



JOURNÉE D'ÉTUDE

# Le Temps de l'attachement

---

**Intervention de :** Michel Jean, psychologue clinicien à l'Institut Fernand Deligny, la Maison des Adolescents et en libéral

Le 26 / 11 / 15 à l'Institut Régional du Travail Social

# QUAND VIENNENT LES TROUBLES DE L'ATTACHEMENT

## Avertissement

J'ai choisi d'appuyer mon intervention sur des exemples cliniques. Pour des raisons de discrétion, j'ai soigneusement modifié certains éléments biographiques, tout en gardant la cohérence logique des cas.

Voici ce que je souhaite partager avec vous :

Dans le prolongement des interventions précédentes, je soulignerai,

- que la constitution du système de l'attachement s'effectue très tôt durant la petite enfance.
- que cette construction est en lien direct avec la qualité des soins et des interactions précoces, permettant l'instauration d'un attachement sécure ou conduisant au contraire à un attachement insécure.
- que l'enfant en est profondément et durablement marqué.
- que le système de l'attachement organise, oriente le développement ultérieur.
- que les troubles du système de l'attachement, quand celui-ci est activé, s'expriment tout au long de la vie, durant la suite de l'enfance, à l'adolescence, à l'âge adulte et dans la manière d'être parent, autrement dit, qu'il y a une tendance à la répétition transgénérationnelle.
- Que le système de l'attachement s'active tout particulièrement lors des relations d'accompagnement, d'aide et de soins ; il s'y opère « des répétitions »
- qu'il est à la fois difficile, possible et nécessaire de prendre soin des petites et grandes personnes qui souffrent de troubles de l'attachement, que l'on peut passer de la répétition à la réparation.

Première illustration clinique, la toute petite enfance.

Je travaille alors en S.E.S.S.A.D., et j'effectue une visite à domicile.

Une maison de lotissement, dans un village isolé, à une quinzaine de kilomètres de Lille.

Le père est chauffeur-livreur, la mère, à la maison, s'épuise avec ses sept enfants.

L'aînée a quatorze ans, le petit dernier quelques semaines.

J'interviens pour le quatrième, un garçon de huit ans, qui présente une alternance d'inhibition et d'agitation, des "crises de colère", de sévères difficultés scolaires.

Lors de cette première rencontre à domicile, je suis surtout frappé par le bébé, posé dans son transat, dans un coin du salon.

Peu après mon arrivée, il émet un faible cri. Sa mère lui prépare un biberon et sans prendre l'enfant dans ses bras, sans lui parler, sans guère le toucher, elle cale le biberon avec une petite serviette éponge roulée en un cylindre de sorte que la tétine se trouve dans la bouche du bébé, lequel laisse le lait lui couler entre les lèvres mollement ouvertes plutôt qu'il ne tète.

La mère retourne à son repassage et à son feuilleton télévisé, tandis que j'essaie de lui exposer l'objectif des visites à domicile, sans omettre la dimension de prévention qui s'étend aux autres membres de la fratrie...

Il est sans doute important que je mentionne que je viens d'être père pour la première fois et que mon fils a quasiment le même âge que Sylvain, le tout petit garçon qui semble abandonné tout en vivant sous le toit familial.

Au bout de quelques temps, ne sachant comment venir en aide à ce bébé que j'imagine en détresse, je tente d'amener la mère à lui porter attention. Elle semble plus intéressée par l'écran du téléviseur et sur un ton agacé m'affirme que c'est comme ça qu'il prend le mieux son biberon.

Je fais lien avec Cédric, le garçon de huit ans pour lequel la mesure a été prononcée, et avec la permission maternelle, nous sortons Sylvain de son transat. Je donne le biberon à ce bébé, hypotonique et peu réactif, sous le regard du grand frère qui est, ma foi, bien intéressé.

Le temps passe et tandis que le petit est calé dans les bras de Cédric, lequel se tient appuyé contre moi dans le canapé, le feuilleton se termine.

La maman lâche le téléviseur du regard, laisse la pile de linge dont elle n'est pas venue à bout et qui l'attend encore. Elle prépare le goûter "du grand", ainsi que du café dont elle m'offre un bol généreux ; elle se sert et s'assoit en face de nous, poussant un grand soupir.

Soutenue par mon écoute, mon attention, elle se raconte un peu :

Le travail éreintant d'une famille si nombreuse, « vous vous rendez compte, sept enfants à même pas trente trois ans ? »

« Et ils sont pas faciles. Mais j'ai de la fierté, on est pas riche, pourtant ils sont tous bien habillés, je fais pas mal de vêtements moi-même. Ils sont changés tous les jours, ça me fait deux ou trois battées chaque journée, avec la couture et le repassage, vous voyez bien »

Le lotissement isolé, « avec un seul petit salaire, quand on veut accéder à la propriété, faut s'éloigner de la ville »  
Le mari qui a un dur métier, et, dit-elle en termes voilés, qui a tendance à boire, à être violent. Comme mon père... me confiera t-elle dès cette première rencontre...

Peu après, à la suite de la visite d'une puéricultrice de la P.M.I., un bilan complet du bébé est effectué, et la mesure du S.E.S.S.A.D est étendue au petit dernier.

Il souffre également depuis sa naissance d'un torticolis, donnant lieu à une rééducation.

Le kinésithérapeute vient à domicile cinq fois par semaine et il se soucie du bébé, lequel semble le reconnaître, et même l'attendre, aux dires de la mère, soulagée que d'autres s'occupent de "l'enfant de trop" (ce sont les paroles maternelles, qu'elle me livre en confiance, un autre jour devant un autre bol de café)

Les visites se poursuivent, Cédric change et progresse, je tente de soutenir le lien de la mère avec son plus jeune enfant, comme le fait ma collègue, éducatrice au S.E.S.S.A.D qui vient au domicile au même rythme hebdomadaire.

Nous rencontrons le père.

C'est un homme courageux, fruste et soucieux de "ramener de l'argent à la maison"

« La maison, les enfants, c'est le travail de ma femme, moi, du moment qu'ils me laissent récupérer... »

Les visites à domiciles permettent à la maman de parler, elle en a bien besoin.

Son récit de vie, confié par petits bouts à ma collègue et à moi-même, puis une réunion de synthèse, avec le médecin généraliste et le kinésithérapeute nous renseignent sur l'histoire familiale de la mère :

Elle est elle aussi la dernière d'une grande fratrie, une « enfant de trop », avec une mère usée, un père alcoolique et violent.

Délaissée, elle était l'objet des soins et de l'attention discontinués des plus grands.

Souvent livrée à elle-même, elle s'accrochait au petit transistor que lui avait offert son parrain.

Il était allumé vingt quatre heures sur vingt quatre, réglé en sourdine le soir, elle ne pouvait s'endormir sans cette « présence ».

Quand on voulait la faire obéir, lui faire peur, on la menaçait de ne plus lui fournir de piles pour son petit transistor !

Aujourd'hui, le téléviseur fonctionne également en permanence, dans le salon, devant la machine à coudre et le fer à repasser. Madame y travaille jusqu'à tard dans la nuit. Épuisée, elle s'endort dans le canapé. Tôt le matin, les premières informations la réveillent, il est l'heure de préparer le petit déjeuner pour tous.

« De toute façon, si je suis à rien faire, j'ai des crises d'angoisse ! » nous explique t-elle.

Au fil du temps, les relations de la mère semblent s'améliorer avec les six premiers enfants, mais « celui de trop » n'est qu'un peu plus investi.

La sœur aînée, âgée de quatorze ans s'en occupe bien un peu, à ses moments perdus, quand elle n'a pas mieux à faire, un peu comme d'une poupée, sans continuité.

L'intervention précoce du kinésithérapeute, la mobilisation des travailleurs sociaux, du médecin généraliste, notre intervention ont très probablement limité les troubles de l'attachement de cet enfant.

Aurions nous pu faire mieux et plus ?

Dans cette situation, il importe d'observer la dimension de reproduction transgénérationnelle, l'attention soignante portée à la mère, à l'ensemble de la famille et les effets peut-être limités mais positifs de l'accompagnement, effectué pour l'essentiel à domicile.

Deuxième illustration clinique :

Je vais maintenant vous parler d'un enfant dont j'ai connaissance par le biais de la supervision d'une équipe d'internat.

Ce garçon que nous appellerons Tony, est arrivé en internat depuis un mois environ; il a sept ans, il ne parvenait plus à fréquenter l'école et à s'y intégrer ; dans sa famille d'accueil, les comportements n'étaient pas plus supportables, si bien qu'il a été décidé d'une orientation en internat.

C'est l'heure du repas. Les enfants déjeunent avec trois adultes.

Tony s'agite, fait du bruit, importune son voisin. Il critique ce qu'on lui sert avec des mots fleuris (je veux dire grossiers)

Un éducateur lui fait une remarque, lui demandant de se calmer, de respecter les autres, puis de goûter ce qu'on lui a servi. Tony n'en a cure... Il s'agite de plus belle, crie plus fort.

Le ton de l'éducateur se fait plus ferme, plus appuyé.

Un autre enfant s'en mêle. Tony l'éclabousse, puis renverse son verre d'eau.

Le ton monte encore d'un cran et l'éducateur demande à Tony de réparer sa bêtise, d'aller chercher une éponge...

Tony repousse son assiette à grand bruit, mais ne bouge pas. Comme l'éducateur lui indique qu'il n'a pas le choix et doit éponger l'eau renversée, l'enfant lui répond par une grossièreté, puis fracasse son assiette au sol.

L'éducateur lui demande alors de quitter la table, qu'il pourra y revenir et y manger quand il sera plus calme et plus respectueux.

Tony refuse d'abord d'obtempérer, puis devant la détermination du professionnel, soutenu par ses deux collègues, il se lève non sans faire tomber sa chaise à grand bruit, tout en proférant quelques insultes bien senties.

Il crie, tourne autour de la table, entre et sort de la pièce, toute l'attention est tournée vers lui, l'ambiance est électrique. Les enfants présents sont tentés d'intervenir...Ce qui ne ferait qu'en rajouter !

Un autre éducateur prend le relais, tente sans succès de calmer l'enfant en l'emmenant à l'écart du groupe, puis il lui donne l'ordre de monter s'isoler et se calmer dans sa chambre.

Tony crie et s'agite de plus en plus, si bien que le professionnel joint le geste à la parole, le prend dans ses bras et l'y conduit. (l'éducateur a de la force et l'enfant n'est ni bien grand ni bien lourd)

Arrivé dans sa chambre, où il a l'ordre de rester, seul, jusqu'à ce qu'il soit calmé, Tony est en proie à une agitation encore plus vive et il y renverse tout, avec une énergie destructrice étonnante, y commet de gros dégâts.

Comme il semble vouloir forcer l'ouverture de sa fenêtre, puis se faire mal et se mettre en danger, l'éducateur en arrive à le contenir physiquement, aidé en cela par un collègue qui l'a rejoint.

L'enfant hurle, se débat, profère insultes et menaces. Comme essoufflé, il pleure, gémit, se balance un peu, il est épuisé et, en apparence, il se calme.

Il est possible, dans l'après-coup qu'il dise regretter ce qui est arrivé, qu'il nomme ce qui s'est passé « une crise »

Il est fréquent que les professionnels y mettent des mots, avec l'enfant, et lui demande une explication que Tony est bien en peine de donner, il est même incapable de décrire l'enchaînement des faits, encore moins d'accueillir et de nommer les émotions dont il a été la proie.

Il semble devenu "étranger" à l'événement qu'il vient de vivre.

Une « réparation » est recherchée, trouvée, ne serait-ce que de lui demander qu'il remette un peu sa chambre en ordre avec l'aide d'un adulte.

Tony est très souvent en souffrance, angoissé.

Il peut exiger beaucoup de relations individuelles, s'apaiser quand il est avec un adulte choisi par lui, disponible, patient et qui s'occupe exclusivement de lui, de préférence par le truchement d'une médiation.

Malheureusement, le mieux être ne dure pas, car l'enfant, sans que l'on sache bien pourquoi, fuit l'adulte protecteur passé un certain temps, pour se mettre en difficulté, provoquer un autre adulte ou plus souvent entrer vivement en conflit avec d'autres enfants, ce qui peut le conduire à une nouvelle crise.

Né d'une mère gravement toxicomane, lui même nourrisson dépendant, il a connu une petite enfance catastrophique, de graves violences et négligences, la rue avec sa mère, la pouponnière, plusieurs familles d'accueil, à chaque fois mises en difficultés puis en échec par cet enfant aux troubles massif du lien.

Tony fait parler de lui de supervisions en supervisions, durant quelques années.

Au fil d'un patient travail de "caregiving" fiable et stable, il connaît un peu d'apaisement, de mieux être.

Sa mère, dont il est quasi sans nouvelles depuis plusieurs années fait à nouveau signe, veut le revoir, le reprendre (ce sont ses mots)

Des visites médiatisées se mettent en place, soutenues par une mobilisation importante des professionnels. Rapidement, cela dysfonctionne, la mère arrive en retard, fait des reproches à son fils, puis s'absente environ une fois sur deux.

Tout aussi rapidement, les troubles relationnels de l'enfant s'aggravent à nouveau, massivement. Dès qu'il parvient à trouver un moment de calme, sous l'aile d'un adulte protecteur, il ne peut s'empêcher de mettre à mal la relation, ce n'est que par les relais permis par le travail en équipe qu'il demeure tout juste possible de continuer à l'accueillir.

Après un an et demi, les rencontres avec la mère s'effilochent, puis cessent complètement du fait de celle-ci.

Il s'ensuit une recrudescence des troubles, puis Tony va à nouveau un peu mieux.

Notons aussi l'intérêt très vif de cet enfant pour le héros Spider-Man : un orphelin, ayant le pouvoir de ne jamais chuter, jamais s'effondrer car il peut en permanence fabriquer un lien auquel s'agripper. À certains moments,

le personnage semblait l'envahir, entre les projections en boucle, les déguisements, les gadgets... Une figure d'attachement substitutive ?

La réorientation de cet enfant vers un foyer pour adolescents ne s'annonce pas facile...

J'ai choisi de parler de cette situation pour indiquer combien des troubles du système de l'attachement peuvent se manifester par des symptômes massifs, violents, s'adressant tout particulièrement aux adultes les plus accueillants !

Ils requièrent des soins dans un milieu où les professionnels ont à cultiver, autant que faire se peut, individuellement et collectivement une position de caregivers, de proximité, d'hospitalité quasiment inconditionnelle, ce qui est bien difficile à réaliser...

Troisième illustration clinique, un grand adolescent que j'ai reçu durant plusieurs années en psychothérapie.

L'histoire de Corentin commence en quelque sorte par une rupture.

La Mère est « abandonnée » durant la grossesse par le père de l'enfant.

Elle connaît une sévère dépression après la naissance de son bébé, qu'elle tente d'élever, seule.

Peu après, la mère très isolée et très vulnérable s'engage dans une secte, y trouvant semble-t-il un lieu d'attachement.

En souffrance psychique, peu disponible, elle néglige son enfant, le laissant parfois de longues heures seul dans son petit appartement.

C'est à l'école maternelle, dès la première année que l'enfant inquiète vivement les enseignants.

Corentin montre de vives angoisses. Il s'agrippe intensément à sa mère, en hurlant, quand elle le conduit à l'école.

En son absence, il est parfois replié, prostré, inaccessible.

Ce comportement alterne avec des moments de grande agitation, de violence à l'égard des autres enfants.

La situation s'aggrave au fil des semaines, la mère semble peu mobilisable et l'on arrive rapidement au signalement.

L'évaluation, rondement menée, conduit à un placement tant les négligences constatées sont graves.

Après un accueil en foyer d'un peu moins d'une année, l'enfant est orienté en famille d'accueil.

On décrit à partir de là « un long placement réussi », puis à 14 ans, avec l'adolescence, apparaissent beaucoup d'agitation, d'opposition, de conflits.

Après plusieurs fugues, des mises en danger, il est mis fin au placement familial au profit d'une nouvelle orientation en foyer.

Il est à noter que la séparation de la famille d'accueil ne s'est pas faite en urgence, elle a été travaillée, si bien que Corentin reste en lien avec « Tatie et Tonton », comme il les nomme.

Il a également pu rester dans le même collège où il menait une scolarité honorable.

Après des débuts tumultueux, l'adolescent semble accepter sa vie au foyer.

Il est cependant « accroché » aux professionnels, « campe » trop souvent dans le bureau de l'équipe, se mêle de tout, « il se prend pour un éducateur » dit-on de lui.

Il est particulièrement attaché à une éducatrice et à un éducateur, dont il parvient à connaître des éléments de la vie privée, il a leur numéro de portable en sa possession...

Plusieurs années après, il dit encore qu'il a longtemps espéré se faire adopter par l'une ou l'autre...

Corentin entre au lycée, poursuit une scolarité un peu moyenne, s'achemine vers la majorité.

L'équipe du foyer lui fait expérimenter « la semi-autonomie », puis l'oriente vers un service de studios disséminés, où il continuera à bénéficier d'un accompagnement éducatif et psychologique mené par une autre équipe.

La référente sociale de l'aide sociale à l'enfance, la même personne depuis sa petite enfance, son premier placement, continue à l'accompagner lors de ce passage.

Nous relevons aussi que l'enfant est toujours resté en relation avec sa mère et qu'il l'a toujours souhaité : Quelques cartes postales, de rares appels téléphoniques, des visites encore moins fréquentes quand la mère n'allait pas bien, deux dimanches par mois quand elle allait mieux et se trouvait en capacité de recevoir son fils, les adaptations s'effectuant avec une certaine souplesse.

Les professionnels qui connaissent bien le jeune pensent qu'il est à la fois nécessaire et délicat qu'il se détache du foyer. Tous s'entendent pour dire qu'il doit quitter le foyer, où il devient à nouveau opposant, exigeant, mettant une fois de plus les adultes à rude épreuve. « Si on prolonge, c'est comme ci on le stoppait dans son développement dit-on » mais tout le monde est inquiet, craint de « l'abandonner »

Les entretiens d'admission se déroulent bien, le jeune homme semble comprendre finement ce qui lui est proposé, il est « partant »

Pourtant, dès l'arrivée dans son studio, la mise en place de l'accompagnement éducatif, tout devient extrêmement compliqué.

Pendant une semaine environ, Corentin téléphone dans le service à chaque instant, puis il s'y rend, y est accueilli plusieurs fois par jour, soutenu pour les démarches qu'il doit effectuer, accompagné pour faire des courses, reconduit à son studio, rassuré après un passage au foyer où les professionnels l'encouragent aussi.

Puis, brutalement, il n'est plus joignable ! Nous perdons sa trace durant deux jours !

Nous apprenons qu'après un temps d'errance, il s'est réfugié au foyer. Il semble qu'il faille tout reprendre à zéro, Corentin dit qu'il a « pété les plombs » mais que tout va bien maintenant.

Il réintègre son studio et passera par une série d'oscillations :

Il sollicite l'équipe des studios sans arrêt, puis rompt brutalement toute relation sans explication, pour se retrouver quelques jours chez sa mère, qui ne donnait plus de nouvelles non plus, ayant déménagé chez un nouveau compagnon.

Il revient quelques jours, multiplie les demandes, puis disparaît à nouveau et trouve refuge chez « Tatie et Tonton » qui le reconduisent au studio en lui offrant un téléviseur...

Avec tout cet étayage, (l'équipe du foyer, la référente sociale, la famille d'accueil, l'équipe des studios et la mère qui est en forme et encourageante), cela devrait repartir « du bon pied »

Quelques jours après, Corentin fait à nouveau le siège des locaux du service des studios ; plus inquiétant, ses propos deviennent décousus, il est très préoccupé par sa conversion à l'Islam dont nous ne savions rien jusqu'alors. Angoissé, confus, il est hospitalisé. Le diagnostic est rapidement connu : il s'agit d'une bouffée délirante aiguë, à thème mystique.

Rapidement, cela s'apaise, il sort avec un traitement, un peu « assommé » toutefois.

Nous en apprenons un peu plus quant à cette conversion religieuse, l'appartenance à un groupe radical, (pacifiste en apparence) mais imposant des règles de vie extrêmement strictes, des prières si nombreuses qu'il devient quasiment impossible de faire autre chose de ses journées.

La rechute ne se fait pas attendre, la deuxième hospitalisation dure un peu plus longtemps.

Peu après, Corentin s'engage dans une psychothérapie avec moi, durant trois ans à un rythme hebdomadaire, (avec des périodes où il est très régulier, et d'autres durant lesquelles il s'absente sans prévenir) Au cours de la quatrième année, nous espaçons progressivement les séances jusqu'à l'arrêt du suivi.

L'accompagnement global n'est pas facile, Corentin « joue au yo-yo avec ses caregivers »

Il est tantôt très, trop présent. Il multiplie les demandes d'aide, de présence, de façon déraisonnable.. Brutalement, il coupe la relation, c'est le silence radio durant plusieurs jours, le téléphone est perdu, il n'est pas au studio, ne va plus en cours...

Puis il réapparaît, après quelques jours passés chez sa mère...

Nous apprenons à « supporter, endurer, », nous nous inquiétons de moins en moins et Corentin va de mieux en mieux.

Après quelques semaines passées à l'université, sans réellement s'investir, le jeune homme décide d'entreprendre une formation de... moniteur-éducateur.

Il sollicite de l'aide, de manière plus modérée, prépare soigneusement le concours d'entrée, qu'il réussit, puis il s'engage dans la formation.

Rien n'est facile, en particulier les périodes de stage en internat, en foyer, qui peuvent confronter le jeune homme à des moments de son histoire, réactiver de douloureux souvenirs.

Je me souviens précisément d'un moment où Corentin a accompagné son référent de stage et un jeune enfant à une audience auprès du juge.

Le magistrat a pris la décision de suspendre les rencontres entre l'enfant et sa mère car cette dernière présentait des troubles psychiatrique graves et refusait de se laisser aider, soigner.

L'enfant a beaucoup pleuré.

Quand à Corentin, il a fait un malaise, s'est retrouvé aux urgences, où il n'est pas resté longtemps, le bilan étant tout à fait normal.

Le plus étonnant, en apparence, c'est qu'il m'a relaté l'événement lors de l'entretien suivant, sans faire de lien avec ce malaise demeurant inexpliqué et ce qui avait pu le toucher de l'histoire du jeune enfant.

Par contre, dès que je lui en ai proposé prudemment l'hypothèse, il s'est écrié : ça bien sûr ! Puis il s'est remémoré une audience, confirmant son placement en famille d'accueil à un moment où sa mère souhaitait le retour de son fils chez elle.

Ensuite, il a constaté une fois de plus qu'il avait généralement peu de souvenirs de son enfance. (Il me semble

que ce n'est pas rare pour les personnes présentant des troubles de l'attachement)

Bien entouré, la formation de moniteur-éducateur, réussie, Corentin qui travaille déjà en restauration rapide quitte le service des studio dans de bonnes conditions.

Nous avons régulièrement des nouvelles ; Corentin décroche des C.D.D. Mais rencontre des difficultés à trouver un travail stable.

Outre qu'il n'y a pas pléthore d'emplois de moniteur-éducateur en C.D.I. actuellement, il dit préférer, pour l'instant, les remplacements (si possible en internat toutefois), les contrats ne dépassant pas quelques mois, « de peur de trop s'attacher aux enfants »

Ce qui lui convient le mieux, c'est d'animer des séjours avec des adultes handicapés.

Selon ses dires, les liens y sont particulièrement forts, tant avec les usagers qu'avec les professionnels, disponibles quasiment 24 heures sur 24, mais pour une période qui n'excède pas deux semaines.

Corentin n'entretient pas de relations amoureuse durable, et déclare ne pas vouloir « créer sa propre famille ».

On verra plus tard, peut-être après une autre psychothérapie, dit-il...

Il me semble qu'il s'agit de l'accompagnement assez réussi d'un grand adolescent présentant des troubles de l'attachement.

Le passage du foyer en studio, avec un changement de l'équipe des professionnels l'a, à nouveau, beaucoup insécurisé.

Il me semble que nous pouvons parler, à l'occasion de cette séparation, de l'entrée dans la majorité, d'une activation du système de l'attachement.

Le travail en équipe, en réseau a été de bonne qualité, avec beaucoup de liens, de mobilisations, de la référente sociale, du foyer qu'il quittait, de la famille d'accueil, de la mère, des soignants de psychiatrie, de l'équipe des studios, chacun se parlant, partageant inquiétudes et encouragements en un caregiving cohérent...

Quatrième illustration, un adulte en C.M.P.

Monsieur G a été victime d'un grave accident de travail, sur un chantier, loin à l'étranger.

Rapatrié en France entre la vie et la mort après des soins d'urgence, il a connu de nombreuses hospitalisations et interventions chirurgicales, aux suites douloureuses.

Après une longue période de rééducation, il conserve des séquelles physiques qui le conduisent à accepter un emploi adapté.

Il tente courageusement de s'habituer à ce travail sédentaire, effectue des formations mais ne parvient pas à donner satisfaction à son employeur.

Au court d'un nouvel arrêt en longue maladie, il s'enfonce dans une sérieuse dépression, fait une tentative de suicide, est hospitalisé.

C'est à la sortie de l'hôpital qu'il consulte en C.M.P. Suivant les conseils du psychiatre, il s'engage dans une psychothérapie à l'âge de quarante cinq ans environ et c'est alors que je fais sa connaissance.

Je le reçois une fois par semaine.

Une relation de confiance s'instaure assez rapidement et j'encourage cet homme à se lancer dans un récit de vie. Il accepte.

« Je n'ai pas beaucoup de souvenirs, mais si ça peut m'aider, je veux bien essayer »

Bien sûr, sa tristesse doit beaucoup à ce terrible accident, à cette inactivité forcée.

Mais j'apprends en outre que cet homme a déjà traversé deux épisodes dépressifs sévères, à l'occasion de deux ruptures amoureuses, il y a plus de vingt ans.

Il a tenté de mettre fin à ses jours à chaque fois.

Ensuite, il s'est marié, a fondé une famille.

Il dit entretenir avec son épouse et ses deux filles "des relations fusionnelles" et que cela le rassure.

Il en vient peu à peu à évoquer son enfance, une mère tendue, très préoccupée par son travail, généralement distante, connaissant des sautes d'humeur.

Un père qui était « davantage un instituteur qu'un papa »

Le patient qui ne voit plus ses parents que de loin en loin apprend alors que sa mère est hospitalisée dans un service de psychiatrie du fait d'un épisode d'agitation.

À cette occasion, il renoue avec sa famille.

Peu de temps après, le diagnostic est posé: la mère souffre d'un psychopathologie bipolaire depuis longtemps et traverse un épisode maniaque.

En parlant avec ses parents, son frère aîné, il apprend que sa mère a fait une dépression sévère après sa nais-

sance (la naissance du patient) et qu'elle a connu des épisodes successifs d'excitation et d'abattement à de nombreuses reprises.

À partir de ce moment, la nature de la relation du patient avec moi évolue : il souhaite deux rendez-vous par semaine, ce qui est possible. Il répète à qui veut bien l'entendre combien mon soutien lui est indispensable.

Je voudrais vous indiquer combien le système d'attachement de ce patient s'activa avec moi, à de nombreuses reprises, dans la relation thérapeutique.

En effet, cet homme, très poli, mesuré et bien contenu au début du travail, m'en fait voir ensuite "de toutes les couleurs".

Cela commence par une longue lettre, qu'il a déposé au secrétariat afin d'être certain qu'elle me soit remise « en main propre »

Il m'y annonce poliment et fermement sa décision d'arrêter la psychothérapie : son cas est trop compliqué, nous perdons notre temps, et je ne le comprends plus.

Je lui réponds rapidement par écrit, l'assurant de ma disponibilité lors du prochain rendez-vous prévu, lui demandant de m'expliquer ce que je n'avais pas compris, que je ferai de mon mieux "pour avoir les oreilles bien ouvertes".

À l'heure dite, il est bien présent, convaincu que « nous ne parlons plus la même langue, et que je ne suis plus vraiment disponible »

Je ne saisis pas ce qui nourrit ce changement d'attitude, écoute patiemment ses propos un peu décousus. Il me vient de lui demander :

« Ne pas être compris, ne pas parler la même langue, cela vous rappelle t-il quelque chose ? »

Il demeure un instant interdit, puis d'une voix sans timbre, il relate un moment extrêmement douloureux de son séjour en réanimation à l'étranger ; il était attaché sur son lit d'hôpital, probablement parce qu'il avait voulu arracher sa perfusion, dans un état de confusion. Il avait d'atroces douleurs, très soif, et ne parvenait pas à se faire comprendre dans la langue de ses soignants. Il lui semble aussi que le médecin, les infirmières faisaient tout pour éviter son regard implorant et le laissaient en détresse, sans soin dans son box de réanimation.

Lors du dernier entretien, il voyait bien que j'étais comme ces soignants, lointain, inaccessible. (pour ma part, j'étais convaincu de n'avoir rien changé à mon comportement habituel)

Quelque chose s'est dénoué et durant plusieurs des séances suivantes, il aborde, met en récit cet accident et ces soins traumatiques. Après son retour en France, il éprouve encore longtemps le sentiment que les soignants ne sont pas disponibles, ne ne lui viennent pas en aide malgré l'intensité de ses douleurs.

Après une période plus sereine, je perçois à nouveau le patient tendu, méfiant, sans raison que je puisse saisir. Une nouvelle lettre m'attend, m'annonçant sa décision d'arrêter. D'après lui, je suis visiblement trop préoccupé, ce qui me regarde et se respecte par ailleurs, pour aider quelqu'un comme lui. Il prend rendez-vous avec le psychiatre pour revoir son traitement, qui n'est plus suffisant.

Je parviens à l'inviter à venir me parler de tout cela.

Avec beaucoup d'hésitations, de gênes, il m'explique qu'il n'avait pas senti ma poignée de main « ferme et accueillante » lors de l'entretien précédent, puis que j'avais refermé la porte du bureau plus fort que d'habitude, que j'étais visiblement tendu, contrarié, que je ne regardais pas, était présent physiquement mais ailleurs par les pensées...

Bien que je n'ai rien ressenti de tout cela, que je pense qu'il est en pleine construction interprétative, réalise combien il m'observe, est aux aguets.

J'encourage le patient à bien exposer tout cela, et il se détend peu à peu.

À nouveau, prudemment, je lui demande s'il se souvient des tensions et de l'indisponibilité d'une personne familière, dans le passé.

Il est sans voix, puis envahi de chagrin. Il peine longtemps à retrouver son souffle, parvient à parler en hoquetant, de l'énervement de sa mère, qui pensant toujours à mille autres choses.

Durant les mois suivant, de séances en séances, il se souvient et relate des scènes précises, des brusques changements d'humeur de sa mère, son inquiétude : comment allait-il la retrouver après la journée d'école ?

Une enfance et une adolescence "en hyper vigilance".

Par exemple, il mesurait l'état de tension et l'irritabilité de sa mère à la manière dont elle manipulait la vaisselle. Quand ses gestes devenaient heurtés, bruyants, qu'elle vivait « à 100 à l'heure », il lui fallait se méfier, tout faire pour « désamorcer » la crise toujours prête à exploser.

À d'autres moments, c'était une mère sans énergie, épuisée, de plus en plus prostrée.

Alors l'enfant faisait tout ce qui était en son pouvoir pour lui faciliter la vie, lui rendre service.



Une enfance et une adolescence passée à prendre soin de sa mère et à ne guère investir sa vie sociale. Avec peine et honte, il m'expliqua s'être attaché durant toute son enfance, son adolescence, le début de sa vie d'adulte (jusqu'à ce qu'il vive en couple) à un chanteur populaire, d'ailleurs décédé. Il collectionnait tous les enregistrements, photos... Chaque matin, il vouait sa journée à ce chanteur, ce qui lui donnait du courage, chaque soir, avant de s'endormir, il faisait le point, son examen de conscience, comme en présence de son héros. Il l'imaginait avec lui, comme d'autres pensent à leur Dieu. Cela a peut-être un lien avec le fait que cet homme, (devenu athée), est né et a grandi dans une famille catholique très pratiquante.

Lors d'un autre rendez-vous, tirant à sa fin, j'avais pris quelques minutes de retard sur mon emploi du temps et j'étais attendu pour la réunion de service.

Le médecin-chef, ponctuel et sourcilieux à propos des horaires me fit appeler dans mon bureau par l'assistante. Je répondis au téléphone que j'arrivais sous peu, et vis le patient se décomposer, puis s'enfuir sans un mot.

Le scénario répétitif étant bien rodé, nous frôlâmes à nouveau la crise, avant de pouvoir mettre l'événement en mots et en lien, d'après lui, avec une mère toujours prompte à abandonner sa vie de famille au profit de son travail, bien plus passionnant que ses enfants.

Ce genre de phénomène se répétera à de nombreuses reprises, le patient interprète à mon propos, imagine que je ne suis plus disponible, plus intéressé, que je n'ai plus de temps à lui consacrer, suis préoccupé par d'autres sujets plus dignes d'attention que lui, etc.

À chaque fois, il "tombe dans le panneau", tout s'effectue à son insu, automatiquement, il passe par une bouffée d'angoisse, parle de mettre fin à la psychothérapie, puis parvient à expliquer ce qui lui arrive : assurément, je suis en train de le lâcher, il le voit bien à tel et tel signe !

Enfin, avec mon aide, (de plus en plus discrète), il fait des liens avec son histoire, son insécurité majeure puis poursuit son long travail d'élaboration, de remémoration, à la condition d'emprunter le chemin du transfert, dirait-on dans un autre courant de pensée, employant une autre terminologie.

Car en effet, je ne suis pas de ceux qui opposent les théories de l'attachement et les théories psychanalytiques, je pense au contraire qu'elles ont des parentés, passant entre autres par Anna Freud, Winnicott, Balint, Bion. Ma longue pratique auprès d'un public en grandes difficultés, allant des premiers âges de la vie à la géronto-psychiatrie m'ont enseigné à faire confiance aux patients, aux familles, à ce qu'ils disent et montrent, et les théories de l'attachement nourrissent aussi depuis longtemps mon hospitalité.

Pour suspendre

Souvent, les troubles de l'attachement interviennent lors de la toute petite enfance dans des familles où les choses ne s'arrangent pas après. Autrement dit, les troubles de l'attachement apparaissent rarement isolément.

Que tenter pour accompagner, soigner les sujet présentant des « attachements insécures » ?

Comment "soigner"

En étant des « caregivers » fiables et stables dans la durée, aussi proches et empathiques que possible, en évitant le risque de trop se donner pour lâcher prise ensuite quand ça devient trop difficile.

- La prévention (les clubs de prévention, les maisons vertes et autres dispositifs prenant soin des relations précoces, je pense en particulier à « La maison Arc En Ciel », et aussi à « Lis avec moi », la pratique des contes, la présentation d'albums illustrés à des enfants jeunes, en présence de leur mère, de leurs parents...

- L'intérêt du travail à domicile que j'ai évoqué lors du premier cas clinique.

- Il est important de bien garder à l'esprit que les troubles de l'attachement s'expriment parfois essentiellement dans les relations avec les "aidants", les soignants, autrement dit dans le "transfert", sans explications et sans mots, sans même que l'acteur ne s'en rende compte.

- Les "caregivers", leurs dispositifs de travail en équipe sont parfois bien malmenés par les usagers qui "ne le font pas exprès". Aussi est-il bon que leurs cadres, les psychiatres et psychologues prennent soin des engagements relationnels et des paroles des professionnels de terrain, lors des réunions, supervisions...

à mon sens, il faut aussi penser à une succession, un emboîtement des "care", comme on le dirait des matriochka, vous savez, les fameuses poupées russes: L'aidé, l'aidant, l'équipe, l'institution, l'association, la société (On disait avant « l'état providence », ce n'était pas une si mauvaise invention, pour offrir « la sécurité sociale », à tout prendre bien préférable à « l'insécurité sociale »)