

Attachement et santé mentale des parents

Ellen Moss, UQAM
Michèle Ouellet, CLSC des Seigneuries
Suzanne Lépine, RSSS

5 catégories de l'attachement adulte

- Sécurisant/Autonome
- Évitant/Distançant
- Ambivalent/Préoccupé
- Non-résolu/Désorganisé
- Impossible à classifier

Cette présentation a été effectuée le 2 décembre 2004, au cours de la journée « L'attachement parent-enfant : perspectives sur la prévention et l'intervention dans des contextes de vulnérabilité » dans le cadre des Journées annuelles de santé publique (JASP) 2004. L'ensemble des présentations est disponible sur le site Web des JASP, à l'adresse <http://www.inspq.qc.ca/jasp/archives/>.

Entrevue sur l'attachement adulte

- Entrevue semi-structurée d'une durée approximative d'une heure.
- 18 questions portant sur la description et l'évaluation des premières relations avec leurs parents et événements stressants liés à l'attachement.
- Les transcriptions sont classifiées sur la base du discours.
- La cohérence et la consistance dans la présentation des événements sont très importants (peu importe la qualité des expériences).

Sécurisant/Autonome (cohérent-collaborateur)

- Les représentations sémantiques des relations d'attachement de l'enfance coïncident avec les représentations épisodiques.
- La description et l'évaluation des effets de l'histoire d'attachement sont cohérents et plausibles peu importe la qualité des expériences d'attachement.

Évitant/Distançant

- Les représentations sémantiques ne sont pas corroborées par des représentations épisodiques.
- L'idéalisation ou la dépréciation des relations d'attachement.
- Dénier des expériences négatives ou de leurs conséquences.
- Difficulté de rappel des épisodes de l'enfance.
- Banalisation des expériences d'attachement.
- Exonération des parents.

Ambivalent/Préoccupé

- Représentations sémantiques des relations d'attachement sont limitées et confuses et faiblement intégrées à leurs correspondants épisodiques.
- Focalise sur la relation avec les parents mais en parle de façon incohérente et non pertinente.
- Essaie d'amener l'intervieweur à acquiescer les fautes des parents.
- Perte du fil de la conversation.
- Submergé par les émotions associées aux souvenirs.

Non-résolu/Désorganisé

- Un attachement non-résolu/désorganisé est souvent présent chez les victimes d'abus sexuel ou physique.
- Présence de défaillances au niveau du raisonnement ou du discours qui ont souvent lieu lors de la discussion d'événements traumatisants (e.g. souvenirs dissociés, silences inappropriés, louanges).

Impossible à classifier

- Stratégies de discours difficile à interpréter.
- Alternance entre une stratégie préoccupée et un état évitant/ distançant.
- Présence de scores élevés au niveau de *l'idéalisation, la colère et la préoccupation* avec la mère.

Prédiction de l'attachement de l'enfant à partir du AAI

Méta analyse de Van IJzendoorn (1995)

- 18 échantillons (N=854 dyades)
- 9 études identifient les 4 groupes

Résultats:

Mère	Enfant	%
Autonome	Séure	77
Évit/Dist.	Évitant	57
Préocc.	Ambiv.	21
Non-résolu	Désorg.	53

- comparaisons séures vs inséure = 74% de concordance; 4 groupes = 63%
- populations cliniques et non-cliniques

Représentation d'attachement chez les mères cliniques et non cliniques

Mères cliniques:

Séure/Autonome	=	8%
Évitant/Distançant	=	26%
Ambivalent/Préoccupé	=	25%
Non-résolu/Désorganisé	=	40%

Mères non cliniques:

Séure/Autonome	=	55%
Évitant/Distançant	=	16%
Ambivalent/Préoccupé	=	9%
Non-résolu/Désorganisé	=	19%

Implications pour l'intervention À quel niveau intervenir?

- Petite enfance:
 - Sensibilité de la mère
 - Modèle de ses propres relations à l'enfance
- Enfance et âge scolaire:
 - Partenariat parent-enfant
 - Estime de soi de l'enfant
 - Troubles de comportement
 - Problèmes académiques

Implications pour l'intervention À quel niveau intervenir?

- Âge adulte:
 - Cohérence de la mémoire sémantique (signification des événements) et les mémoires épisodiques (expériences actuelles)
 - Régulation affective individuelle et interpersonnelle (retrait, escalade, dominance, soumission)

Intervention basée sur la réflexion du parent au niveau de sa sensibilité

Questions d'intervention

- **Enfant:**
 - Que fait l'enfant?
 - Que ressent-il probablement?
 - Qu'a-t-il besoin en ce moment?
 - Comment essaye-t-il de combler ce besoin?
- **Le parent:**
 - Que fait-il?
 - Que ressent-il
 - Qu'a-t-il besoin en ce moment?
 - Comment essaye-t-il de combler ce besoin?

Intervention basée sur la réflexion du parent au niveau de sa sensibilité

Questions d'intervention

- **La relation:**
 - Comment la relation affecte l'enfant?
 - Comment la relation affecte le parent?
 - Comment peuvent-ils négocier par rapport aux besoins et sentiments de chacun?

VIGNETTE CLINIQUE

N.B : Les noms utilisés sont fictifs afin de préserver la confidentialité.

Histoire familiale

Maggie est âgée de 35 ans et mère de deux enfants. Son fils aîné, Philippe, âgé de 14 ans est né d'une union précédente et présente un problème de surdité. Il a bénéficié pendant une dizaine d'années de services de réadaptation. Le cadet de 4 ans, Samuel, est né d'une deuxième relation. Les deux pères sont peu présents dans la vie des enfants. Maggie vit seule depuis 3 ans. Le père de Samuel, Pierre, souffre d'une maladie bipolaire depuis plusieurs années. Il a été incarcéré à l'Institut Philippe Pinel suite à un épisode psychotique majeur. Habillé en rambo, il est sorti avec une arme à feu dans sa municipalité et tirait un peu partout. Pierre a par la suite été hospitalisé en psychiatrie pendant plus de six mois. Il est consommateur de drogues fortes et vit présentement chez ses parents.

VIGNETTE CLINIQUE

Histoire de Maggie

Maggie a vécu une enfance teintée de souffrance. Ayant une relation très peu significative avec sa mère, elle fut très tôt confiée pendant plusieurs jours à une gardienne. Issue d'une famille de deux enfants, sa sœur aînée est décédée d'un cancer à l'âge de treize ans. Maggie a d'ailleurs été abusée sexuellement par son père pendant son enfance jusqu'à ce qu'elle lui demande de cesser de la toucher. Vers l'âge de dix ans, elle devait photographier ses parents pendant leurs ébats sexuels, pratiquer le nudisme avec sa famille malgré ses résistances, être témoin d'orgies sexuelles, etc.. Très tôt, Maggie a fait l'apprentissage de la sexualité. Elle entretenait des rapports sexuels complets avec les garçons vers l'âge de treize ans et ceux-ci étaient favorisés par ses parents. Maggie n'a jamais été protégée des comportements déviants de son père. Vivant dans un contexte familial d'alcoolisme, sa mère consommait autant que son père. Pendant son adolescence, Maggie est devenue une toxicomane de drogues fortes, elle a de plus exercé la prostitution pendant quelques années.

VIGNETTE CLINIQUE

Malgré sa vie mouvementée, Maggie a quand même actualisé une formation collégiale et travaille dans ce domaine. Depuis plusieurs années, elle a cessé la consommation, fréquente les NA dans ses moments de difficultés. Elle a régulièrement des épisodes suicidaires importants, a le sentiment de perdre le contrôle de sa tête. Elle fait beaucoup de clivage et est très ambivalente dans ses propos. La relation avec sa mère oscille entre la fusion et le rejet. Maggie a peu de relations sociales et ses relations amoureuses sont entretenues avec des hommes qui soit la rejettent, ou soit ont des problématiques de santé mentale.

VIGNETTE CLINIQUE

Nature de la demande

La demande au C.L.S.C. est entrée par le biais de l'accueil psychosocial. Ayant été signalé à la protection de la jeunesse, l'intervenante de l'équipe évaluation avait procédé à une fermeture à risque et avait recommandé à Maggie de faire une demande de services au C.L.S.C. si elle désirait que son dossier demeure fermé. À ce moment, Maggie était dans une période suicidaire importante, adoptait des comportements violents envers son fils de 4 ans. Durant un accès de violence, elle avait utilisé comme méthode punitive un comportement inapproprié en isolant son fils sur la galerie, en plein hiver, sans manteau. Durant cette période, Samuel était excessivement opposant, entretenait des comportements très colériques et violents et ceux-ci se produisaient seulement en présence de la mère. Samuel fut évalué dans une clinique privée en pédopsychiatrie. Il reçut un diagnostic d'hyperactivité avec trouble bipolaire comorbide familial ainsi qu'une prescription de ritallin que Maggie n'a jamais utilisé. Cet état de fait a énormément inquiété Maggie, qui voyait déjà son fils devenir fou et qui le rendait responsable des difficultés familiales.

VIGNETTE CLINIQUE

La relation de confiance avec Maggie fut très difficile à établir. Pendant un automne complet, elle ne se présentait pas aux rendez-vous. Lorsque le travail thérapeutique a commencé, Maggie nous a fait part de sa grande détresse. Elle disait se promener avec une corde dans sa valise et se sentait régulièrement à risque de suicide, mentionnait perdre le contrôle de sa pensée, se sentait devenir folle. Elle dormait à chaque nuit avec son fils et vivait cette relation comme une relation de couple. Pour Maggie, dormir avec son fils augmentait son sentiment de compétence, car il la voyait ainsi comme une mère formidable. Lorsque la routine s'installait, Maggie utilisait d'autres stratégies pour renforcer son image personnelle. Elle le réveillait la nuit pour le faire manger. Ainsi, il lui renvoyait par son regard, l'image d'une mère compétente et extraordinaire. L'attachement mère-enfant était selon un registre désorganisé. Maggie avait souvent des pensées homicides face à son fils, disait lui causer des maladies afin qu'on s'occupe d'elle (syndrome de Mauchaussen par procuration), provoquait des comportements de désorganisation chez son fils, oscillait entre la fusion et le rejet.

VIGNETTE CLINIQUE

Plan d'intervention

Dans ce dossier, nous avons travaillé en co-intervention et offerts à Maggie des services de psychoéducation pour augmenter les compétences parentales et la gestion des comportements, au domicile pendant les périodes à risque. Maggie est rencontrée en individuel, de façon régulière en psychosocial. Il y a eu beaucoup d'amélioration dans cette situation. Les épisodes suicidaires sont très peu fréquents et demeurent au stade de flash. Maggie découvre un grand pouvoir de gestion sur ses pensées négatives. Elle a beaucoup amélioré ses compétences parentales, réponds de mieux en mieux aux besoins de ses enfants, ne dort plus avec son fils. Les comportements d'opposition et de violence de Samuel ont nettement diminué pour devenir normalisés selon le développement d'un enfant de 4 ans. Maggie se découvre des attitudes positives et régularise plus facilement ses humeurs.

VIGNETTE CLINIQUE

N.B : Les noms utilisés sont fictifs afin de préserver la confidentialité.

Histoire familiale

Emily est une jeune femme de 23 ans, mère de deux petites filles, âgées de trois ans et dix-huit mois. Elle vit avec le père des enfants, Stéphane, depuis plusieurs années. Celui-ci a un profil de personnalité délinquant, a fait plusieurs séjours en prison pour vols et possession de stupéfiants, est un consommateur d'alcool et de drogues, a un tempérament violent, possessif et contrôlant. Emily souffre d'hallucinations visuelles et auditives, a de nombreuses pensées homicidaires et suicidaires, a fait quelques tentatives de suicide, consomme des drogues et de l'alcool et est anorexique. Le couple a été signalé l'an dernier pour négligence sévère, insalubrité, mode de vie déficient, consommation. Les enfants ont été placés en famille d'accueil dans deux milieux différents. Depuis juillet 2004, l'aînée a été déplacée dans la même famille d'accueil que la cadette. L'adaptation est plus difficile.

VIGNETTE CLINIQUE

Histoire d'Emily

Emily a un passé très traumatique. Elle a vécu de l'inceste pendant de nombreuses années par son père, jusqu'aux relations sexuelles complètes, vers l'âge de quatorze ans. C'est à ce moment que les hallucinations ont débuté et n'ont jamais cessé. Ses parents se faisaient payer par des hommes et offraient leurs filles à la prostitution. Vers la fin de son adolescence, Emily a fait de la prostitution sur la Ste-Catherine, a consommé beaucoup de drogues, a été victime d'un viol collectif, a été agressée physiquement par un inconnu. Elle a vécu de multiples traumatismes et en porte toujours les séquelles. Avant la naissance de ses filles, elle a vécu une relation homosexuelle pendant près d'un an. Elle est toujours ambivalente face à son orientation sexuelle et demeure avec Stéphane par insécurité et dépendance. Lors des périodes d'hallucinations importantes, Emily a des pratiques sexuelles déviantes et violentes avec lui. D'ailleurs, Stéphane a entretenu pendant plusieurs années, dès l'âge de 12 ans, des rapports sexuels avec sa sœur aînée.

VIGNETTE CLINIQUE

Lien mère enfant

Émily a entretenu un lien d'attachement désorganisé avec ses filles. Elle a vécu plusieurs périodes de dissociation avec hallucinations lorsque ses filles habitaient avec elle. Afin de composer avec ses peurs, elle gardait sa fille aînée dans ses bras, la serrant ainsi plusieurs heures contre elle et se recroquevillait dans un coin de la maison. Craignant sans cesse que ses enfants soient victimes d'abus sexuels, Émily les maintenait de façon quasi permanente dans ses bras et refusait que les hommes les approchent. Elle entretenait une relation très symbiotique, répondant à ses besoins, ne pouvait décoder les demandes de ses filles et ne leur fournissait pas la réponse appropriée.

VIGNETTE CLINIQUE

Plan d'intervention

Devant le scénario de négligence grave, la situation familiale a été signalée à la protection de la jeunesse. Les enfants ont été retirés avec l'aide de la police, provoquant ainsi une désorganisation importante de Émily et de Stéphane (rechute dans la consommation, hospitalisation, passage à l'acte, anorexie, etc.). Devant les difficultés importantes et permanentes de la famille, les enfants sont maintenant orientés vers un projet de vie avec la possibilité d'adoption. D'ici là, les contacts sont supervisés par la DPJ et nous assurons le suivi individuel d'Émily.