/Aider les parents en difficulté à élever leurs enfants de manière adéquate revêt une importance cruciale pour les parents, leurs enfants et la société en général. Les parents en détresse ont souvent eux-mêmes été mis en danger et, par conséquent, mettent parfois leurs enfants en danger soit par la maltraitance, soit par les effets de l'ordre psychiatrique des parents.

La théorie de l'attachement peut être considérée principalement comme une théorie de la régulation émotionnelle. Lorsqu'un enfant est effrayé, en détresse ou anxieux, il se tourne vers ses parents pour obtenir protection et réconfort. Le confort offert garantit la sécurité et, en tant que tel, a une valeur de survie mais sert également à aider l’enfant à apprendre à gérer ses émotions. La manière dont les parents réagissent aux signaux de détresse et d’anxiété de l’enfant influe sur leurs habitudes de régulation émotionnelle. Pour l’enfant, ses réponses initiales sont des stratégies d'attachement comportementales ou primaires dans lesquelles il essaie directement de chercher à être rassurés et protégés des aidants. Au fur et à mesure que l'enfant se développe, il devient capable de ne pas simplement répondre aux personnes qui représentent l'attachement et leurs relations avec elles, mais de les représenter à l'intérieur. Grâce à l’élaboration de ce modèle d’attachement qui fonctionne, ils peuvent utiliser des stratégies d’attachement secondaires. Essentiellement, deux types principaux de modèles se dégagent: sécurisé et non sécurisé. Des schémas d’insécurité ont été décrits comme évitants / rejetant et anxieux / ambivalents

**Patterns évitant / rejetant**

Si l’expérience cumulative de l’enfant montre que les parents ou les personnes qui s’en occupent vont ne pas réagir et même être punitifs par rapport aux signaux de détresse ou aux demandes de réconfort, il peut en résulter que l’enfant développe une stratégie de désactivation consistant à tenter de fermer le système émotionnel. Cette tendance se produit lorsque la recherche du soutien d’autres personnes est considérée comme une option non viable et que des tentatives sont entreprises pour réduire le risque de frustration ou de détresse supplémentaire du fait que la figure d’aattachement n’est pas disponible. Il est suggéré que cette stratégie s’élargisse pour s’éloigner de toute forme de détresse, qu’elle soit liée à l’attachement ou non. Cela implique une inattention active face aux événements menaçants et aux vulnérabilités personnelles, ainsi que la suppression des pensées et des souvenirs susceptibles de provoquer une détresse. Si cette caractéristique de la stratégie ne fonctionne pas, par exemple si un souvenir douloureux est réveillé de manière inattendue par une association, les pensées sont activement supprimées ou réprimées. De manière générale, la stratégie implique également de se retirer des relations intimes, souvenirs, le refus de reconnaître les sentiments négatifs et le déni des peurs fondamentales. On croit de plus en plus en la nécessité de l’autosuffisance, ce qui peut encourager le déni de ses propres vulnérabilités. Contrairement aux stratégies hyperactivantes, le monde interne de la personne peut être rangé et ordonné, mais il s’agit d’un désert émotionnel exempt de tout encombrement de sentiments, de besoins, de détresse et d’autres personnes importantes.

**Patterns anxieux / ambivalent**

Ici, les parents ont probablement été incohérents et imprévisibles en ce qui concerne leurs réponses aux signaux de détresse de l’enfant et à leur demande de réconfort. L'enfant peut donc maintenir des démonstrations excessives de détresse et d'émotion à mesure qu'il apprend qu'il est attentif à la fin. Parfois, nous entendons des enfants dire qu'ils préfèrent une attention négative à la négligence. Cela peut également signifier que d'autres caractéristiques de l'environnement peuvent être associées à des angoisses et à de la peur, car l'enfant reste dans un état de détresse pendant de longues périodes. Cette tendance incite également l'enfant à devenir hypervigilant afin de maximiser la possibilité d'attention et de soins dès qu'ils semblent disponibles. Dans un contexte d’incertitude, la seule prédiction fiable peut devenir la démonstration de l’affect par l’enfant: si je pleure, que je suis exigeante et que je suis en colère, mes besoins seront comblés. Cependant, les cris et les demandes peuvent à leur tour être satisfaits par les réponses en colère du parent, qui se tait, ce qui provoque davantage de détresse et de colère chez l'enfant.

« Les stratégies hyperactivantes produisent un cycle de détresse auto-amplifiant dans lequel l'activation chronique du système d'attachement interfère avec la participation à des activités non liées à l'attachement et laisse présager que de nouvelles sources de détresse se mêleront aux anciennes, créant ainsi une architecture mentale chaotique et indifférenciée. » (Mikulincer et al., 2003)

**Mulinkcer**

La fonction biologique présumée du système d'attachement est de protéger une personne (surtout pendant la petite enfance) du danger en lui assurant de rester à proximité de personnes attentionnées et solidaires (figures d’attachement), en particulier dans des situations dangereuses.

Les séquences comportementales adaptatives sont «activées» par certains stimuli ou types de situations qui font ressortir un objectif particulier (par exemple, bruits forts et soudains, obscurité, présence d'un étranger ou d'un prédateur) et sont «désactivées» ou «terminées» par d'autres stimuli ou résultats qui signalent l'atteinte de l'état souhaité (soutien émotionnel ou protection, dans le cas du système d'attachement).

L’objectif du système d’attachement est d’instaurer un sentiment de protection ou de sécurité, qui met normalement fin à l’activation du système. Ce sentiment de sécurité ressentie est un état psychologique ayant de nombreuses implications: Se sentir en sécurité, une personne peut consacrer son attention à des questions autres que la protection de soi; bien soigné, il peut apprécier le sentiment d'être aimé et valorisé; dans certaines circonstances, il peut prendre des risques, étant confiant que l'aide est facilement disponible.

Lorsque les relations d'attachement fonctionnent bien, une personne apprend que la distance et l'autonomie sont totalement compatibles avec la proximité et la confiance en soi.

La théorie de l'attachement décrit l'attachement non sécurisé en tant que facteur de risque pour l'affectivité négative, la détresse prolongée et la psychopathologie. En particulier, l'attachement anxieux interfère avec la régulation à la baisse des émotions négatives et encourage une détresse intense et persistante, qui persiste même après la réduction des menaces objectives (chapitre 7). En conséquence, les personnes anxieuses par l'attachement font face à un flux ingérable de pensées et de sentiments négatifs, qui contribuent à la désorganisation cognitive et aboutissent parfois à la psychopathologie.

L'attachement évitant peut être aussi une source de problèmes émotionnels. Bien que les évitants maintiennent souvent une façade défensive de sécurité et de sang-froid, ils bloquent l'accès aux émotions et laissent la détresse non résolue, ce qui peut nuire à leur capacité de faire face aux inévitables adversités. Cette déficience est particulièrement probable lors d’expériences stressantes et prolongées qui nécessitent une confrontation active d’un problème et la mobilisation de sources de soutien externes.

Les troubles de l'alimentation, comprenant à la fois l'anorexie mentale et la boulimie mentale, sont fréquents chez les adolescentes et les femmes adultes jeunes dans les sociétés occidentales modernes. Alors que l'anorexie se caractérise par une tendance compulsive à la minceur, par la crainte de grossir et par des tentatives de réduction du poids corporel (par exemple, par le jeûne prolongé), la boulimie se caractérise par des excès de boulimie et des efforts pour compenser les débordements par des purges prendre des laxatifs (American Psychiatric Association, 2013). Dans la théorie de l'attachement, les comportements alimentaires dysfonctionnels et les tentatives de contrôle du poids sont associés à des représentations négatives de soi et à des problèmes de régulation de la détresse et des relations interpersonnelles (par exemple, O’Kearney, 1996; A. Ward, Ramsay et Treasure, 2000). Conformément à cette proposition générale, Cole-Detke et Kobak (1996) ont fait valoir que les troubles de l'alimentation résultaient d'une histoire d'interactions négatives avec des figures d'attachement indisponibles et constituaient une manifestation comportementale de la désactivation par l'évitant en vue de détourner l'attention de la détresse liée à l'attachement. Selon ces auteurs, les préoccupations liées à l'alimentation sont des méthodes défensives consistant à attirer l'attention sur des problèmes externes sans rapport avec l'attachement et à compenser les sentiments d'impuissance et de vulnérabilité en contrôlant la prise de nourriture et le poids corporel. D'autres théoriciens ont soutenu que les troubles de l'alimentation sont un reflet comportemental de l'attachement anxieux. Plus précisément, ces théoriciens considèrent les troubles de l'alimentation comme un moyen symbolique de gagner l'amour et l'attention de mères indisponibles (Orzolek-Kronner, 2002) ou de perpétuer une position dépendante infantile en restant maigres et en conservant un corps enfantin (Masterson, 1977). Selon Masterson (1977), l'insécurité de l'attachement des jeunes femmes souffrant de troubles de l'alimentation est centrée sur les craintes d'abandon et de rejet et l'ambivalence concernant l'autonomie et la séparation d'avec les figures de l'attachement (thèmes centraux de l'attachement anxieux), qui sont résolues en évitant la maturité physique. et retardant ainsi le fonctionnement psychologique indépendant. À notre avis, les deux objectifs - extérioriser les insécurités de l'attachement et perpétuer la dépendance anxieuse - peuvent être implicites dans les troubles de l'alimentation, en fonction des prédispositions à désactiver ou à hyperactiver le système d'attachement.

Par exemple, Tasca et al. (2009) ont constaté que l'association entre l'anxiété de l'attachement et la gravité du trouble de l'alimentation dans un échantillon clinique de jeunes femmes était médiée par la réactivité émotionnelle. Ils ont également constaté que l'association entre l'attachement évitant et la sévérité des troubles de l'alimentation était médiée par la suppression des émotions. En d’autres termes, les patients souffrant d’anxiété d’attachement ressentent une hyperactivation de leurs émotions, ce qui peut entraîner des symptômes tels que des crises de boulimie ou une purge, ce qui peut être un moyen de faire face à la détresse. Inversement, ceux qui ont un attachement évitant isolent l'expérience émotionnelle, ce qui contribue à maintenir des restrictions alimentaires extrêmes.

**Trouble obsessif-compulsif**

En conséquence, les expériences qui défient ces domaines de soi peuvent renforcer les doutes et les préoccupations concernant l'estime de soi. Cependant, dans la plupart des cas, les personnes peuvent activer des stratégies de régulation qui dissipent les intrusions non désirées, réaffirment le soi contesté et rétablissent le calme émotionnel. Selon Doron et al. (2015), des insécurités d'attachement, principalement sous la forme anxieuse, peuvent interférer avec ce processus de régulation adaptatif et favoriser l'activation des cognitions du «moi redouté» et d'une cascade de croyances dysfonctionnelles qui entraînent des symptômes de TOC. Pour les personnes très anxieuses, les expériences mettant en cause un domaine important peuvent accroître l’accessibilité des cognitions mésadaptées (par exemple, «je suis mauvais») et activer des processus cognitifs dysfonctionnels (par exemple, un sens exagéré des responsabilités, des évaluations catastrophiques) qui en résultent dans le développement de préoccupations obsessionnelles et de comportements compulsifs invalidants. Il existe des preuves corrélationnelles appuyant le lien figures d’attachement-OCD. Plusieurs études ont montré que les auto-déclarations d'anxiété d'attachement sont associées à un taux plus élevé de symptômes de TOC et de convictions de TOC rapportés dans des échantillons non cliniques, même après prise en compte de la dépression et de l'anxiété (Doron, Moulding, Kyrios, Nedeljkovic et Mikulincer, 2009; Nedelisky & Steele, 2009; Patton, Nobles et Fox, 2010; Yarbro, Mahaffey, Abramowitz et Kashdan, 2013). Un schéma similaire de résultats a été obtenu dans des études basées sur des échantillons cliniques (Doron et al., 2012; Ivarsson, Granqvist, & Gillberg, 2010; Myhr et al., 2004). Par exemple, Doron et al. (2012) ont constaté que l'anxiété de l'attachement était significativement plus élevée chez les personnes cliniquement diagnostiquées avec un TOC (selon le calendrier d'entrevue pour les troubles anxieux du DSM-IV) que dans un groupe de trouble anxieux ou un groupe témoin sain, même après contrôle de la dépression. Il existe également des preuves que les insécurités d'attachement sont associées à une plus grande propension au trouble de la personnalité obsessionnel-compulsif (Brennan et Shaver, 1998; Wiltgen et al., 2015), ainsi qu'à des obsessions et des compulsions spécifiques, telles que la thésaurisation (Medard et Kellet, 2014; Nedelisky & Steele, 2009) et la scrupulosité (Fergus & Rowatt, 2014). Au-delà de ces résultats de corrélation, Doron, Sar-El, Mikulincer et Talmor (2012) ont fourni des preuves expérimentales des effets de causalité des représentations de l'attachement dans le développement des symptômes de TOC. Plus précisément, ils ont évalué les orientations de l'attachement (avec l'ECR) dans un échantillon d'étudiants de premier cycle, les participants ayant reçu une qualification subliminale, avec les noms de fournisseurs de sécurité ou de connaissances neutres, puis ont mesuré les tendances obsessionnelles du lavage des mains dans des scénarios hypothétiques. Par rapport à l’amorçage neutre, l’amorçage de sécurité a permis de réduire les tendances au lavage des mains chez les participants obtenant un score relativement élevé d’anxiété ou d’évitement de la fixation. De plus, l'association entre l'anxiété d'attachement et les tendances au lavage n'était significative que dans l'état d'amorçage neutre. L'amorçage de sécurité a éliminé ce lien anxiété – TOC. Doron, Derby, Szepsenwol et Talmor (2012a, 2012b) ont développé des échelles d'auto-évaluation pour évaluer divers aspects du TOC relationnel (ROCD) - des obsessions concernant des sentiments envers son partenaire, l'amour du partenaire, la «justesse» de la relation et le partenaire perçu défauts - et fourni des preuves corrélationnelles de l'implication des insécurités d'attachement. Plus précisément, les auto-déclarations d'anxiété d'attachement étaient associées à des niveaux d'obsession plus élevés dans tous les domaines relationnels évalués. L'attachement évitant était principalement associé à des obsessions concernant les défauts perçus du partenaire. Ces résultats ont été reproduits par Doron et al. (2013), qui ont également montré que le lien entre l'attachement anxieux et les symptômes de ROCD était renforcé dans des conditions expérimentales qui remettaient en cause le domaine relationnel personnel (rétroaction négative sur une tâche censée évaluer la capacité à entretenir des relations étroites). Par conséquent, l’anxiété d’attachement semble contribuer au TOC principalement après des expériences qui remettent en question la confiance en soi d’une personne.

**Attachement sécure PTSD bouclier**

Un individu à l’attachement sécure vivant une détresse soudaine et qui cherche à obtenir de l’aide en cas de détresse entraîne souvent la mobilisation de représentations internes au niveau des figures d’attachement offrant une sécurité et / ou de sources externes de soutien, qui entretiennent à leur tour des convictions optimistes et des stratégies constructives de régulation de l’affect. De cette manière, le sentiment de sécurité de l'attachement peut agir, au moins dans une certaine mesure, comme un bouclier protecteur contre le PTSD.