2001). Un enfant ayant un attachement ambivalent manifeste donc des comportements de peur et de colère exagérés afin d'obliger le parent à s'occuper de lui. Les enfants de ce type se préoccupent de l'attention fournie par leur mère, au détriment de l'exploration normale (Miljkovitch, 2001).

Finalement, les mères d'enfants désorganisées sont généralement moins portées vers le réconfort affectif et sont peu disponibles psychologiquement pour satisfaire les besoins de leur enfant. Elles sont fréquemment aux prises avec leurs propres problèmes personnels liés à des pertes ou des traumatismes (Main *et al.*, 1990). Elles perçoivent le monde comme étant généralement menaçant, décevant et peu fiable. Leurs enfants ne se fient à aucun système organisationnel et n'ont pas développé une méthode pour gérer leurs comportements d'attachement. Ce sont surtout les enfants victimes de violence physique et sexuelle et ceux qui ont une mère dépressive qui développent davantage un attachement désorganisé. Ce type d'attachement est associé avec des problèmes de maladie mentale (Main *et al.*, 1990).

2.2.4 Les modèles internes opérants (MIO)

Selon la théorie de l'attachement, l'enfant construit son monde représentationnel au fil des interactions quotidiennes avec son parent. L'internalisation du monde par les processus mentaux est un concept freudien qui a été retenu dans la perspective de l'attachement. Bowlby (1969) s'inspire de cette conceptualisation afin d'élaborer les mécanismes perceptifs et cognitifs nécessaires au fonctionnement des MIO. Ce système de représentations mentales réfère à ce que l'enfant a intériorisé de sa relation avec sa figure d'attachement. Il contiendrait des éléments du soi, des autres, mais surtout de ce qu'est une relation. L'enfant utiliserait par la suite ces représentations pour détecter les signaux dans son environnement, interpréter les événements et y réagir en conséquence (Sroufe, Carlson, Levy et Egeland, 1999).

Autrement dit, l'enfant construit progressivement une représentation mentale de la réponse habituelle que manifeste sa figure d'attachement. Par exemple, un enfant sécure développe un modèle interne correspondant à celui d'une personne qui mérite d'être aimé et se considère digne d'avoir de l'attention de son entourage. Il perçoit également sa mère comme étant disponible et sensible à ses besoins, car elle le soutient dans ses activités d'exploration (Bowlby, 1988). En ce sens, un enfant sécure commence entre l'âge de 9 et

21 mois à intérioriser l'image de sa mère. Vers l'âge de deux à trois ans, même en son absence, il est en mesure de se la représenter, ce qui diminue son anxiété et facilite les séparations avec celle-ci.

Inversement, l'enfant insécuré développe un modèle interne opérant correspondant à celui d'une personne incompétente qui ne mérite pas l'amour d'autrui. Pour lui, sa mère est inaccessible, insensible et même rejetante. L'enfant développe donc un répertoire de comportements et de réponses affectives qui reflètent et renforcent ces représentations internes dans ses interactions avec les autres.

Les MIO s'entretiennent donc en suscitant un certain type d'échanges avec l'entourage qui les confirment de nouveau (Bowlby, 1988). Ils persisteraient tout au cours de la vie et guideraient les attentes, les perceptions et les comportements des individus dans leurs relations ultérieures. Résistants au changement, ils entraînent une perception biaisée des événements vécus et empêchent l'intégration d'informations contradictoires pouvant remettre en question les façons de percevoir et d'interagir avec l'entourage (Bowlby, 1988). Finalement, une fois établis, les MIO s'intègrent à la structure de la personnalité et influencent les relations d'attachement ultérieures, notamment celles entretenues avec la génération successive. D'où l'importance de tenir compte de la transmission intergénérationnelle des MIO dans l'étude de l'attachement.

Thompson, Laible et Ontai (2003) soutiennent également que les MIO que l'enfant développe traduisent son histoire relationnelle et guident sa régulation émotionnelle et ses comportements futurs. Les auteurs mentionnent toutefois que les MIO associés à un attachement sécuritaire ou insécuré ont une plus grande influence sur le développement de l'enfant lors de la période préscolaire et scolaire que lors de la petite enfance. Selon eux, la sensibilité parentale, la constance et la disponibilité des soins constituent des composantes clés pour le développement de représentations mentales adaptatives. Cependant, une fois que les enfants ont développé une pensée plus sophistiquée, converser avec autrui leur permet de développer un sens plus complexe de ce en quoi consiste une relation. En fait,

lors de la période préscolaire, les MIO de l'enfant ne sont plus façonnés par les seules représentations qu'il se fait des soins reçus par sa figure d'attachement, mais également par les modes relationnelles et de communication qui s'établissent entre les deux (Thompson *et al.*, 2003).

2.3 Relation entre la théorie de l'attachement et les aspects comportementaux, cognitifs et émotionnels associés à l'anxiété.

Dans cette section, les concepts exposés précédemment serviront à faire des liens entre la théorie de l'attachement et les composantes comportementales, cognitives et émotionnelles associées à l'anxiété. L'objectif est de montrer comment les modes relationnels parent-enfant sont susceptibles d'avoir un impact significatif sur le développement des troubles anxieux chez l'enfant.

2.3.1 Au plan comportemental

Les études suggèrent que les enfants ayant un attachement sécurisé explorent davantage leur environnement que ceux ayant un attachement insécurisé (Bowlby, 1969). Confiant que leur figure d'attachement les aidera en cas de détresse, leur système d'attachement est seulement activé lorsqu'ils sont confrontés à de réelles situations dangereuses. En l'absence de tels dangers, leur système d'attachement est désactivé et ils explorent leur environnement en se servant de leur mère comme base de sécurité. Ces comportements d'exploration les amènent à interagir avec leur environnement et de faire des apprentissages.

Inversement, les enfants insécurisés manquent de confiance quant à la disponibilité de leur figure d'attachement de leur venir en aide, en cas de détresse. Leur système d'attachement est donc chroniquement mobilisé et l'exploration de l'environnement est limitée, et ce, même lors de situations peu menaçantes. L'évitement de nouvelles situations amène l'enfant à entretenir une relation de dépendance émotionnelle vis-à-vis ses parents,

renforce son anxiété et l'empêche de vivre des expériences pouvant l'aider à affronter ses peurs (Griest, Jefferson et Marks, 1991). De tels comportements, caractérisés par une vigilance extrême et une peur de la nouveauté, voir l'inconnu, sont souvent manifestés par les enfants anxieux (Manassis *et al.*, 1994). Ceci s'apparente également à de l'inhibition comportementale, concept souvent associé aux troubles anxieux par les théoriciens du tempérament.

2.3.2 Au plan cognitif

La détresse de séparation vécue à répétition par les enfants insécures, est considérée l'une des premières formes d'anxiété (Sroufe, 1996). L'intériorisation de cette détresse peut mener à des distorsions cognitives prédisposant au développement de troubles anxieux. Par exemple, un MIO basé sur un attachement évitant mène à une perception des autres comme étant peu réconfortants et indifférents. Un individu ayant un attachement évitant, et qui traverse des périodes anxiogènes, a tendance à se méfier et à imposer une distance émotionnelle entre lui et les autres pour se protéger. Mais, le cercle vicieux se met en branle puisque ces réactions sont susceptibles de provoquer des sentiments d'indifférence ou d'hostilité de la part de son entourage, ce qui en retour confirme les perceptions initiales de l'individu évitant.

Interagir avec son entourage en se référant d'une manière inconsciente à des MIO, basés sur un attachement insécure, peut contribuer à l'encodage sélectif d'informations pouvant générer des sentiments anxieux chez la personne (Macleod, 1991). Effectivement, certaines études révèlent que les personnes souffrant d'un trouble anxieux manifestent plus fréquemment des distorsions cognitives que celles qui n'en présentent aucun (Beck, Brown, Steer, Eidelson et Riskind, 1987). Le modèle cognitif associé à l'insécurité d'attachement semble donc être un facteur important, susceptible de maintenir et d'alimenter les troubles anxieux.

Dans le même ordre d'idée, Warren, Emde et Sroufe (2000) ont étudié le style cognitif et les représentations internes des enfants à risque de développer un trouble anxieux. Afin d'évaluer ces représentations, les auteurs ont fourni aux enfants faisant l'objet de l'étude des histoires incomplètes. On a alors demandé aux enfants d'inventer une fin. Les résultats de recherche révèlent que les enfants insécures sont plus enclins à appréhender négativement les événements que les enfants sécures. Puis, cette tendance à anticiper négativement les situations les place plus à risque de développer un trouble d'anxiété, notamment le TAS. On verra aussi par la suite que ce style cognitif est aussi fréquemment retrouvé chez les parents des enfants anxieux.

2.3.3 Au plan émotionnel

La sécurité d'attachement est également associée à la capacité de l'enfant à réguler ses émotions. Confiants en leur figure d'attachement, les enfants sécures sont capables d'exprimer des émotions négatives, sans être trop envahies par celles-ci. Les mères de ceux-ci répondent d'une manière sensible aux émotions positives et négatives de leur enfant. En nommant les émotions de leur enfant et en leur montrant qu'elles n'ont pas d'effets négatifs sur leur relation, l'enfant parvient à mieux tolérer sa détresse, et apprend progressivement à mieux gérer ses émotions par lui-même (Goldberg, MacKay-Soroka et Rochester, 1994).

Quant aux mères ayant des enfants évitants, celles-ci peuvent répondre favorablement aux émotions positives manifestées par leur enfant. Mais elles sont moins à l'écoute des émotions négatives parce qu'elles-mêmes sont conditionnées par leur aversion pour la détresse psychologique. Elles ne renvoient pas à leur enfant une image juste de ses affectes, mais seulement la possibilité de faire face à celles-ci. Par conséquent, lorsque les enfants évitants vivent de la détresse, ils minimisent leurs affectes négatifs pour plaire à leur mère et recevoir leur l'attention (Goldberg *et al.*, 1994).

Les mères d'enfants ambivalents sont en mesure de refléter à l'enfant ce qu'il ressent, mais ont du mal à gérer ses affects. Également, comme elles portent davantage attention aux émotions négatives manifestées par l'enfant, celui-ci apprend à exagérer ses émotions avec l'objectif d'obtenir de l'aide et du réconfort (Goldberg *et al.*, 1994) lorsqu'il vit de la détresse.

2.4 L'attachement et l'influence du tempérament

La relation entre le tempérament et l'attachement est un sujet de controverse entre les théoriciens s'intéressant à ces domaines d'études. Certains tenants de la théorie de l'attachement postulent que le tempérament et le style d'attachement sont deux facteurs indépendants. Ils croient que l'attachement résulte des interactions de l'enfant avec son entourage, tandis que le tempérament correspond à des caractéristiques innées chez l'enfant. De leur côté, les théoriciens du tempérament affirment que les comportements de l'enfant manifestés lors de la situation étrangère sont plutôt influencés par le tempérament de l'individu (exemple : forte réaction émotionnelle à la nouveauté) que par son style d'attachement.

D'autres auteurs, comme Manassis *et al.* (1994) privilégient davantage une perspective transactionnelle, suggérant que le tempérament et l'attachement contribuent conjointement au développement socio-affectif de l'enfant. Plus précisément, en ce qui a trait au processus de développement des troubles anxieux, Manassis *et al.* (1994) mettent l'emphase dans leur modèle sur l'interaction entre l'attachement et une caractéristique du tempérament : l'inhibition comportementale (IC).

Cette dimension se manifeste par une timidité, une réserve, des réactions de retrait face aux personnes étrangères, lieux ou situations non familiers (Kagan, Resnick et Gibbons, 1989). Les enfants inhibés ont un seuil de détresse plus faible que d'autres et face à des situations nouvelles, ils sont facilement craintifs, deviennent irritables et difficiles à consoler. Manassis *et al.* (1994) soulignent aussi dans leur modèle transactionnel que les

enfants inhibés sont plus portés à développer un trouble anxieux que ceux qui ne le sont pas. Ils montrent que dans l'étude de Biederman Rosenbaum, Bolduc-Murphy, Faraone, Charloff, Hirshfeld *et al.* (1993) les enfants inhibés présentaient un taux plus élevé de TAS et d'autres troubles anxieux, dont l'anxiété généralisée et les troubles phobiques, que les enfants non-inhibés. Par contre, même si l'IC est un facteur de risque pour le développement de l'anxiété, les résultats révèlent que plusieurs enfants inhibés ne développent pas de tels troubles. En effet, dans l'étude de Biederman *et al.* (1993), seulement 30% des enfants inhibés rencontrent les critères diagnostiques d'un trouble anxieux.

Manassis *et al.*, (1994) mentionnent qu'il faut également considérer le cas des enfants avec une inhibition comportementale qui sont éduqués par des parents, eux-mêmes aux prises avec des problèmes d'anxiété. Les mères ayant un trouble anxieux, présentent fréquemment un modèle d'attachement adulte de type insécure. Comme elles sont influencées par leur vécu personnel et guidées par les MIO mis en place au contact de leur propres parents, il n'est pas étonnant que leur attachement avec leur enfant soit aussi caractérisé par de l'insécurité relationnelle (Manassis *et al.*, 1994). Par conséquent, parmi les enfants qui présentent une vulnérabilité au plan du tempérament, un grand nombre auraient également un facteur de risque additionnel, c'est-à-dire un attachement mère-enfant insécure, les prédisposant davantage à développer un trouble anxieux.

D'autres auteurs appuient aussi l'idée que le tempérament de l'enfant et les réactions parentales sont en constantes interactions. Van den Boom (1989) suggère que confronté à un enfant irritable, une mère ayant un attachement insécure peut éprouver de la difficulté à maîtriser la situation et devenir plus impatiente et moins sensible aux signaux de son enfant que si ce dernier avait un tempérament plus calme. À la longue, cela peut cristalliser l'irritabilité de l'enfant et contribuer à son insécurité. Or, si le tempérament difficile avait été géré autrement, cette insécurité relationnelle se serait peut-être atténuée. Les caractéristiques du tempérament de l'enfant semblent donc également jouer un rôle actif dans la formation de ses modèles relationnels.

En somme, le processus par lequel le tempérament ou l'inhibition comportementale, favorise l'appariation de troubles anxieux implique également la présence d'autres facteurs de risque relevant de l'environnement. Ces facteurs réfèrent à la relation d'attachement parent-enfant, aux pratiques parentales et d'autres aspects en lien avec le contexte familial. Ces facteurs seront donc analysés afin de mieux comprendre leur apport dans l'évolution des troubles anxieux.

2.5 Relation entre l'attachement inséure et les troubles anxieux

De nombreuses études révèlent qu'un lien d'attachement inséure est un facteur de risque pour développer des problèmes d'adaptation externalisés et intériorisés. Les chercheurs ont donc comparé le développement socio-affectif des enfants ayant un attachement séure au développement de ceux ayant un attachement inséure. Malheureusement, peu d'études examinent spécifiquement le lien entre un attachement inséure et les troubles anxieux.

Les quelques études qui se sont intéressées à ce sujet suggèrent que l'attachement inséure mère-enfant est associé aux enfants anxieux (Cassidy et Berlin, 1994; Warren, Huston, Egeland et Sroufe, 1997). Les quatre styles d'attachement classifiés par Ainsworth *et al.*, (1978) et Main *et al.*, (1990) – séure, inséure-évitant, inséure-ambivalent et inséure désorganisé – ont été repérés chez les enfants ayant un trouble anxieux. Le risque le plus élevé pour développer un trouble anxieux se trouve parmi ceux avec un attachement désorganisé, associé à des traumatismes ou des pertes non-résolus ou un attachement ambivalent (Cassidy *et al.*, 1994; Warren *et al.*, 1997).

Manassis, Bradley, Goldberg, Hoog et Swinson (1994) se sont aussi intéressés au style d'attachement entre les mères ayant un trouble anxieux et leur enfant. Les sujets ont complété «l'Entrevue d'Attachement Adulte» et participé avec leur enfant à la «situation étrangère». Les résultats de cette étude montrent que toutes les mères sont classées comme

insécures dans leur relations d'attachement actuelles et passées. Quant aux enfants, 80% d'entre eux présentent également un attachement insécure. Trois enfants sur 18 rencontrent les critères d'un trouble anxieux. Ceux-ci ont tous un attachement insécure.

Puis dans une étude subséquente utilisant le même échantillon, Manassis, Bradley, Goldberg, Hood et Swinson (1995) trouvent que trois des 16 enfants classifiés comme ayant un attachement insécure avec leur mère obtiennent un diagnostic de TAS ou soit de trouble évitant. Les mères des enfants insécures évaluent également leur enfant comme étant plus anxieux que les mères des enfants sécures. Et les mères des enfants insécures rapportent un niveau de stress plus élevé et des sentiments d'efficacité parentale plus faible que les mères des enfants sécures.

2.6 L'attachement, les pratiques parentales et les troubles anxieux

La présence d'un trouble anxieux chez un parent est associée à l'anxiété vécue chez son enfant (Dadds *et al.*, 1996). Un lien génétique expliquerait en partie ce lien, mais on note que l'anxiété vécue par le parent influence également ses pratiques parentales (Dadds *et a .*, 1996). En effet, certaines études ont montré l'importance du rôle des facteurs familiaux telles les relations d'attachement, les interactions parent-enfant et les pratiques parentales dans l'émergence des troubles anxieux.

Selon Boer et Lindhout (2001), les parents anxieux peuvent contribuer au risque que leur enfant développe un trouble anxieux puisqu'ils : 1) éprouvent de la difficulté à faire du modelage pour que l'enfant apprenne correctement à affronter ses peurs, 2) réagissent d'une manière négative vis-à-vis les peurs vécues par leur enfant, celles-ci évoqueraient un aspect chez eux qu'ils préfèrent nier, et 3) surprotègent l'enfant et limitent les occasions lui permettant d'affronter ses peurs.

En fait, les deux dernières réactions sont fréquemment observées chez les parents ayant un attachement adulte de type esquivé et préoccupé. Notons que les parents anxieux

ayant un attachement sécure sont davantage en mesure d'adopter des attitudes empathiques à l'égard des peurs de leur enfant. Ils encouragent ainsi l'enfant à exprimer ses émotions et à mieux faire face à ses craintes. Il semble donc que la transmission de l'anxiété parentale à son enfant découle de l'interaction entre l'attachement insécure du parent et la psychopathologie parentale (Radke-Yarrow, McCann, DeMulder et Belmont, 1995).

D'autres chercheurs ont constaté que les MIO développés par l'adulte, et particulièrement sa vision des relations intimes, influencent ses comportements parentaux, ce qui peut contribuer au développement d'un trouble anxieux chez l'enfant (Vasquez, Durik et Hyde, 2002). Selon ces auteurs, une mère qui manifeste des schèmes mentaux associés à un attachement insécure trahit une perception négative d'elle-même et des autres dans ses relations intimes. Vasquez *et al.*, (2002) postulent que les parents, qui cotent négativement sur les deux échelles (i.e représentations de soi et des autres) du modèle de Bartholomew (1991), sont particulièrement préoccupés par leurs habiletés parentales et manifestent un niveau élevé d'anxiété lorsqu'ils sont séparés de leur enfant. L'enfant peut donc interpréter ceci comme voulant dire qu'il faut se méfier de son entourage, ce qui contribue à augmenter son anxiété. Ces observations correspondent également à un des postulats importants de la théorie de Bowlby (1988), selon laquelle il y a transmission intergénérationnelle des patrons d'attachement. C'est-à-dire que les MIO de la mère se reflètent dans ses pratiques parentales et façonnent ainsi la relation d'attachement de l'enfant.

Dans le même ordre d'idée, Rapee (1997) s'est également intéressé à l'influence du style éducatif des parents sur le processus de développement de l'anxiété chez l'enfant. Les résultats de son étude montrent un lien significatif entre des pratiques parentales caractérisées par le rejet et le contrôle et le développement de troubles anxieux chez les enfants. Effectivement, les adultes ayant un attachement insécure-préoccupé rapportent souvent avoir été rejetés et contrôlés par leurs parents durant leur enfance (Main *et al.*, 1990). Ce constat suggère que le style de pratiques parentales est associé au type d'attachement adulte d'un individu. Il faut toutefois être prudent dans l'interprétation de ces

résultats. Plusieurs de ces études sont basées sur la description des relations parent-enfant qu'entretiennent des individus anxieux. En effet, ces descriptions peuvent être affectées par des distorsions cognitives souvent associées aux troubles anxieux.

Néanmoins, plusieurs études prospectives révèlent que les parents d'enfants anxieux sont plus contrôlants et valorisent moins l'autonomie que ceux du groupe contrôle (Siqueland, Kendall et Steinberg, 1996). Ces parents influenceraient aussi leur enfant à être plus prudents et à éviter les risques (Siqueland *et al.*, 1996). D'autres auteurs soulignent que les mères d'enfants anxieux réservent un traitement différent à leur enfant, par rapport à celles avec des enfants qui ne manifestent pas de symptômes d'anxiété, question de les protéger d'une situation pouvant provoquer de l'anxiété. Dumas, LaFrenière et Serketich (1995), suggèrent que les mères d'enfants anxieux sont plus restrictives et surprotectrices pendant leurs interactions. Elles ont également plus tendance à renforcer les conduites d'évitement de leur enfant afin de lui épargner des situations pouvant engendrer une grande détresse. Ces comportements maternels ne font toutefois qu'exacerber l'anxiété de l'enfant. Hudson et Rapee (2002), de même que Silverman et Ginsburg (1998), postulent que les mères d'enfants anxieux sont plus dominatrices, surprotectrices, ambivalentes, rejetantes et manifestent davantage des comportements hostiles à l'égard de leur enfant que les mères d'enfants non-anxieux.

Outre certaines pratiques parentales, d'autres facteurs environnementaux peuvent affecter la sécurité d'attachement mère-enfant, influençant ainsi indirectement le risque qu'un enfant développe un trouble anxieux. Ainsi, les mères vivant beaucoup de stress, avec peu de soutien social dans leur entourage, sont plus portées à développer un attachement insécuré avec leur enfant (Water, Merrick, Treboux, Corwell et Albersheim, 2000). Last *et al.*, (1992) ont également trouvé que la présence de deux parents réduit le risque que l'enfant développe un trouble anxieux, dont le TAS. La présence de deux conjoints permettrait à l'un de compenser les difficultés de l'autre et de se soutenir mutuellement dans leurs rôles parentaux. Selon Cohn, Silver, Cowan, Cowan et Pearson (1992), lorsqu'une mère trouve une source de soutien dans sa relation de couple et que le

mari est sensible à ses émotions, elle est plus en mesure de gérer ses affectes difficiles et d'être plus disponible pour l'enfant. Le conjoint qui entretient un bon lien affectif avec l'enfant peut aussi pallier à tout attachement insécure présent avec la figure d'attachement primaire.

Enfin, l'ouverture de la famille sur le monde extérieur peut également affecter le développement de l'anxiété chez l'enfant (Schneewind, 1989). Comme les parents ayant un attachement insécure font souvent peu confiance aux autres, ils encouragent peu d'interactions entre leur enfant et les autres. Or, de telles interactions servent à développer des habiletés sociales, ce qui peut protéger l'enfant de sombrer, par exemple, dans la phobie sociale.

2.7 Processus de développement du TAS en lien avec la théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement stipule que le développement de l'anxiété est lié aux relations d'attachement. L'incertitude quant à la disponibilité de la figure d'attachement amène l'enfant à vivre de l'insécurité. Cependant, les enfants répondent différemment à l'incertitude vécue dans leur relation. Selon le modèle de Manassis *et al.*, (1994), les façons de réagir à l'insécurité relationnelle mère-enfant reflèteraient en partie les diverses manifestations des troubles anxieux à l'enfance. Or, comme ce ne sont pas tous les enfants ayant un attachement insécure qui développent des troubles anxieux, d'autres facteurs de risque doivent également être considérés. Toujours est-il que dans le cadre de cette discussion, nous présumons que l'attachement insécure contribue considérablement au processus de développement d'au moins certains troubles anxieux. L'emphase sera placée sur le processus de développement du TAS.

En se basant sur le cadre conceptuel de l'attachement, des liens hypothétiques peuvent être tracés entre les différents types d'attachement et les diverses manifestations de l'anxiété. Selon Manassis *et al.*, (1994), les enfants ayant un attachement sécure développeraient un trouble anxieux notamment lorsqu'ils présentent une grande vulnérabilité au plan du tempérament (exemple : une inhibition comportementale sévère et

persistante amenant l'enfant à éviter des situations sociales et éventuellement à développer une phobie sociale) ou suite à un événement traumatique (exemple : phobie simple après s'être fait mordre par un chien, un désordre post-traumatique suite à un accident). Par contre, l'anxiété chez ces enfants est moins persistante puisque ceux-ci s'engagent davantage dans des activités exploratoires, leur permettant ainsi de se départir plus rapidement de leurs peurs. Ils hésitent moins à demander de l'aide, ce qui leur permet d'apprendre des stratégies constructives pour faire face à l'anxiété.

Quant au processus de développement du TAS, Manassis *et al.*, (1994) proposent deux trajectoires spécifiques se rapportant au type d'attachement de l'individu. D'abord, un lien existerait entre un attachement ambivalent et le TAS. Tel que mentionné précédemment, les enfants ambivalents ont des mères qui répondent à leurs besoins d'une manière imprévisible et intrusive (Ainsworth *et al.*, 1978). Ces mères cherchant l'amour dont elles se sont senties privées par leur propre mère, parviennent difficilement à écarter leurs propres besoins afin de satisfaire ceux de leur enfant. Au lieu de fournir un soutien affectif, elles voudraient que l'enfant comble leur vide affectif. Leurs comportements risquent de conduire leur enfant vers une dépendance affective. Elles répondent occasionnellement à la détresse manifestée par l'enfant, mais celui-ci ne sachant pas à quoi s'attendre, entretient l'espoir que sa mère puisse toujours mettre fin à sa détresse. Lorsqu'elle ne réagit pas à ses signaux, il exagère ses manifestations d'attachement (exemple : pleurs, crises, demandes excessive de réconfort) afin d'obtenir son attention et son aide. En se comportant de la sorte, la mère amène son enfant à mobiliser son système d'attachement et à s'investir d'une manière affective trop intense dans la relation. Une telle relation de dépendance est susceptible d'entraver le développement de l'autonomie de l'enfant. Toujours à l'affût des réactions de sa mère, il explore de moins en moins son environnement et vit beaucoup d'anxiété lors des séparations (Pincus, Eyberg et Choate, 2005).

Les parents d'enfants ambivalents peuvent aussi ressentir de la frustration parce que leur enfant s'accroche toujours à eux et les empêche de fonctionner normalement. Un cercle vicieux entraînant une escalade de sentiments anxieux liés à la séparation peut donc se bâtir

entre l'enfant et son parent. L'enfant anxieux veut diminuer sa détresse en se rapprochant du parent, qui perçoit ces comportements comme étant dérangeants et envahissants. Au lieu de lui fournir du soutien affectif pour le calmer, le parent tend plutôt à mettre l'emphase sur les affects négatifs de l'enfant et à le repousser ou le réprimander. Ce mode d'interaction ne fait malheureusement qu'exacerber l'anxiété de séparation vécue par l'enfant. Selon Manassis *et al.*, (1994), le TAS résulte de ce mode relationnel parent-enfant. Par la suite, l'anxiété est maintenue parce que l'enfant, préoccupé de recevoir le réconfort du parent, évite d'apprendre des stratégies pour faire face à ses peurs et à s'engager dans une désensibilisation. De plus, en manifestant des réactions teintées d'affects négatifs, l'enfant est plus souvent repoussé par les autres enfants et adultes de son entourage. Ceci ne fait qu'exacerber son anxiété et l'enlène dans un perpétuel cercle vicieux nuisible pour son développement social, affectif et cognitif.



- L'attachement désorganisé semble aussi lié au développement du TAS (Manassis *et al.*, 1994). La figure d'attachement des enfants ayant un attachement désorganisé est notamment affectée par des situations personnelles traumatiques non résolues ou des deuils. Aux prises avec des problèmes personnels, elle n'est pas disponible pour montrer à l'enfant comment faire face à sa détresse psychologique. Dans ce type de relation, les rôles parent-enfant sont souvent inversés. L'enfant nie sa propre détresse afin de prendre soin de son parent qui est émotionnellement instable. Ce type de dynamique contribuerait au développement de troubles anxieux chez l'enfant. En effet, certains auteurs suggèrent qu'un enfant qui doit s'occuper d'un parent atteint d'une maladie physique ou d'un trouble mental à la maison, est un facteur contribuant au processus de développement de la phobie scolaire, trouble fréquemment associée au TAS. L'enfant étant préoccupé ou angoissé par la santé de son parent et voulant en prendre soin est porté à piquer des crises pour ne pas être à l'école. Or, son refus d'aller à l'école serait davantage un prétexte pour rester à la maison, question de s'occuper de son parent, que d'une peur réelle de l'établissement fréquenté. Mais à la longue, les préoccupations excessives concernant le bien-être du parent l'empêchent d'explorer son entourage, d'apprendre des façons de réduire sa détresse et maintiennent son anxiété de séparation.

2.8 Conclusion

À la lumière de ces constatations, certains facteurs de risque se rapportant soit à l'individu, soit à l'environnement, peuvent, selon la littérature, déclencher et maintenir le TAS. Plus particulièrement, nous avons porté notre attention sur le style d'attachement de l'enfant, question de comprendre en quoi celui-ci était associé au développement du trouble. Effectivement, les perturbations relationnelles avec la figure d'attachement semblent être l'enjeu majeur. Globalement, les études qui se sont intéressées à ce sujet suggèrent qu'un attachement insécuré de type ambivalent est un facteur de risque important impliqué dans le développement du TAS. Or, comme peu d'études prospectives se sont penchées sur ce lien, il faudrait réaliser d'autres recherches afin d'en apprendre davantage sur le processus de développement du TAS à l'enfance par rapport à la théorie de l'attachement.

D'autre part, la recherche en attachement insiste beaucoup sur le rôle de la mère dans l'établissement du style d'attachement avec son enfant. Les recherches mettent souvent en relief l'association entre la sensibilité maternelle et un attachement insécuré. Or, il est important de garder à l'esprit que cette caractéristique n'explique qu'une partie de la relation d'attachement mère-enfant. Par exemple, dans le cas du TAS, une mère sensible à l'égard de son enfant, mais trop indulgente et surprotectrice, peut entraver le développement de son autonomie et ses capacités d'apprentissage. Ce qui à plus long terme peut rendre plus ardue l'intégration de l'enfant dans le monde qui l'entoure. Outre la mesure de la sensibilité maternelle, il serait pertinent que les études tiennent davantage en compte d'autres variables à l'œuvre dans le développement des patrons d'attachement, tels les capacités de maternage, les pratiques éducatives, les apprentissages de la socialisation, les types d'interactions mère-enfant, etc.

De plus, il faut concevoir le développement socio-affectif de l'être humain comme étant de nature transactionnelle. L'enfant joue également un rôle actif dans le développement de sa relation d'attachement avec sa mère, puis avec les autres personnes

significatives dans son entourage. Il serait donc utile de développer d'autres méthodes d'évaluation afin de mieux saisir les représentations mentales de l'enfant et de voir comment celles-ci interagissent avec celles de sa mère, et des autres membres de la famille, pour former un type d'attachement particulier.

De même, la majorité des recherches s'intéressent principalement à la mère et étudient peu l'influence du père et des autres figures significatives dans la vie de l'enfant (exemple : famille élargie, fratrie, éducatrice, enseignantes, pairs) sur le style d'attachement de ce dernier. Évidemment, la sécurité d'attachement avec la figure significative, qui est souvent la mère, est importante. Cela dit, jusqu'à quel point influence-t-elle tout le développement socio-affectif et les capacités relationnelles de l'enfant? Il est davantage probable que ce ne serait pas seulement la qualité de la relation à une figure d'attachement en position hiérarchique qui jouerait le rôle principal pour le développement de l'enfant, mais plutôt l'interaction de tous les liens d'attachement que l'enfant développe avec les personnes significatives dans son entourage. Il serait peut-être plus pertinent de situer la notion d'attachement dans un contexte familial et non pas seulement dans les relations dyadiques, afin d'expliquer comment l'enfant a intégré ses différentes relations.

Malgré ces limites, la théorie de l'attachement paraît pertinente pour la prévention et le traitement des troubles anxieux à l'enfance. Intervenir auprès des parents et de leur enfant afin de réduire l'insécurité relationnelle offre l'espoir de prévenir l'apparition de ces troubles, dont le TAS. Dans le prochain chapitre, trois programmes visant à améliorer les interactions parent-enfant seront étudiés.

**TROISIÈME CHAPITRE – ANALYSE CRITIQUE DES PROGRAMMES
D'INTERVENTION**

3.1 Présentation des programmes

Convaincus par des études démontrant l'importance d'un attachement sécurisant, certains auteurs ont développé des programmes visant l'amélioration de la qualité d'attachement, pour traiter ou prévenir notamment les difficultés d'adaptation de type externalisé. Quant au traitement des troubles anxieux à l'enfance, y compris le TAS, ce sont surtout les thérapies cognitives-behaviorales qui ont systématiquement été étudiées plutôt que celles basées sur la théorie de l'attachement. Il existe donc une multitude de programmes qui privilégient cette approche pour le traitement des troubles anxieux.

Cependant, comme le TAS est relié à une problématique relationnelle, ces programmes, qui s'intéressent davantage aux symptômes qu'aux causes profondes d'un problème, ne sont pas toujours appropriés. Pour les fins de cette étude, trois programmes jugés efficaces, ont été choisis pour prévenir ou traiter le TAS, entre autres, parce que leurs cibles d'intervention visent l'amélioration des interactions parent-enfant. Les programmes respectifs sont *Parent Child Interaction Therapy for Young Children with SAD* (PCIT) (Pincus, Eyberg et Choate, 2005), *The Circle of Security projet: Attachment-based intervention with caregiver-child dyads* (Marvin *et al.*, (2002) et *Watch, Wait and Wonder* (Muir, Lojkasek et Cohen, 1999). Le but, les caractéristiques et une courte description de chacun de ces trois programmes seront exposés.

3.1.1 Description du programme *The Circle of Security*

The Circle of Security est un protocole d'intervention qui s'adresse aux familles vulnérables, issues d'un milieu socio-économique faible (Marvin *et al.*, 2002). Globalement, il a pour but de modifier les patrons d'attachement parent-enfant afin d'améliorer la trajectoire de développement d'enfants d'âge préscolaire. Selon ces auteurs, il est possible de changer le cours des relations d'attachement en aidant le parent à développer une meilleure sensibilité parentale, c'est-à-dire sa capacité à interpréter les signaux de l'enfant, d'évaluer ses besoins et d'y répondre de façon adéquate.

Le programme se déroule sur une période de 20 semaines. Le thérapeute rencontre un petit groupe de parents (5 à 6 participants) à raison d'une fois par semaine, pendant une heure. Au préalable, chacun des parents et leur enfant participent à l'exercice appelée la «situation étrangère» et leurs interactions sont filmées. Ce matériel servira, par la suite, à animer les discussions de groupe, durant lesquelles le thérapeute expose aux parents les composantes de la théorie de l'attachement d'une manière accessible.

Afin de faire comprendre aux parents les concepts derrière la théorie de l'attachement – par le besoin d'exploration versus le besoin de réconfort – les auteurs ont produit une affiche graphique représentant visuellement le cercle de sécurité. La moitié supérieure du cercle représente le système d'exploration de l'enfant et ses besoins sociaux-affectifs et cognitif. Effectivement, l'enfant a tendance à explorer son environnement s'il a confiance que sa figure d'attachement est disponible pour l'aider si jamais il vit de la détresse. L'enfant a aussi besoin que sa figure d'attachement supervise son jeu pour lui donner du réconfort, l'aider à réguler ses émotions ou ses comportements et avoir du plaisir avec lui. Le schéma fait état de ces besoins. La partie inférieure du cercle représente le système d'attachement de l'enfant. Celui-ci a besoin de réconfort et de protection de la part de sa figure d'attachement lorsqu'il vit de l'insécurité. Il a aussi besoin que sa figure d'attachement structure ses besoins affectifs et ses comportements lorsqu'ils vont au-delà de ses propres limites d'organisation.

C'est donc en observant et en commentant les vidéos que les parents prennent acte de leur façon d'interagir avec leur enfant. Ainsi, certaines séquences sont visionnées afin de les amener à comprendre que la sécurité d'attachement relève tant des expériences d'exploration que du réconfort affectif qu'entretient l'enfant avec sa figure d'attachement. Ils sont également guidés pour mieux assister leur enfant dans la compréhension de son vécu affectif. En apprenant à discuter avec leur enfant de ses émotions et de ses pensées, ils peuvent les aider à mieux maîtriser leurs peurs. Les parents sont aussi amenés à prendre conscience de leurs propres peurs ou inconforts pour ultimement faire un lien avec leurs propres attitudes parentales. Par exemple, le thérapeute voit avec les parents que chaque

individu est plus à l'aise dans une section du cercle, soit dans l'exploration ou le réconfort affectif, dépendamment de son propre vécu relationnel. Chacun des participants a également des objectifs à travailler en fonction des caractéristiques spécifiques du type d'attachement avec leur enfant. Cette intervention vise surtout à optimiser l'accordage entre les comportements du parent et ceux de l'enfant. Finalement, une réévaluation est prévue un an plus tard, en répétant de nouveau l'exercice de la «situation étrangère».

Marvin *et al.*, 2002, ont évalué les effets du programme auprès de 75 dyades ayant complété le protocole d'intervention. Les résultats préliminaires suggèrent un revirement significatif de patron d'attachement désorganisé en organisé chez les enfants (de 55% à 20%), une augmentation (de 32% à 40%) du nombre d'enfants classés sécurés et une diminution des figures d'attachement manifestant un attachement désorganisé (de 60% à 15%). Outre ces résultats prometteurs, certaines incongruences dans les données de recherche ont toutefois été constatées. Par exemple, certaines mères présentant une faible sensibilité maternelle ont tout de même des enfants ayant un attachement sécurés. Ces auteurs expliquent ce constat par le manque d'observations des patrons d'attachement dans plusieurs contextes de vie familiale. D'un autre côté, ces résultats pourraient refléter que la sensibilité maternelle ne soit qu'un aspect de l'interaction mère-enfant sous l'influence des représentations d'attachement de la mère. Elle jouerait donc plutôt un rôle modérateur dans l'établissement d'une relation insécure. En effet, Belsky (1997) suggère qu'il serait pertinent de considérer les caractéristiques de l'enfant et sa niche écologique afin de mieux saisir dans quelles circonstances la qualité du maternage exerce une influence sur le développement de l'attachement.

3.1.2 Description du programme *Watch, Wait et Wonder*

Le programme *Watch, Wait et Wonder* (Muir *et al.*, 1999) s'adresse idéalement à des enfants âgés de 9 à 21 mois et privilégie une intervention dyadique. Il peut également être offert à des enfants d'âge pré-scolaire. L'objectif est de faire comprendre à la mère que son enfant, même en très bas âge, est un individu pro-actif ayant ses propres intérêts et

capacités. Lors de ces rencontres, le thérapeute encourage la mère à reconnaître le désir d'exploration et d'apprentissage de son enfant. Le programme met aussi l'emphase sur l'importance de la sensibilité maternelle pour le développement de l'enfant. Il part de la prémisse, qu'en l'absence de sensibilité maternelle, ou en cas de rejet, généralement, des problèmes entacheront les relations parent-enfant.

Outre l'attention portée sur les interactions mère-enfant, ce programme attache une grande importance à l'évaluation des relations familiales. Le thérapeute rencontre les parents, la fratrie et les grands-parents, afin d'observer et de comprendre la dynamique familiale. Cette évaluation s'effectue par observation lorsque les divers membres de la famille jouent avec l'enfant. Des entrevues individuelles sont aussi menées avec la famille. S'il y a des problèmes de couple, une thérapie conjugale peut être exigée avant même de débiter le programme.

Concrètement, les sessions sont organisées en deux parties. La première permet à l'enfant de mener le jeu, tandis que la deuxième est consacrée aux observations et sentiments que la mère a ressentis durant ses interactions avec l'enfant. Entre 8 à 18 sessions hebdomadaires d'une durée d'une heure chacune sont proposées à la dyade. Lors de ces séances, la mère apprend à créer des conditions favorisant le potentiel d'exploration de l'enfant. Pour que celui-ci développe une sécurité d'attachement, la mère est encouragée de suivre certaines directives. Par exemple, elle est incitée à demeurer près de l'enfant, de manifester de l'intérêt dans ses activités et de le suivre dans ses initiatives d'exploration et de communication. Selon Muir *et al.*, (1999), ces attitudes maternelles incitent l'enfant à s'exprimer en présence d'une autre personne, le valorisent et confirment son existence en tant qu'individu unique.

Lors de ces sessions, on observe comment ressort le type d'attachement de la mère. S'il est de type ambivalent, elle aura tendance à contrôler l'enfant dans les jeux. Le rôle du thérapeute consiste donc à faire du modelage pour montrer à la mère comment laisser l'enfant prendre l'initiative et apprivoiser son entourage. En apprenant à mieux gérer son

anxiété, la mère est davantage en mesure de l'observer et de répondre de manière sensible et empathique à ses besoins. Finalement, le programme se termine lorsque l'enfant est moins préoccupé par sa mère et s'ouvre davantage à son milieu par l'exploration.

En effet, les résultats de recherches révèlent que les enfants ayant participé à ce programme manifestent un attachement plus sécurisant, de meilleures habiletés cognitives et une meilleure capacité à réguler leurs émotions que les enfants du groupe contrôle ayant suivi un programme de psychothérapie (Cohen, Muir, Parker et Brown, 1999). Quant aux mères ayant participé au programme *Watch, Wait, Wonder* (Muir *et al.*, 1999), elles disent se sentir moins déprimées, moins stressées et plus efficaces dans leur rôle parental par rapport aux mères du groupe contrôle. Elles manifestent aussi moins de comportements intrusifs maternels à l'égard de leur enfant, moins de conflits avec celui-ci et plus de plaisir mutuel (Cohen *et al.*, 1999).

3.1.3 Description du programme Parent Child Interaction Therapy for Young Children with SAD

Le programme *Parent Child Interaction Therapy for Young Children with SAD* soutient aussi qu'améliorer les interactions parent-enfant devrait renforcer le lien d'attachement et favoriser ultimement un fonctionnement familial harmonieux (Pincus *et al.*, 2005). Le programme postule que l'intervention auprès des parents est essentielle pour réorganiser les interactions dyadiques et favoriser le développement d'un attachement sécurisant chez l'enfant.

Le programme mise donc sur les activités ludiques entre le parent et son enfant. Pour les auteurs, ces moments d'interaction donnent l'occasion aux parents de mettre en pratique des façons de communiquer qui favoriseront l'établissement d'une relation plus chaleureuse et plus harmonieuse avec l'enfant. Le programme comporte deux phases, soit l'intervention portant sur les interactions menées par l'enfant (*Child-Directed Interaction*

(CDI)) et celle portant sur les interactions dirigées par le parent (*Parent Directed Interaction* (PDI)).

Pendant les séances du CDI, il est recommandé au parent d'adopter une attitude non-directive, de s'ajuster aux intérêts de jeux de l'enfant, de lui donner une attention positive, de renforcer ses efforts et d'être chaleureux à son égard. Il apprend aussi à ignorer les comportements dérangeants de l'enfant plutôt que de les critiquer, à répondre à ses questions et à décrire les comportements appropriés de l'enfant. Les parents sont constamment supervisés par le thérapeute pendant ce processus.

Puis une fois les objectifs atteints, le parent peut entamer la seconde partie du traitement, soit la partie PDI. Celle-ci vise la modification des comportements inappropriés de l'enfant grâce à des techniques d'interventions comportementales (exemple : attention sélective, renforcements, punitions, etc.). Le parent apprend ainsi à faire des demandes claires de manière positive, plutôt que de les formuler d'un ton négatif. Il apprend aussi à être consistant et cohérent dans ses interactions avec l'enfant.

Ces auteurs ont également prévu l'ajout d'une autre composante au programme question d'aider plus spécifiquement les parents d'enfants TAS. En effet, ils rapportent que les parents d'enfants anxieux sont inconfortables lorsque leur enfant exprime de la détresse. Craignant que l'anxiété soit trop nuisible, ils ont tendance à adopter des pratiques de surprotection pour éviter que leurs enfants vivent des moments anxiogènes (Pincus *et al.*, 2005). Pour pallier à ces difficultés, le programme comprend un volet d'éducation parentale (*Bravery Direct Interaction* (BDI)) ayant pour but d'informer les parents sur les troubles anxieux.

La participation à cette section du programme incite le parent à réfléchir à propos du cycle de l'anxiété qui risque de s'établir dans les relations parent-enfant. On leur explique l'importance de ne pas éviter les situations impliquant des séparations et d'appliquer les stratégies éducatives du programme PCIT en présence de ces contextes. On

leur suggère de renforcer les comportements de bravoure, d'ignorer les comportements d'évitement et d'encourager l'enfant à affronter ses peurs. Les parents apprennent aussi à réaliser avec leur enfant un plan d'action pouvant l'aider à être plus tolérant lors des séparations. Assisté de ses parents, l'enfant choisit l'objectif à travailler afin de développer lui-même son autonomie. Lorsqu'il réussit une étape du plan d'action visant à réduire son anxiété de séparation, il obtient une récompense (exemple : un moment privilégié avec son parent) qui le motive à passer à la prochaine étape. Les parents sont invités à pratiquer ces façons d'interagir avec leur enfant sur une base quotidienne afin de favoriser une généralisation des acquis à plus long terme.

En ce qui concerne les résultats, plusieurs études montrent que le programme PCIT est efficace pour améliorer les comportements des enfants ayant des troubles extériorisés. Par ailleurs, Pincus *et al.*, (2005) ont menés un projet pilote visant à appliquer le programme PCIT auprès des enfants TAS et leurs parents. Les résultats préliminaires s'avèrent intéressants. Ils révèlent que les enfants ayant suivi le traitement manifestent moins d'anxiété de séparation et moins de comportements perturbateurs. Les auteurs stipulent que les facteurs familiaux jouent un rôle clé dans le développement des troubles anxieux chez les enfants. Ils proposent quelques mécanismes pouvant contribuer à l'efficacité du programme auprès de cette clientèle : un contrôle accru exercé par l'enfant sur sa propre vie, plus de renforcement social pour les comportements de bravoure, l'amélioration de la relation d'attachement parent-enfant et une diminution de l'anxiété chez les parents. Cependant, d'autres recherches comprenant un plus grand échantillon et un groupe contrôle doivent être entreprises afin d'explorer davantage les retombées d'un tel programme pour une clientèle TAS.

3.2 Retombées des connaissances sur l'attachement et ses applications sur l'intervention psychosociale.

Certaines caractéristiques des programmes, présentés précédemment, considérées pertinentes pour prévenir ou traiter le développement du TAS chez les enfants, ont donc été retenues.

D'abord, les trois programmes reposent sur la prémisse qu'il est possible d'améliorer la relation parent-enfant pour sécuriser l'enfant et lui permettre ainsi de s'engager dans une trajectoire de développement mieux adaptée au contexte social. Ces programmes, qui accordent une grande importance à l'influence des modèles d'attachement dans le développement d'une relation de confiance parent-enfant, sont donc utiles pour traiter le TAS, qui est fréquemment associé à l'attachement insécurisant de type ambivalent.

Plus particulièrement, les enfants TAS se retrouvent fréquemment dans le pôle « protection et proximité » du cercle de sécurité décrit par Marvin *et al.* (2002). Ils sont insécures et multiplient les signaux d'attachement afin d'obtenir l'attention des parents et être réconfortés. Souvent, les parents de ces enfants répondent de manière à favoriser la dépendance envers eux. En agissant de la sorte, ils reçoivent de l'affection de la part de leur enfant qui vient souvent combler un vide. De fait, il arrive souvent que ces parents n'ont pas entretenu des relations socio-affectives satisfaisantes avec leurs propres parents. Malheureusement, en bénéficiant de la présence continue de leur enfant, ils imposent beaucoup de contraintes dans le développement de son autonomie. En ce sens, les programmes *The Circle of security* (Marvin *et al.*, 2002) et *Watch, Wait et Wonder* (Muir *et al.*, 1999) sont bien adaptés pour traiter le TAS, parce qu'en amenant les parents à observer ce patron socio-émotionnel, ils peuvent ensuite modifier leurs perceptions sur le comportement de l'enfant, travailler sur leurs façons d'interagir avec celui-ci et développer des stratégies devant favoriser ses apprentissages. Puis, en leur apprenant à porter attention aux intérêts de ce dernier et à devenir plus sensible à ses besoins, ils seront plus disposés à

adopter des attitudes parentales sécurisantes pour l'enfant. Ayant davantage confiance en sa figure d'attachement, l'enfant vivra moins de détresse dans les contextes de séparation.

Ces deux derniers programmes présentent également l'avantage d'amener les parents à percevoir comment leurs histoires personnelles affectent leurs propres interactions avec leur enfant. De manière générale, le parent ne suscite pas l'insécurité chez son enfant par manque d'amour. Le plus souvent, c'est qu'il ne perçoit pas son mode de fonctionnement ou n'est pas en mesure d'en prendre conscience. C'est le cas des mères d'enfants TAS qui sont souvent très centrées sur leurs propres besoins affectifs. Elles ne s'aperçoivent pas qu'un lien existe entre leur passé relationnel et leurs attitudes de surprotection, d'indulgence et de sollicitude à l'égard de leur enfant. C'est notamment en leur fournissant l'occasion de discuter de leurs perceptions, leurs désirs et leurs souvenirs qu'elles pourront modifier leur style d'interaction. Ainsi, en aidant le parent à être moins affecté par les expériences négatives avec ses proches et à mieux accepter son vécu, il sera plus facile pour lui d'éviter l'utilisation de modes de fonctionnement relationnel indésirables.

D'autre part, il a été mis en évidence dans les écrits que les parents d'enfants TAS découragent la manifestation, chez ces derniers, de comportements associés à la bravoure. Ils ne les incitent pas à affronter leurs peurs. Ce qui est particulièrement unique dans le programme *Parent Child Interaction Therapy for Young Children with SAD*, est justement l'accent placé sur la compréhension du TAS, et comment il fournit aux parents une assistance contribuant à reconstruire leurs rôles parentaux. Le programme amène les participants à saisir l'impact négatif de l'anxiété sur la relation parent-enfant et sur le développement du jeune. Et comme les parents des enfants TAS sont souvent centrés sur la performance, le programme s'avère intéressant puisqu'ils apprennent à s'amuser dans le jeu avec leur enfant et à relaxer. Le programme les incite également à suivre un plan d'action après avoir consulté au préalable leur enfant, afin de mieux graduer les étapes de la séparation. Ce plan d'action est recommandé parce que, de par sa structure, il sécurise l'enfant et favorise le développement de son autonomie. Toutefois, il est dommage que le

programme axe surtout son intervention sur des techniques d'intervention de nature comportementale pour aider le parent à diminuer l'anxiété de séparation de l'enfant. Il serait aussi conseillé qu'ils apprennent des stratégies éducatives, se rapportant au vécu relationnel de l'enfant, pour l'aider à s'épanouir et vivre en harmonie avec son entourage.

Finalement, le format de groupe du programme *The Circle of Security* est retenu car il permet aux parents d'enfants TAS, souvent anxieux eux-mêmes et moins réceptifs au monde extérieur, de socialiser avec d'autres personnes. Rappelons aussi que la prévalence du TAS est plus présente dans les milieux défavorisés où les parents peuvent difficilement avoir accès au service d'une thérapie individuelle. Un programme de groupe serait donc attirant, moins menaçant et plus abordable. Ces rencontres favoriseraient aussi la création d'un réseau social entre les parents, ce qui peut jouer sur leur bien-être familial. Le contexte d'entraide et la prise de conscience qu'ils ne sont pas les seuls à vivre de telles difficultés est bénéfique pour leur confiance personnelle, ce qui les rend plus disponible pour leur enfant. Ce type d'intervention de groupe joue finalement sur la force d'une clientèle diversifiée qui offre des modèles parentaux différents et non menaçants.

À la lumière de ces constatations, ces programmes sont efficaces parce qu'ils misent sur la relation parent-enfant afin d'améliorer la trajectoire de développement des enfants à risque. Basés sur la théorie de l'attachement, ils privilégient autant l'expérience de l'enfant que celle du parent. La relation entre les deux est le point de mire de l'intervention. En effet, plusieurs auteurs s'accordent pour dire que toute intervention visant l'amélioration de la qualité du lien d'attachement devrait être centrée sur la dualité de la relation parent-enfant (Aviezer, Sagi-Schwartz et Koren-Karie, 2003). D'ailleurs, les résultats des recherches révèlent que les programmes axés seulement sur la modification des représentations mentales de la mère ne réussissent pas à prévenir les problèmes d'attachement insécure chez les dyades à risque, d'où l'importance d'intervenir auprès du parent et de son enfant (Egeland et Erickson, 1993).

Toutefois, ces programmes ne devraient pas constituer la seule modalité d'intervention disponible aux familles ayant des enfants TAS. Malheureusement, on peut douter de l'accessibilité de telles interventions pour des parents qui ont d'autres enfants en bas âge et qui présentent plusieurs facteurs de risque. Pour y participer, les parents doivent se déplacer selon leurs disponibilités et leurs moyens. Les programmes souffrent notamment d'un excès d'optimisme à l'effet que les parents pourront, seuls, surmonter leur multitudes de problèmes. Ces programmes seraient donc avantagés par l'ajout de différentes mesures de soutien à la famille – visites de professionnels à domicile sur une base régulière, jumelage avec des aidants naturels, groupe d'entraide – qui sont susceptibles d'aider une clientèle plus démunie. En comblant ainsi leurs besoins de base, ces parents seraient plus disponibles et profiteraient davantage des retombées positives des programmes d'intervention.

D'autre part, malgré les effets bénéfiques apportés par les traitements, conçus sur la base de la théorie de l'attachement, il s'agit également de formuler des stratégies d'interventions centrées davantage sur le vécu intérieur des enfants souffrant d'anxiété de séparation.

D'abord, rappelons qu'un enfant ayant un attachement anxieux ambivalent est dépendant de sa mère et n'arrive pas à en dépendre comme base sécurisante pour l'exploration de son environnement. Il n'a pas su intérioriser l'image mentale d'elle comme principalement figure d'attachement. Ainsi, en l'absence de celle-ci, il vit beaucoup de détresse, ce qui nuit à sa capacité d'apprentissage. Lorsque l'enfant plus âgé sera contraint à vivre des situations stressantes impliquant des séparations – un changement d'école, le divorce des parents, l'hospitalisation d'un parent – il sera plus enclin à régresser et à ressentir des sentiments d'angoisse (Bailly, 2005 ; Gardner, 1985). L'anxiété de séparation prend ainsi toute la place dans l'esprit de l'enfant et l'empêche de bien fonctionner dans plusieurs sphères de vie.

Sur le plan de l'intervention, Bailly (2005) propose dans un premier temps, d'aider l'enfant à reconstruire tranquillement l'image mentale de sa mère. Il est donc essentiel d'explorer avec celui-ci, grâce à des moyens adaptés à son niveau de développement (exemple : dessins et jeux symboliques pour les plus jeunes et verbalisation pour les plus vieux), les représentations de son monde intérieur et ses craintes particulières associées aux séparations. Celles-ci seront par la suite reprises et confrontées à son raisonnement. Puis, une fois que l'enfant reconnaît ses peurs, il faut l'aider à trouver des moyens pour développer la confiance que sa mère ne l'abandonnera pas (Bailly, 2005 ; Gardner, 1985). Pour y arriver, Bailly (2005) propose d'alimenter plusieurs des sens de l'enfant afin de développer sa mémoire affective. Par exemple, l'enfant qui s'ennuie ou a peur de perdre sa mère vit des émotions négatives. Il pourrait entreprendre la création d'un journal personnel dans lequel il insère des photos de sa famille, écouter un enregistrement de sa mère lui racontant une histoire ou encore sentir son jouet préféré aspergé avec le parfum de sa mère. Ces moyens nourrissent la mémoire intérieure de l'enfant, ce qui l'aide à s'imaginer la présence de sa figure d'attachement, source de sécurité. En répétant ce processus, la représentation mentale associée à la sécurité d'attachement sera progressivement intégrée et l'enfant pourra mieux gérer les séparations.

Étant donné que les raisons du sentiment d'insécurité de l'enfant peuvent également être causées par une mauvaise interprétation des comportements parentaux, la communication et l'expression des émotions sont également primordiales dans l'intervention parent-enfant. L'élément déterminant, en ce qui a trait à la capacité de l'enfant à tolérer une séparation, est sa confiance de retrouver sa figure d'attachement. Il est donc essentiel de travailler sur les représentations que l'enfant entretient au sujet de celle-ci et de l'amener à établir avec elle une communication sécurisante. Gardner (1985) propose qu'utiliser des stratégies pour les aider à mieux communiquer, constitue un aspect important à travailler auprès des enfants TAS et leurs familles. De cette façon, l'enfant comprendra mieux les enjeux d'une situation impliquant une séparation et évitera de se sentir rejeté ou délaissé par son parent.

CONCLUSION

Les théoriciens et les cliniciens qui adhèrent à la théorie de l'attachement stipulent qu'un attachement sécure parent-enfant est nécessaire pour assurer un développement socio-affectif sain. Évidemment, la personne significative joue un rôle clé. À ce titre, elle doit manifester des réactions appropriées aux sentiments et besoins de l'enfant et doit être disponible émotionnellement pour s'engager dans une relation réciproque vis-à-vis son fils ou sa fille.

Mais, si certains parents développent facilement les habiletés nécessaires pour y parvenir, d'autres trouveront la tâche plus laborieuse. Que ces difficultés soient la conséquence de relations affectives insatisfaisantes avec leur propres parents, d'un manque de soutien social, de troubles psychopathologiques ou d'une impatience face au tempérament irritable de leur enfant, ces parents gagnent tous à apprendre des stratégies pour bâtir de meilleures relations avec leurs petits.

C'est ici que l'intervenant peut apporter du soutien, notamment pour encourager une estime de soi parentale. Autrement, les parents risquent de perdre confiance en leur capacités, ou pire, répéter les erreurs de la génération qui les précède. Ceci dit, l'intervenant apporte à son tour, son propre bagage de vécu personnel et ses expériences professionnelles. De la même manière que les parents apprennent à faire preuve de sensibilité, de proximité et d'engagement vis-à-vis leur enfant, l'intervenant doit agir aussi comme base sécurisante pour ceux-ci.

Selon Bowlby (1969), l'intervenant doit être fiable, attentif, empathique et s'efforcer de voir le monde à travers les yeux du client. Au lieu de simplifier ou réduire la teneur des relations humaines, il doit être à l'aise avec les changements, la complexité des relations interpersonnelles et adapter ses interventions aux besoins particuliers de chaque client et à chaque relation thérapeutique.

Pour y parvenir, l'intervenant doit prendre en considération ses propres attitudes et limites dans le processus thérapeutique. En effet, aborder l'attachement avec les clients exige un travail à la fois personnel et professionnel puisque l'intervenant doit répondre de manière sensible aux besoins du client et respecter son rythme d'apprentissage afin de l'amener à explorer son vécu personnel. L'intervenant doit donc être à l'écoute de ses propres résonances ou insécurités engendrées par les styles relationnels d'attachement perçus chez les clients. En tant qu'individu, il doit faire attention de ne pas se présenter en apôtre de la vertu – celui qui détient le monopole du bon sens. Il ne s'agit ni d'ignorer sa personne, ni son sens de la moralité. C'est donc en prenant le temps d'analyser ses résonances, que l'intervenant sera plus apte à maintenir une distance professionnelle et éviter d'imposer ses valeurs ou de projeter ses propres conflits non résolus dans la relation d'aide. En développant ainsi ces capacités, l'intervenant sera mieux disposé à bâtir une relation de confiance avec son client afin de l'amener ultimement, à son tour, à apprivoiser et à créer une relation unique avec son enfant. Car l'important c'est que le remède aux problèmes des enfants émane de leurs parents.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ainsworth, M., Blehar, M., Walters, E. et Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the Strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- American Psychological Association (1994). *DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual* (4e éd.). Washington, DC: APA.
- Anderson, J., Williams, S., McGee, R. et Silva, P. (1987). DSM-III Disorders in preadolescent children: Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.
- Aviezer, O., Sagi-Schwartz, A. et Koren-Karie, N. (2003). Ecological constraints on the formation of infant-mother attachment relations: When maternal sensitivity becomes ineffective. *Infant behaviour and development*, 26, 285-299.
- Bailly, D. (2005). *La peur de la séparation : de l'enfance à l'âge adulte*. Paris : Odile Jacob.
- Bartholomew, K. et Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social psychology*, 61, 226-244.
- Beck, A., Brown, G., Steer, R., Eidelson, J. et Riskind, J. (1987). Differentiating anxiety and depression: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 179-183.
- Belsky, J. (1997). Attachment, mating, and parenting: An evolutionary interpretation. *Human Nature*, 8, 361-381.
- Biederman, J., Rosenbaum, J., Bolduc-Murphy, E., Faraone, S., Charloff, J., Hirshfeld, D. et al. (1993). A 3 year follow-up of children with and without behavior inhibition. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 814-821.
- Boer, F. et Lindhout, I. (2001). Family and genetic influences: is anxiety all in the family? In W. Silverman et P. Treffers (dir.), *Anxiety disorders in children and adolescents: Research, assessment and intervention* (p.235-254). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol.1 Attachment*. New York: Basic Books.

- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Cantwell, D. et Baker, L. (1989). Stability and natural history of the DSM-III childhood diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 691-700.
- Cassidy, J. et Berlin, L. (1994). The insecure/ambivalent pattern of attachment: theory and research. *Child Development*, 65, 971-991.
- Cohen, N., Muir, E., Parker, C. et Brown, M. (1999). Watch, wait and wonder: Testing the effectiveness of a new approach to mother-infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 20, 429-451.
- Cohn, D., Silver, D., Cowan, C., Cowan, P. et Pearson, J. (1992). Working models of childhood attachment and couple relationships. Special Issue: Intergenerational relationships. *Journal of Family Issues*, 13, 432-449.
- Compton, S., Nelson, A. et March, J. (2000). Social phobia and separation anxiety symptoms in community and clinical samples of children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1040-1046.
- Dadds, M., Barrett, P., Rapee, R. et Ryans, S. (1996). Family process and child anxiety and aggression: An observational analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 715-734.
- Dugré, S. et Trudel, M. (2005). Suivi longitudinal de profil d'adaptation en santé mentale chez les élèves de niveau primaire. *Canadian Journal of Education*, 28, 24-51.
- Dumas, J. (2003). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Bruxelles : Éditions De Boeck Université.
- Dumas, J., LaFreniere, P., et Serketich, W. (1995). Balance of power: A transactional analysis of control in mother-child dyads involving socially competent, aggressive, and anxious children. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 104-113.
- Egeland, B. et Erickson, M. (1993). Implications of attachment theory and findings : Implication for prevention and intervention. Dans Kramer, S. et Parens, H. (Eds), *Prevention in mental health*. (pp.23-50). Lanham, MD: Jason Aronson.
- Fergusson, D., Horwood, L. et Lynskey, T. (1994). A longitudinal study of early childhood education and subsequent academic achievement. *Australian Psychologist*, 29, 110-115.

- Gardner, R. (1985). *Separation anxiety disorder: Psychodynamics and Psychotherapy*. Cresskill, New Jersey: Creative Therapeutics.
- Gittelman, R. et Klein, D. (1984). Relationship between separation anxiety and panic and agoraphobia disorders. *Psychopathology*, 17, 56-65.
- Goldberg, S., MacKay-Soroka, S. et Rochester, M. (1994). Affect, attachment and maternal responsiveness. *Infant behavior and Development*, 17, 335-340.
- Griest, J., Jefferson, J. et Marks, I. (1991). Anxiety and its treatment: advice from three leading psychiatrists in the field of anxiety treatment. Washington, DC :American Psychiatric press.
- Hudson, J. et Rapee, R. (2002). Parent-child interactions in clinical anxious children and their siblings. *Journal of Clinical Child and adolescent Psychology*, 31, 548-555.
- Kagan, J., Resnick, J. et Gibbons, J. (1989). Inhibited and uninhibited children. *Child Development*, 64, 838-845.
- Kaplan, H. et Sadock, B. (1988). *Synopsis of Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kearny, C. Sims, K., Pursell, C. et Tillotson, C. (2003). Separation anxiety disorder in young children: A longitudinal and family analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 32,593-598.
- Kearny, C. et Silverman, W. (1996). The evolution and reconciliation of taxonomic strategies for school refusal behavior. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 339-354.
- Keller, M., Lavori, P., Wunder, J., Beardslee, W. et Schwartz. (1992). Chronic course of anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 595-599.
- Kendall, P., Chu, B., Pimentel, S. et Choudhury. M. (2000). Treating anxiety disorders in youth. In P. Kendall (dir.), *Child and adolescent treatment Therapy: Cognitive-Behavioral Procedures* (p.235-287). New-York: Guilford.
- Klein, R., et Last, C. (1989). *Anxiety disorders in children*. Newbury Park. CA : Sage.
- Last, C., Perrin, S., Hersen, M. et Kazdin, A. (1992). DSM-III-R anxiety disorders in children: Socio-demographic and clinical characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1070-1076.

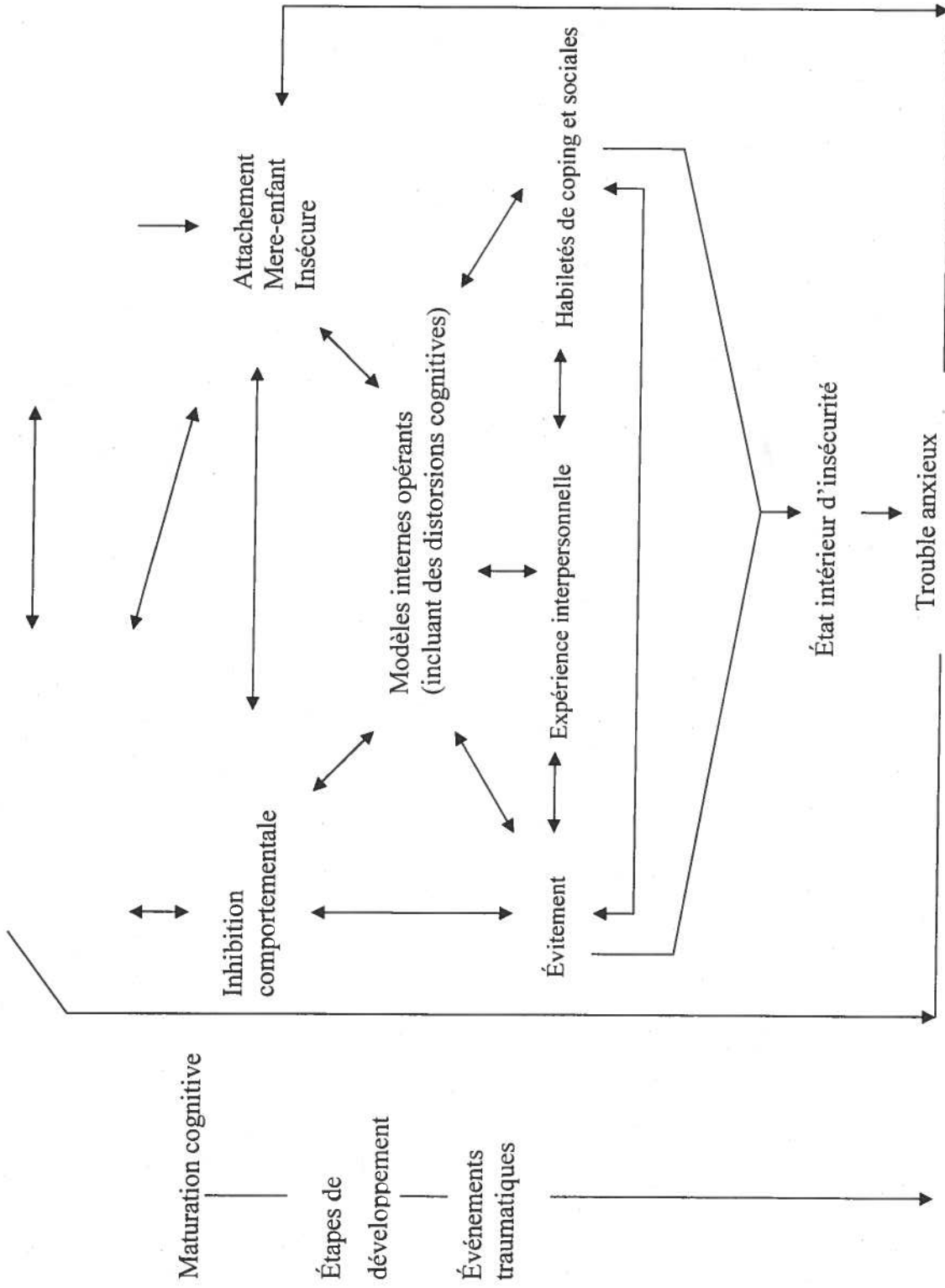
- Last, C., Perrins, S., Hersen, M. et Kazdin, A. (1996). A prospective study of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1502-1510.
- Macleod, C. (1991). Clinical anxiety and the selective encoding of threatening information. *International Review of Psychiatry*, 3, 279-292.
- Main, M. et Solomon, J. (1990). Procedures in identifying infant as disorganized/disoriented during Ainsworth Strange Situation. In M.Greenberg, D. Cicchetti et Cummings (dir.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (p. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.
- Manassis, K. et Bradley, S. (1994). The Development of childhood anxiety disorders: Toward an integrated model. *Journal of applied developmental psychology*, 15, 345-366.
- Manassis, K., Bradley, S., Goldberg, S., Hood, J. et Swinson, R. (1995). Attachment in mothers with anxiety disorders and their children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1106-1113.
- Manassis, K., Bradley, S., Goldberg, S., Hood, J., et Swinson, R. (1994). Behavioral inhibition, attachment and anxiety in children of mothers with anxiety disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 87-92.
- Marvin, M., Cooper, G., Hoffman, K. et Powell, B. (2002). The circle of security project: Attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attachment & Human Development*, 4, 107-124.
- Miech, R., Caspi, A., Moffitt, T., Wright, B. et Silva, P. (1999) Low socioeconomic status and mental disorders: A longitudinal study of selection and causation during young adulthood. *American Journal of Sociology*, 104, 1096-1131.
- Miljkovitch, R. (2001) *L'attachement au cours de la vie: modèles internes opérants et naratifs*. Paris : Presses universitaires de France.
- Muir, E., Lojkasek, M. et Cohen, N. (1999) L'observation au service de l'intervention précoce : le programme Watch, wait and wonder. *Prisme*, 31, 154-166.
- Pierrehumbert, B. (1992). La situation Etrange. *Devenir*, 4, 69-93.
- Pincus, D., Eyberg, S. et Choate, M. (2005). Adapting parent-child interaction therapy for young children with separation anxiety disorder. *Education & Treatment of Children*, 28, 163-181.

- Prior, M., Sanson, A., Smart, D. et Oberklaid, F. (1999). Psychological disorders and their correlates in an Australian community sample of preadolescent children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 563-580.
- Radke-Yarrow, M., McCann, K., DeMulder, E. et Belmont, B. (1995). Attachment in the context of high-risk conditions. *Development and Psychopathology*, 7, 247-265.
- Rapee, R. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17, 47-67.
- Schneewind, K. (1989). Contextual approaches to family systems research: The macro-micro puzzle. In Kreppner (dir.), *Family systems and life span development* (p.197-221). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Silove, D., Manicavasagar, V., Curtis, J. et Blaszczynski, A. (1996). Is early separation anxiety a risk factor for adult panic disorder? A critical review. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 167-179.
- Siqueland, L., Kendall, P. et Steinberg, L. (1996). Anxiety in children: Perceived family environments and observed family interaction. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 225-237.
- Silverman, W. et Dick-Niederhauser, L. (2004). Separation Anxiety Disorder. In T. Morris, et J. March (dir.), *Anxiety Disorders in Children and Adolescents* (p.164-188). New York: The Guilford Press.
- Silverman, W. et Ginsburg, G. (1998). *Anxiety disorders: Handbook of child psychopathology*. New-York. Plenum Press.
- Sroufe, A. (1996). Emotional development: the organization of emotional life in the early years. New York: Cambridge University Press.
- Sroufe, A., Carlson, E., Levy, A. et Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 11, 1-13.
- Thompson, R. (2001). Childhood Anxiety Disorders from the perspective of emotion regulation and attachment. In M.Vasey et M.Dadds (dir.), *The developmental psychopathology of anxiety* (p.160-182). New York: Oxford University Press.
- Thompson, R., Laible, D. et Ontai, L. (2003). Early understandings of emotion, morality, and self: developing a working model. *Advances in child development and behavior*, 31, 137-172.

- Turner, S., Beidel, D. et Costello, A. (1987). Psychopathology in the offspring of anxiety disordered parents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 229-235.
- Warren, S., Emde, R. et Sroufe, A. (2000). Internal representation: Predicting anxiety from children's play narratives. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 100-110.
- Warren, S., Huston, L., Egeland, B. et Sroufe, A. (1997). Child and Adolescent Anxiety Disorders and Early Attachment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 637-645.
- Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Corwell, J. et Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty year longitudinal study. *Child Development*, 71, 684-689.
- Waters, E. et Deane, K. (1985). Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q-methodology and the organization of behavior in infancy and early childhood. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 41- 65.
- Westenberg, M., Siebelink, B., Warmenhoven, N. et Treffers, P. (1999). Separation anxiety and overanxious disorders: relation to age and level of psychosocial maturity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1000-1007.
- Woodward, L. et Fergusson, D. (2001). Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 1086-1093.
- Van den Boom, D. (1989). Neonatal irritability and the development of attachment. In G. Kohnstamm, J. Bates et M. Rothbart (dir.), *Temperament in childhood* (p. 299-318). Chichester: John Wiley.
- Velez, C., Johnson, J. et Cohen, P. (1989). A longitudinal analysis of selected risk factors for Childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 861-864.

ANNEXE A

**MODÈLE DU PROCESSUS DE DÉVELOPPEMENT DE L'ANXIÉTÉ CHEZ LES
ENFANTS (Manassis et al., 1999)**



ANNEXE B

**DESCRIPTION DES QUATRE PRINCIPAUX TYPES D'ATTACHEMENT
(Ainsworth et al., 1978)**

1) Attachement sécurisant

A) La figure d'attachement est une base de sécurité pour l'exploration

- 1) L'enfant se prépare facilement pour explorer les jouets lorsque la mère est dans la pièce.
- 2) Il y a partage affectif pendant le jeu.
- 3) L'enfant démontre des comportements affiliatifs avec l'étrangère en présence de la mère.
- 4) L'enfant est facilement réconforté après la détresse (retourne au jeu).
- 5) Le réconfort apporté par l'étrangère est généralement moins puissant.

B) Recherche active de contact ou d'interaction au moment de la réunion

- 1) S'il est en détresse :
 - a) Il recherche immédiatement le contact et le maintien de celui-ci.
 - b) Le contact est efficace pour réduire sa détresse.
- 2) S'il n'est pas en détresse :
 - a) Comportements actifs d'accueil.
 - b) Initie fortement l'interaction.

2) Attachement insécurisant de type ambivalent

A) Peu d'exploration

- 1) Séparation difficile pour explorer les jouets (même lorsque la mère est dans la pièce), reste accroché aux jupes de la mère.
- 2) Inquiétudes vis-à-vis les situations et les personnes nouvelles.

B) Difficulté à être réconforté au moment de la réunion

- 1) Peut rechercher le contact et y résister (frapper, se contorsionner, jeter les jouets).
- 2) Peut simplement continuer de pleurer et gémir (inconsolable), impossible de le faire retourner au jeu.

3) Peut être passif.

3) Attachement insécurisant de type évitant

A) Exploration indépendante

1) Séparation facile pour explorer les jouets.

2) Peu de partage affectif.

3) Comportements affiliatifs vis-à-vis l'étrangère en l'absence de la mère (pas de préférence entre la mère et l'étrangère).

B) Évitement actif au moment de la réunion

1) Se tourne, regarde ailleurs, s'éloigne, ignore.

2) Peut combiner l'évitement et la recherche de proximité.

3) Évitement plus prononcé à la deuxième réunion.

4) Pas d'évitement de l'étrangère.

4) Attachement insécurisant désorganisé

A) Exploration peut ressembler aux évitants ou aux sécurisants

1) Peuvent facilement aller vers les jouets.

2) Peuvent paraître extrêmement passifs et lents.

B) Réunion

1) Comportements figés (s'immobilise avec le regard fixe lors la réunion).

2) Comportements paradoxaux (va vers la mère en tournant la tête).

3) Mélange de comportements de l'enfant évitant et de l'enfant ambivalent (pleurs ou évitements, inconsolables). Ils n'ont pas de stratégie cohérente pour utiliser leur mère comme base de sécurité.